

Ana Lucia Cardozo de Santa Rosa

**Envelhecer entre quatro paredes: uma experiência no instituto
municipal de assistência à saúde Juliano Moreira**

Dissertação apresentada, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre, ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade
do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Alba Maria Zaluar
Co-orientadora: Maria Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro

2003

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**ENVELHECER ENTRE QUATRO PAREDES: UMA EXPERIÊNCIA
NO INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE JULIANO
MOREIRA**

Ana Lucia Cardozo de Santa Rosa

Dissertação apresentada como
requisito parcial à obtenção do grau
de Mestre em Saúde Coletiva –
Área de Concentração: Política,
Planejamento e Administração em
Saúde.

Orientadora: Alba Maria Zaluar

Co-Orientadora: Maria Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro
2003

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**ENVELHECER ENTRE QUATRO PAREDES: UMA EXPERIÊNCIA
NO INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE JULIANO
MOREIRA**

Ana Lucia Cardozo de Santa Rosa

Orientadora: Alba Maria Zaluar
IMS/UERJ

Co-Orientadora: Maria Tavares Cavalcanti
IPUB/UFRJ

Banca Examinadora:

Benilton Bezerra Jr.
IMS/UERJ

Sérgio Levcovitz
IPUB/UFRJ

Lúcia Abelha Lima
IMASJM/SMS

Rio de Janeiro
2003

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

S231 Santa Rosa, Ana Lucia Cardozo de.
Envelhecer entre quatro paredes : uma experiência no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira / Ana Lucia Cardozo de Santa Rosa. – 2003.
177f.

Orientadora: Alba Maria Zaluar.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

I. Envelhecimento – Teses. 2. Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira – Teses. 3. Saúde mental – Teses. 4. Velhice – Teses. 5. Assistência à velhice – Teses. 6. Idosos – Saúde mental – Teses. I. Zaluar, Alba Maria. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 612.67

DEDICATÓRIA

A Antonio Abílio e Amanda, marido e filha, as luzes que dão sentido à minha vida.

A Orozino e Mariana, meus pais, que me ensinam a ter coragem.

A meus sogros, Enirce (*in memoriam*) e Dirceu, pelo carinho que sempre me deram.

A Maria Luiza, João e Orlando, irmãos queridos e companheiros.

A nosso querido Roberto, a mais perfeita tradução da palavra ‘amigo’.

AGRADECIMENTOS

A Eliane Cotrim Levcovitz, excelente profissional mas principalmente uma pessoa linda, amiga e incentivadora, com o dom de transformar para melhor todos os que a cercam.

A Maria Cristina Amendoeira, querida amiga de todas as horas, inclusive as tristes, sempre com valiosas sugestões e com o eterno incentivo. Muito obrigado.

A Alba Maria Zaluar, querida orientadora, que me acolheu desde o princípio dessa jornada que agora termina. Verdadeira Midas, que, com seu toque, tudo transforma no mais puro ouro. Sem seu apoio, incentivo e sensibilidade, para me tirar as freqüentes dúvidas ou me dar força nos momentos difíceis, nada disso teria sido possível. Muito obrigado por ter ajudado a transformar um sonho em realidade.

A Maria Tavares Cavalcanti, querida co-orientadora, que me acompanhou com seu apoio inestimável e carinhoso e contribuições preciosas, tomando tudo possível em cujo patamar de competência espero um dia estar. Adorei ter tido a oportunidade de trabalhar com você e descoberto a figura humana maravilhosa que você é. Muito obrigado por tudo.

A Paulo Fagundes, diretor do IMASJM, que apoiou desde o começo a realização deste trabalho, muito obrigado.

A Lucia Abelha, Circe e Mayse, por suas contribuições valiosas à realização deste trabalho.

A Maria Regina Melo Klein, funcionária do Arquivo Central – Núcleo de Conservação e Encadernação, sua ajuda foi fundamental para a realização deste trabalho. Muito obrigado por tudo.

A Roberto Machado Correia e Filipe Velasques Machado, amigos desde a infância e companheiros de todas as horas.

A Emani Trotta, que tem a difícil tarefa de decifrar minha psique.

A Eneida, por compartilhar e auxiliar nos momentos mais difíceis, meu muito obrigado.

A Sílvia e Márcia, da secretaria do IMS, por todo o apoio afetuoso que me concederam.

A Renata, Leila, Vanuza, Cristina, Norma, Eliane, Beth, Solange, Robson e Sueli, equipe do Núcleo Rodrigues Caldas, que compartilharam idéias e vivências.

Aos usuários do Núcleo Rodrigues Caldas, que dividiram comigo o seu bem mais precioso, suas histórias de vida.

CB/C REDE SIRIUS / UERJ

EPÍGRAFE

*Eu não tinha este rosto de hoje,
assim calmo, assim triste, assim magro,
nem esses olhos tão vazios.
nem o lábio amargo.*

*Eu não tinha estas mãos sem força,
tão paradas, e frias e mortas;
eu não tinha este coração
que nem se mostra.*

*Eu não dei por conta desta mudança
tão simples, tão certa, tão fácil
— Em que espelho ficou perdida
a minha face?*

Cecília Meirelles
“Retrato”
In: Flor de Poemas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

O Envelhecimento e a Velhice.....	1
Exclusão do Idoso e do Doente Mental.....	6
A Pesquisa.....	9

CAPÍTULO I – O QUADRO TEÓRICO

1.1. O Envelhecimento na Pós-Modernidade.....	12
1.2. O Normal e o Patológico em Saúde Mental.....	22
1.3. O Conceito de Instituição Total.....	26

CAPÍTULO II – UM POUCO DE HISTÓRIA: O INÍCIO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL.....

32

CAPÍTULO III – A COLÔNIA JULIANO MOREIRA

3.1. Das Origens Até 1950.....	49
3.2. De 1950 Até o Presente.....	53

CAPÍTULO IV – O ENVELHECIMENTO

4.1. Aspectos Demográficos.....	65
4.2. Transformações no Cuidado.....	69
4.3. Mudanças na Concepção da Saúde na Velhice.....	73
4.4. Velhice e Saúde Mental.....	81
4.5. Vivendo as Mudanças.....	85
4.6. Lembrando Para Contar.....	87

CAPÍTULO V – O ESPAÇO INSTITUCIONAL: VIVER EM UMA INSTITUIÇÃO TOTAL

5.1. O Núcleo Rodrigues Caldas.....	91
5.2. O Pavilhão 7.....	103
5.3. Aspectos Metodológicos.....	105
5.4. O Cotidiano do Pavilhão 7.....	111
5.5. O Momento da Internação.....	115
5.6. Vivendo na Instituição.....	119

CAPÍTULO VI – LAÇOS SOCIAIS ENTRE INTERNOS

6.1. Famílias, Interações e Sociabilidades.....	126
6.2. O Trabalho.....	131
6.3. O Vazio Social e o Lapso do Tempo.....	133
6.4. A Comida e o Ritmo Institucional.....	137
6.5. Sexualidade e Interação.....	139
6.6. Envelhecendo Entre Quatro Paredes.....	142
6.7. Olhando Adiante: Há Futuro?.....	150
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	162
ANEXO I – PLANTA BAIXA DO PAVILHÃO 7.....	175
ANEXO II – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	176
ANEXO III – ATIVIDADES DO PAVILHÃO 7.....	177

LISTA DE ABREVIATURAS

a.C. – antes de Cristo

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AOSD – Auxiliar Operacional de Serviços Diversos

AP-4 – Área Programática número 4

CAP – Centro de Atenção Psicossocial

cf. - confrontar

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças. Décima Revisão

CJM – Colônia Juliano Moreira

CNSM – Campanha Nacional de Saúde Mental

CORSAM – Coordenadoria de Saúde Mental

CPPII – Centro Psiquiátrico Pedro II

CRIS – Centro de Reabilitação e Integração Social

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

ECT – eletroconvulsoterapia

Fig. – figura

HJM – Hospital Jurandyr Manfredini

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMAS – Instituto Municipal de Assistência à Saúde

IMASJM – Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

nº – número

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

p. – página

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

RS - reais

SAM – Serviço de Assistência ao Menor

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SOC – Serviço de Observação Clínica

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1	Portão de entrada. Fonte: Própria, 2002.....	43
Fig. 2	Aqueduto. Fonte: Própria, 2002.....	49
Fig. 3	Igreja Nossa Senhora dos Remédios. Fonte: Própria, 2002.....	50
Fig. 4	Vista do aqueduto, Pavilhão 1 e oficinas. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976...	93
Fig. 5	Vista do chafariz e vários pavilhões. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	94
Fig. 6	Vista do chafariz. Fonte: Arquivo IMASJM, 2002.....	94
Fig. 7	Prédio onde funcionava a lavanderia. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	95
Fig. 8	Prédio onde funcionava o banheiro e a barbearia dos usuários.....	95
Fig. 9	Oficina de conserto de cama. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	96
Fig. 10	Pavilhões 3 e 4. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	96
Fig. 11	Pavilhão 1. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	97
Fig. 12	Pavilhão 1. Fonte: Arquivo IMASJM, 2002.....	97
Fig. 13	Antiga copa e cozinha para usuários e funcionários Fonte: Arquivo IMASJM, 2002.....	98
Fig. 14	Pavilhão 8. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	98
Fig. 15	Pavilhão 9. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	99
Fig. 16	Pavilhão 10. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	99
Fig. 17	Pavilhão 2. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	100
Fig. 18	Pavilhão 2. Fonte: Arquivo IMASJM, 2002.....	100
Fig. 19	Pavilhão 5. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	101
Fig. 20	Pavilhão 5. Fonte: Arquivo IMASJM, 2002.....	101
Fig. 21	Pavilhão 6. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	102
Fig. 22	Lar de Pedra. Fonte: Própria, 2002.....	102
Fig. 23	Pavilhão 7. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976.....	104
Fig. 24	Pavilhão 7. Fonte: Própria, 2002.....	104

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Usuários entrevistados.....	105
TABELA 2	Usuários não-entrevistados.....	106

RESUMO

A presente dissertação trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica, realizada no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, cujo objetivo é conhecer o impacto do processo de envelhecimento em pacientes internados em uma instituição psiquiátrica de longa permanência, promovendo a discussão acerca do conceito de velhice e das implicações da carreira asilar. De modo a atingi-lo, dezesseis indivíduos de idade igual ou superior a sessenta anos e acometidos por transtornos mentais foram selecionados de acordo com a capacidade de estabelecer interação e comunicação com a pesquisadora. As histórias de vida dos idosos constituíram a principal fonte de informação a ser obtida. Os dados foram coletados mediante observação participante e entrevistas abertas, semi-estruturadas, contando com análise de prontuários sempre que necessário. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas no período de outubro de 2002 a fevereiro de 2003, tendo sido distribuídas em categorias para facilitar a compreensão.

A análise dos resultados mostrou que os idosos têm grande dificuldade em reconhecer a própria velhice. No entanto, identificam com facilidade o envelhecimento do outro. Em sua opinião, a velhice está situada no corpo, relacionada a noções vagas de idade cronológica e aspectos externos. Manifestam, analogamente, a mesma percepção com relação à instituição, onde as mudanças mais sentidas por eles estão no plano físico, a despeito das importantes modificações ocorridas em seu dia-a-dia, não aparentando ter ciência de fatos históricos, aspectos políticos e administrativos e nem há quanto tempo encontram-se internados, configurando um lapso do tempo. A perda da capacidade de se orientar no tempo é consequência do processo de desculturação pelo qual passam os indivíduos ao entrarem em uma instituição total. Para eles, o tempo seria um dado natural, não contido em relógios e calendários. Em seus relatos, passado e presente se misturam sem maiores constrangimentos, tornando suas vidas um eterno presente. De modo geral, sentem-se satisfeitos com a instituição e têm, como principal expectativa, a de lá permanecer pelo resto de suas vidas.

ABSTRACT

This work is a qualitative research with ethnographic approach, carried out at Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, whose aim is to know the impact of the aging process in elder residents of a long-term mental institution, leading to a discussion about the concept of aging and the consequences of living in a mental asylum. In order to achieve it, sixteen users, aged sixty years old or more and affected by mental disorders, were selected according to their capability of establishing interaction and communication with the author. Their life stories accomplished for the main source of information to be obtained. Data were collected by participant observation and open, half-structured interviews, relying on medical files whenever necessary. Interviews were recorded, transcribed and analyzed between October 2002 and February 2003, and they were assorted into specific groups in order to make possible a better understanding.

The analysis of data unraveled that the users have great difficulty to recognize their own aging process. They are able, though, to identify each other's old age. According to their beliefs, old age is situated in the body, related to a vague perception of chronological age and the external aspects of the aging process. In a similar way, they show the same perception in relation to the institution, where changes on its external aspect are more felt and mentioned, in spite of the very important transformations that took place in there since their admission. Subjects seem to only register changes in their daily lives, not being aware of historical facts, political and administrative aspects of the institution, and even of how long they have been living there. This aspect constitutes a time lapse. Loss of the capability of getting oriented in time is due to a deculturation process which individuals use to go through when entering a total institution. Time, for them, would be a natural fact, not contained in watches and calendars. In their speeches, past time and present time intermingle without any ceremony, making their lives an everlasting present. Subjects experiment an overall satisfaction towards the institution and their most important expectation is to remain there for the rest of their lives.

INTRODUÇÃO

O Envelhecimento e a Velhice

O envelhecimento nas últimas décadas ganhou maior visibilidade, transformando-se em temática para diversas áreas do conhecimento. Obviamente existem profundas diferenças nos enfoques dados por cada uma dessas disciplinas. A Medicina analisa o idoso priorizando a questão biológica, como se o corpo pudesse ser destacado de seu contexto sócio-cultural. Já as Ciências Sociais e a Gerontologia parecem desincorporar o envelhecimento, pouco considerando seus aspectos biológicos. Sob o olhar da Medicina, o envelhecimento é conceituado como um processo biológico dinâmico e de curso inexorável, onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas determinando uma diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Esta vulnerabilidade aumentada leva a uma maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (PAPALÉO NETTO e PONTES, 1996; AMENDOEIRA, 2000).

O significado da palavra “envelhecimento” remete à idéia de duração no tempo. Velhas podem ser coisas gastas pelo uso ou que já se tornaram antigas em razão de sua existência. Velhos são os indivíduos que já percorreram uma longa trajetória de vida, onde a ação do tempo confere um caminho de mão única, sem possibilidade de retorno. O envelhecimento, no entanto, está presente em todos os períodos da vida e não se limita a uma única fase.

O termo “velhice”, por sua vez, refere-se à última fase no ciclo da vida. O início da velhice não pode ser estabelecido por meio de características físicas, psicológicas, sociais, culturais ou emocionais. Graças à ausência de marcadores biofisiológicos a determinar o início do processo de envelhecimento, a exemplo da menarca na puberdade feminina, não é possível estabelecer uma demarcação universal entre a maturidade e a velhice ou uma terminologia globalmente padronizada para o envelhecimento. Seus limites são, então, fixados de modo arbitrário, variando conforme o ambiente estudado e valendo-se mais de fatores sócio-econômicos e legais do que propriamente biológicos.

Por vezes, períodos da natureza onde a exuberância da vida se freia (como o inverno ou a estação seca) são usados para representar a velhice. Hipócrates foi o primeiro a correlacionar as fases da vida humana às estações do ano, reservando à velhice o inverno. O termo “caduco” refere-se ao fenômeno comum no outono em certas florestas de regiões

temperadas de ambos os hemisférios, cujas árvores vão perdendo gradualmente as folhas à medida que os dias vão ficando mais curtos, ou seja, quando o inverno se aproxima, até ficarem completamente desnudas, permanecendo assim até a primavera seguinte. Daí advém a expressão pejorativa “velho caduco”, usada para designar o idoso que perdeu o viço e a plenitude de suas faculdades mentais. Nesse sentido, a Medicina fornece outro exemplo, ao associar a perda gradativa das funções cognitivas à deposição de colesterol nas artérias cerebrais ou arteriosclerose, dando origem ao termo “esclerosado”.

O envelhecimento não se confunde com a velhice, da mesma forma que uma viagem não se resume a um trecho. Trata-se de um processo irreversível e contínuo, inscrito na temporalidade do indivíduo do começo ao fim da vida, constituído de uma sucessão de perdas e aquisições, além de permanente acumulação de experiências e participação em muitos papéis sociais. Começa com o nascimento e acaba na morte. Se o envelhecimento acompanha os anos, a velhice, por sua vez, trama-se nos espelhos. A pessoa percebe-se velha ao contemplar sua imagem refletida, com a qual não se identifica, a princípio. Quando a imagem no espelho não corresponde mais àquela contida na memória, isso o enche de temor por marcar o início de sua identificação com imagens antigas de seus pais ou outros parentes idosos cujo envelhecimento acompanhou (MESSY, 1993).

Essa antecipação inspirou Oscar Wilde em seu romance “O Retrato de Dorian Gray”, onde ilustra o drama da velhice sob a forma de descompasso entre percepção e vivência. Tal qual seu protagonista, cujo retrato envelhece na mesma medida de seus crimes enquanto seu rosto permanece jovem e belo, assistimos impotentes ao envelhecer de nossa imagem sem sentir realmente os efeitos da velhice. Ao final do romance, Dorian Gray comete suicídio quando percebe que sua escolha de jamais envelhecer o levara à desgraça.

Then, he loathed his own beauty, and, finding the mirror on the floor, crushed it into silver splinters beneath his heel. It was his beauty that had ruined him, his beauty and the youth that he had prayed for. But for those two things, his life might have been free from stain. His beauty had been to him but a mask, his youth but a mockery. What was youth at best? A green, an unripe time, a time of shallow moods and sickly thoughts. Why had he worn its livery? Youth had spoiled him. (WILDE, 1994, p. 252).

E, finalmente, ao nos darmos conta de nossa velhice, quando o espelho deixa de ser amigo e se torna cúmplice, muitas vezes começamos a nos lamentar por tudo aquilo que não fizemos e não faremos mais, a exemplo de Sorin, personagem da famosa peça “A

Gaivota” de Anton Chekov, marco do teatro moderno, caracterizado como um homem que envelheceu sem haver atingido nenhum de seus objetivos ou realizado seus sonhos de juventude.

Listen, I want to give Kostya a subject for a story. It should be called: “The Man Who Wanted To”... *L’homme qui a voulu*¹. In my youth long ago [I] wanted to become an author... and never became one: wanted to speak eloquently ... and spoke execrably (...) and the résumé would drag on, drag on, till the sweat broke out; wanted to marry ... and never married; wanted always to live in town ... and now am ending up my life in the country, and so on. (CHEKOV, 1962. “A Gaivota”, ato 4, p. 190).

Shakespeare, por sua vez, abordou os temas velhice e loucura em “Rei Lear”, na história de um rei cuja vaidade e egocentrismo o levam a fazer más escolhas que culminarão em sua desgraça e loucura. Condenado ao exílio pela maldade de suas filhas, ele expressa seu desamparo em seu diálogo com o bobo da corte ao ser por ele comicamente confrontado com a trágica verdade, o fato de seu envelhecimento não haver sido acompanhado por sabedoria. No drama desse velho rei, Shakespeare nos faz ouvir uma verdade que se assemelha ao horror de existir. A velhice se revela como verdadeira metáfora da condição humana.

Bobo: Canst tell how an oyster makes his shell?

Lear: No.

Bobo: Nor I neither; but I can tell why a snail has a house.

Lear: Why?

Bobo: Why, to put’s head in: not to give it away to his daughters, and leaves his horns
without a case.

(...)

Bobo: If thou wert my fool, nuncle, I’d have thee beaten for being old before thy time.

Lear: How’s that?

Bobo: Thou shouldst not have been old till thou hadst been wise.

Lear: O, let me not be mad, not mad, sweet heaven!

Keep me in temper; I would not be mad. (SHAKESPEARE, 1987. “Rei Lear”,
ato I, cena v, p. 48-49).

Segundo Beauvoir (1990), o indivíduo não pode ter uma experiência plena do ser velho, por ser a velhice irrealizável em si própria. A velhice, a decadência e a finitude são aspectos percebidos mais pelo outro do que por aquele que envelhece. É o olhar do outro que aponta nosso envelhecimento. Representamos o que somos através da visão que o outro tem de nós, daí a noção do envelhecimento ser muitas vezes construída a partir de

¹ Em francês no original, significando “O homem que quis”.

percepções subjetivas do indivíduo antes que algo externo lhe seja anunciado. Há uma discordância entre a imagem inconsciente do corpo e a que o espelho devolve. O velho do espelho é sempre o outro. A representação conhecida de sua face ficou perdida e, no caso da demência, para sempre.

A velhice não tem idade fixa ou conveniente para começar. E cada indivíduo inaugura para si próprio o tempo de ser velho, de acordo com o que sua história lhe determina. Pode-se viver muitos anos, observar as mudanças no espelho e perceber as mudanças corporais e as perdas nas funções biológicas sem jamais se sentir velho. Esse sentimento somente surge caso algum acontecimento, sempre inesperado, externo ao indivíduo, anunciado pelo outro e inserido no conjunto de perdas, venha a constituir um marco. Nesse ponto, ressalta-se que espelhos, aposentadorias, doenças ou perdas são sinais da velhice e não da morte, a qual ainda pode retardar-se em muitos anos. A associação da velhice à morte é assim, mais um dos muitos estereótipos negativos acompanhando a visão popular do envelhecimento (MESSY, 1993; MANNONI, 1995; GOLDFARB, 1998).

Na citação abaixo, Simone de Beauvoir ilustra tanto os estereótipos como o silenciar lançado sobre a velhice:

Os clichês se perpetuam, em parte, porque o velho sofre um imutável destino biológico. Mas também, não sendo agente da História, o velho não interessa, não nos damos ao trabalho de estudá-lo em sua verdade. E além disso, há na sociedade uma determinação que é a de silenciar sobre ele. Seja exaltando-o ou aviltando-o, a literatura o dissimula em clichês. Esconde-o ao invés de revelá-lo. Com relação à juventude e à maturidade, ele é considerado como uma espécie de referência negativa. Não é o próprio homem, mas seu limite. Fica à margem da condição humana. Nele não o reconhecemos e não nos reconhecemos nele (BEAUVOIR, 1990).

Em termos culturais, a velhice está ligada a categorias, como imagens, idéias ou valores, componentes de um cenário específico local e histórico, bem como da experiência pessoal (PAPALÉO NETTO, 2002). As conotações políticas e ideológicas relacionadas ao conceito de velhice são mais evidentes ao se comparar diferentes sociedades. Em termos locais, países altamente industrializados como o Japão, por exemplo, com uma expectativa de vida ao nascer de 81 anos, têm certamente uma percepção distinta da velhice em comparação à de países muito pobres como Serra Leoa, a qual é de 39 anos. Já com relação ao referencial histórico, mesmo uma expectativa de vida tão baixa como a de Serra Leoa é maior que a da época áurea do Império Romano (cerca de 30 anos) e ainda maior que os 18 anos do período Neolítico (LASLETT, 1987; VERAS, 2001; RAMOS, 2002).

O declínio na taxa de mortalidade e o aumento na expectativa de vida estão diretamente relacionados ao aumento da longevidade, influenciando bastante a concepção que se tem da velhice. O envelhecimento populacional é um fenômeno novo, relacionado não apenas aos avanços médicos e científicos mas principalmente à melhoria na qualidade de vida da população, concretizada em um planejamento urbano adequado criando melhores condições sanitárias, alimentares, de higiene, trabalho e moradia. O conseqüente aumento na proporção de idosos da população levou o limiar da velhice a se deslocar em pelo menos duas décadas. Aqueles que escreviam obras sobre a velhice eram sexagenários, como Cícero (106-43 a.C.), que escreveu seu *De Senectude* aos 62 anos, em 44 a.C. Hoje em dia, um sexagenário está velho apenas no sentido burocrático, pois chegou a uma idade em que normalmente se tem direito a uma pensão. O octogenário, com raras exceções, era considerado um velho decrepito, do qual não valia a pena ocupar-se. Atualmente o enfoque mudou. E não há nada que comprove melhor a novidade do fenômeno do que a falta de uma palavra para designá-lo, pois aos velhos segue-se apenas os “muito velhos”, após os 85 anos (SANTA ROSA, 1995; BOBBIO, 1997).

Por outro lado, diferentes sociedades manifestam concepções distintas quanto às noções de maturidade, idade geracional e idade cronológica. As sociedades ocidentais estruturam-se a partir de um sistema de datação em que se baseiam as idades cronológicas, as quais servem como mecanismo de atribuição de status por si mesmas (maioridade legal), definição de papéis ocupacionais (entrada no mercado de trabalho) ou formulação de demandas sociais (direito à aposentadoria). Já as sociedades não-ocidentais exibem diferentes experiências de envelhecimento, onde incorporam os estágios de maturidade na estrutura social. Essa validação cultural considera não apenas a maturação biológica mas a capacidade de realização de certas tarefas como casar, caçar e participar do conselho de anciãos. O ritual de passagem para o estágio seguinte não se orienta pela idade cronológica dos indivíduos e sim com a transmissão de um status social. Como exemplo, cita-se os índios Suyá, do Parque Nacional do Xingu, em cuja cultura os estágios do ciclo vital baseiam-se no tamanho de uma criança, no status marital de um jovem e no tamanho de sua descendência. Existem sete classes de idades para os homens, a saber: do nascimento até os primeiros passos; de andar até o início da puberdade; da puberdade até ir morar na casa dos homens; da entrada na casa dos homens até o nascimento do primeiro filho (quando o rapaz se muda para a casa dos sogros); de um filho a muitos; de muitos filhos a muitos netos; de muitos netos até a morte. Daí a impossibilidade de encaixá-los em nossa grade de idades cronológicas (GUEDES apud SANTA ROSA, 1995; DEBERT, 1999a).

O uso de uma abordagem cronológica para definir a população idosa se faz necessário de modo a permitir comparações entre dados de diferentes estudos e populações. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1984, no Relatório do Grupo de Especialistas sobre Epidemiologia e Envelhecimento, estipulou um ponto de corte de 65 anos para definir o limite da população idosa em países desenvolvidos e de 60 anos em países em desenvolvimento. No Brasil, contamos com o Decreto nº 1948/96, regulamentando a Lei nº 8842/94, que estabelece a Política Nacional do Idoso. Estes marcos legais também definem a idade de 60 anos como início da chamada “terceira idade” (VERAS, 2001). Para observar as diferenças entre as faixas etárias dentro do grupo dos idosos, este foi dividido em três subgrupos: os chamados idosos jovens, com idade entre 60 e 69 anos, os meio-idosos, entre 70 e 79 anos e os idosos velhos, de 80 anos ou mais (VERAS, 1994).

Exclusão do Idoso e do Doente Mental

A velhice, enquanto fenômeno humano, vem sendo objeto de estudo por várias áreas do conhecimento, as quais tentam apreendê-la e enquadrá-la em uma série de teorias explicativas. Nesse processo, todavia, também se torna alvo de diversos preconceitos e estereótipos, terminando por fazer dela o alvo do mais recente membro da família dos “ísmos”, o “ageism”, nome dado às atitudes negativas e práticas que levam à discriminação contra os idosos por parte dos mais jovens, manifestado sob a forma de conflito intergeracional e dos vários mitos e estereótipos que cercam a pessoa idosa. Ao internalizarem esses preconceitos, os jovens passam a ver os idosos como diferentes de si próprios, deixando de se identificarem com eles como seres humanos. O “ageism” contribui para colocar o idoso como mais uma categoria de excluídos, dentre as muitas já existentes, e o conhecimento é a principal arma contra esta e todas as outras formas de preconceito e discriminação (BUTLER, 1994).

Segundo Zaluar (1996), o conceito de exclusão vem de toda uma tradição de estudos de sistemas simbólicos que dominaram o pensamento social mais influenciado pela Antropologia Estrutural, os quais se mostram efetivos na análise das identidades contrastivas nas fronteiras entre grupos que se representam mutuamente como diferenciados. Segundo essa abordagem, qualquer sistema classificatório ou comunidade, enquanto identidade que se diferencia de outras, cria exclusão, embora por processos e critérios diferentes. Tais grupos podem se distinguir por nações, tribos, localidades ou de

acordo com critérios étnicos, religiosos, raciais, econômicos, sociais, de opção sexual, parentesco e, por que não, conforme a faixa etária. Compreendem-se assim os processos segundo os quais a identificação da velhice como faixa etária distinta e sua posterior subdivisão gerou problemas de identidade social.

Os processos de exclusão expressam injustiça quando pessoas pertencentes a certos grupos são sistematicamente excluídas dos serviços, benesses e garantias, oferecidos ou asseguradas pelo Estado e pensados como inerentes aos cidadãos em geral. Em outras palavras, na presença de segregação entre classes sociais diferenciadas ou repressão sistemática da população pobre e minorias étnicas (ZALUAR, 1981). Na sociedade atual, onde as classes sociais, tais como reconhecidas e analisadas no final do século XIX e início do XX, não são as únicas divisões relevantes, segmentações múltiplas criaram outras exclusões e novos atores sociais, sujeitos de direito nas lutas políticas para que a legislação incorpore suas reivindicações (ZALUAR, 1996). Categorias pouco contempladas por direitos civis somente conseguem o respeito devido mediante luta política e participação ativa na sociedade de modo a tornar reais suas aspirações. Um exemplo do idoso como ator social é a mobilização dos aposentados e pensionistas pelos 147%, que ganhou as ruas na década de 1990, fazendo com que as discussões a respeito da Previdência Social voltassem a ocupar posição central no debate político no Brasil (SIMÕES, 2000). Momentos como esse, onde os idosos fazem valer seus direitos e reivindicações, infelizmente ainda são raros. Talvez por essa razão nenhum outro ator social tenha sido alvo de exclusão de intensidade semelhante à sofrida pelo idoso. A única exceção é, seguramente, o doente mental.

O indivíduo portador de transtornos mentais encontra-se situado, no imaginário coletivo, em uma posição bastante inferior. Considerado desprovido de razão e incapaz de falar por si, ele tem sua humanidade subtraída. Juntamente com as crianças e os “silvícolas”, nosso Código Penal Brasileiro o considera inimputável, ou seja, não responsável por seus atos. Paradoxalmente, esse enfoque acaba por prejudicá-lo, de certa forma. Ao deixá-lo de lado, alheio ao código de leis, é como se lhe destinasse um lugar permanentemente afastado na sociedade. Os “loucos de todo gênero” têm sua exclusão ratificada pela letra da lei e é dessa forma que também são excluídos de toda parte, de todos os coletivos protetores, como família, amigos, vizinhança, emprego, grupos religiosos, sindicatos, entre outros. O único lugar que lhes pertence no imaginário coletivo, e com frequência também no mundo real, é o asilo psiquiátrico.

Nem sempre foi assim. A história da loucura nos mostra momentos onde diferentes visões da doença e do doente mental vigoraram, conferindo-lhes diversas representações ao longo da história. Conhecer-las é fundamental para se entender a posição atual da loucura em nossa sociedade, bem como os processos de exclusão por que passam.

O indivíduo portador de transtorno mental é colocado em uma instituição psiquiátrica de modo a receber tratamento para sua condição. Entretanto, como a natureza desse grupo de doenças é vinculada a representações subjetivas, nunca houve consenso estabelecido acerca da etiologia exata dos transtornos mentais. Por isso, a classificação diagnóstica dos transtornos mentais não se faz a partir da etiologia, mas de síndromes, sinais e sintomas. São classificações subjetivas, pouco exatas e passíveis de variação de acordo com a linha conceitual do psiquiatra, a classe social do paciente e a cultura em que estão inseridos. Por isso, o diagnóstico psiquiátrico é tido como instrumento insuficiente para prever os resultados da reabilitação. Tem baixa confiabilidade e reprodutibilidade e não contribui eficazmente para a determinação, reabilitação e prognóstico evolutivo dos transtornos mentais crônicos (WYKES e STURT, 1987; GONÇALVES *et al.*, 2001). Assim, na ausência de qualquer possibilidade de deixar a posição de doente mental, o paciente internaliza essa condição e se torna um doente mental crônico. Sem poder ser re-inserido na sociedade de onde veio, fica indefinidamente confinado aos muros do asilo, constituído em um local de reclusão ao invés de terapia. E eventualmente acabam por envelhecer lá dentro, sob a chancela da internação de longa permanência.

O indivíduo que envelhece dessa maneira sofre duas exclusões. Uma delas pelo fato de ser doente mental e a outra por ser velho. E esse velho está permanentemente ausente dos discursos sociais e movimentos políticos em prol dos direitos dos idosos. A sociedade o esqueceu. Por isso, um dos maiores desafios aos diversos processos de reforma psiquiátrica é a transferência da assistência para alternativas de atendimento extra-muros. Os pacientes crônicos costumam estar afastados de suas famílias e da sociedade há muitos anos, submetidos aos efeitos deletérios da internação prolongada, com vínculos sociais fracos ou totalmente ausentes e com dificuldades de viverem sozinhos e gerenciarem suas vidas de modo independente.

Entre os problemas enfrentados na tentativa de re-inserir pacientes em internação prolongada de volta à sociedade, a questão da autonomia surge como fator primordial. O grande desafio está na construção de rede de alternativas à internação psiquiátrica, de acordo com as necessidades dos pacientes que estão sendo desinstitucionalizados. As instituições psiquiátricas brasileiras de um modo geral carecem de programas específicos

aos seus internos, assim como de condições adequadas que garantam o respeito à individualidade e o direito ao exercício de um convívio social digno (HAFNER, 1987; GONÇALVES *et al.*, 2001).

A Pesquisa

Um dos aspectos importantes da dupla exclusão dos pacientes institucionalizados é a escassez de estudos na área. Sua condição de doente mental os afasta do interesse de pesquisadores estudando o envelhecimento e a velhice, os quais têm se interessado mais nos aspectos sociais (SOARES, 1997) ou demográficos (VERAS, 1994) do envelhecimento, ou na análise das políticas públicas voltadas para os idosos (SÁ, 1997). Ao estudarem as instituições psiquiátricas, restringem-se a analisar a instituição ao longo do tempo, seja enfatizando processos de mudança (LOUGON, 1987) ou relacionando-a às políticas de saúde mental vigentes que influenciam-nas diretamente (ANDRADE, 1992). Mesmo quando, ao trabalhar dentro de instituições, lidam diretamente com os internos, os pesquisadores têm preferido inserir-se nos asilos de idosos, onde quase sempre entrevistam pessoas sem declínio cognitivo e com o pensamento estruturado, capazes de manter uma conversa ou estabelecer uma narrativa (BAHURY, 1996), mesmo quando o foco da pesquisa é a avaliação de serviços psicogerítricos (AMENDOEIRA, 2000). Os poucos estudos realizados na população de pacientes crônicos institucionalizados costumam ser feitos em instituições de curta ou média permanência (PINTO, 1995; ATALIBA, 1999).

Essa é uma das razões porque este trabalho reveste-se de importância. Por preencher uma lacuna deixada pelos importantes trabalhos que o precederam, ao se propor a entrevistar os próprios idosos com transtornos mentais em internação de longa permanência. Por tentar abordar o mundo interno, os desejos, a história, a essência da vida daqueles a quem a sociedade retirou os atributos de humanidade. Por devolver a voz àqueles a quem a sociedade cassou a palavra. Entrevistando os pacientes diretamente, é possível tentar obter uma resposta à questão primordial que norteou a pesquisa: Como é o envelhecer em uma instituição psiquiátrica?

Em seguida, a pesquisa tem lugar no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM), antiga Colônia Juliano Moreira, instituição cuja história remonta há praticamente 80 anos, constituindo-se em local de grande importância na história da Psiquiatria no Brasil. O espaço físico, o quadro de funcionários e principalmente os internos, ou usuários, são reflexos das políticas públicas anteriores

adotadas no país, direcionadas à saúde mental. Historicamente sempre foi um local de recolhimento dos indesejáveis e excluídos. A análise do contexto histórico das políticas anteriores permite contemplar seu resultado atual. Por estar inserido no contexto da política de saúde, o trabalho tenta traçar um paralelo, estabelecer um diálogo, entre as instâncias governamentais que formulam as políticas públicas e aqueles a quem elas se destinam. Em outras palavras, entre as ações e os atores, ou mais propriamente os alvos das ações.

A presente dissertação trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica, realizada no IMASJM, tendo o objetivo de conhecer o impacto do processo de envelhecimento nos pacientes internados em uma instituição psiquiátrica de longa permanência, promovendo a discussão acerca do conceito de velhice e das implicações da carreira asilar.

De modo a atingi-lo, dezesseis indivíduos de idade igual ou superior a sessenta anos e acometidos por transtornos mentais foram selecionados de acordo com a capacidade de estabelecer interação e comunicação com a pesquisadora. As histórias de vida dos idosos constituíram a principal fonte de informação a ser obtida. Os dados foram coletados mediante observação participante e entrevistas abertas, semi-estruturadas, contando com análise de prontuários sempre que necessário. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas no período de outubro de 2002 a fevereiro de 2003, tendo sido distribuídas em categorias de maneira a facilitar a compreensão.

Esta dissertação divide-se em seis capítulos. O primeiro capítulo fornece o quadro teórico necessário de modo a contextualizar as três instâncias relevantes no estabelecimento das bases do estudo, as representações do envelhecimento no contexto da pós-modernidade, a discussão sobre o normal e o patológico em saúde mental e o conceito de instituição total. No segundo capítulo, a história da Psiquiatria no Brasil é apresentada, permitindo entender como se construiu enquanto especialidade médica diferenciada. O terceiro capítulo é um breve histórico do IMASJM, desde suas origens até o presente, de modo a compreender a instituição onde o trabalho se desenvolve. O quarto capítulo aborda o próprio processo do envelhecimento, englobando os aspectos demográficos e as implicações destes na sociedade brasileira, na questão do cuidado, da família e das políticas públicas. Compreende ainda as mudanças na concepção do envelhecimento de acordo com as teorias propostas para explicá-lo, as relações entre velhice e saúde mental e os aspectos e funções sociais da memória, relacionados à proposta do trabalho em entrevistar idosos com transtornos mentais. O quinto capítulo inicia a exposição do local da pesquisa, o Pavilhão 7 do Núcleo Rodrigues Caldas, onde a descrição física e de seu

cotidiano têm lugar, permitindo-nos realmente entrar na vida dos usuários, mais propriamente seu universo físico. Nesse mesmo capítulo, é exposta a metodologia que norteou o trabalho, sendo mostrado a importância dos métodos adotados e sua pertinência na abordagem das questões propostas. E ainda inicia a exposição dos primeiros depoimentos dos usuários entrevistados, com relação aos aspectos institucionais e ao momento de sua internação. O sexto capítulo compreende a apresentação das categorias relacionadas aos laços sociais entre os internos e suas interpretações do cotidiano e ritmo de vida na instituição. Por fim, são traçadas considerações finais a título de conclusão, onde são propostas futuras diretrizes de pesquisa.

CAPÍTULO I

O QUADRO TEÓRICO

1.1. O Envelhecimento na Pós-Modernidade

Desde o final do século XX, estamos atravessando um período de profundas transformações sociais e econômicas que incidem diretamente sobre os indivíduos, as relações pessoais e a cultura. Esse período é confuso por nem sempre ser possível uma distinção entre o velho e o novo na realidade social, já que as mudanças não ocorrem simultaneamente em todos os níveis. No entanto, caracteriza-se como um processo de transição, indo além da modernidade, e para denominar esse período vários termos têm surgido tais como: “sociedade de informação”, “pós-modernidade”, “sociedade pós-industrial”, entre outros (FREIRE e SOMMERHALDER, 1999).

A Idade Moderna caracteriza-se pelas modificações intelectuais, sociais e políticas ocorridas na Europa do século XV ao XVIII (mais especificamente de 1453, ano da tomada de Constantinopla pelos turcos otomanos, até 1789, ano da Revolução Francesa). Significou, assim, o rompimento completo com o passado feudal e se baseou em princípios radicalmente novos e que influenciaram todo o mundo. Já a pós-modernidade, por sua vez, talvez pelo fato de a estarmos vivenciando no momento atual, não tem seu significado tão claro para nós.

As expressões “modernismo” e “pós-modernismo” não surgiram nos grandes círculos culturais do mundo anglo-saxônico, ao contrário do que poderia parecer. O termo “modernismo” foi criado na América hispânica no final do século XIX para designar uma corrente literária que se opunha à influência cultural da Espanha. Da mesma forma, a expressão “pós-modernismo” surgiu no mundo hispânico na década de 1930, usada para descrever um refluxo conservador dentro da corrente do modernismo. A idéia de um estilo pós-moderno entrou para o vocabulário da crítica literária hispanófono, embora a expressão tenha raramente sido usada em seu significado original². A expressão somente se difundiu no mundo anglófono a partir de 1952, com o manifesto do poeta Charles Olson, que falava em um mundo pós-moderno, posterior à Revolução Industrial, referindo-se à sua época

² A influência do uso não se limitou ao mundo hispânico, estendendo-se também ao luso-brasileiro. O Modernismo brasileiro é datado da Semana de Arte Moderna de 1922, sob o impacto do futurismo e associado à ruptura promovida por Mário de Andrade, em contraposição ao pós-modernismo, tido como inaugurado por uma reação indigenista na década de 1930 (ANDERSON, 1999).

como um presente vivo em andamento, pós-moderno, pós-humanista e pós-histórico. As origens do pós-modernismo foram, então, literárias e a difusão do termo se deu a partir da Arquitetura, que o projetou à fama enquanto estilo (ANDERSON, 1999).

Pensar no prefixo “pós” pressupõe que algo está por se encerrar. Nesse caso, a modernidade. A discussão em pauta, portanto, é se estamos transitando da modernidade para a chamada pós-modernidade, ou se as transformações atuais são meras conseqüências do sucesso da modernidade. Nesse contexto, Anthony Giddens, Ulrich Beck e Scott Lash (1997) questionam o próprio conceito de pós-modernidade, apresentando propostas para a caracterização de nosso tempo. Para esses autores, não estamos atravessando uma pós-modernidade e sim um período onde as conseqüências da modernidade estão se tornando mais evidentes, radicalizadas e universalizantes, passível de ser identificado por um ritmo muito rápido de mudanças e uma configuração espacial desvinculada do conceito geométrico e remetida ao contexto do virtual. Um evento virtual é algo inexistente no nosso meio físico mas que admitimos, concedemos a permissão ou convencionamos a ele pertencer. As práticas sociais, as atividades culturais, a convivência, as relações comerciais e a educação são cada vez mais orientadas por e para as tecnologias de informação e comunicação. A conseqüência deste conjunto de tecnologias, como por exemplo, o uso massificado da Internet, é o surgimento de uma nova perspectiva para o contexto social, diferente dos velhos paradigmas da sociedade industrial. A superação de barreiras geográficas e temporais nas relações de sociabilidade, no contato entre pessoas e nas trocas comerciais, cada vez mais globais, modificou a noção do espaço-tempo social. Um dos pontos principais deste período é a globalização, o processo de alongamento das modalidades de conexão entre diferentes regiões ou contextos sociais que se espalham pelo mundo todo em uma interdependência mundial, criando novas formas de risco e perigo e, ao mesmo tempo, promovendo possibilidades de segurança global (GIDDENS, 1991; GIDDENS, BECK e LASH, 1997).

Em vez de estarmos entrando num período de pós-modernidade, estamos alcançando um período em que as conseqüências da modernidade estão se tornando mais radicalizadas e universalizadas do que antes. Não vivemos, ainda, um universo social pós-moderno, mas podemos ver mais do que uns poucos relances de emergência de novos modos de vida e organização social (GIDDENS, 1991).

A modernização reflexiva proposta por Giddens é um processo contínuo, pouco percebido e praticamente autônomo, de mudanças afetando as bases da sociedade industrial. O próprio capitalismo, forjador desta sociedade industrial, é o agente de sua

transformação. Assim, diante de uma realidade que não pára de se alterar, as pessoas tendem a valorizar antigas certezas, criando momentos onde é necessário decidir entre uma convicção do passado e uma realidade transformadora. Podem mesmo se aferrar a antigos costumes e tradições. Este confronto entre as convicções herdadas e as novas formas sociais conferem à modernização um caráter reflexivo. A reflexividade provoca exames e reformulações em práticas sociais, constantemente examinadas à luz de informações renovadas sobre as próprias práticas, alterando de forma constitutiva e contínua seu caráter. (GIDDENS, 1991; GIDDENS, BECK e LASH, 1997).

Por vezes essa reflexão leva ao recrudescimento dos antigos valores nacionais. O nacionalismo surgiu na Europa do final do século XIX, justamente no alvorecer do capitalismo. Os vários povos e etnias passaram a exigir o direito de autodeterminação e a lutar pela criação de Estados nacionais, com fronteiras delimitadas onde pudessem exercer esse direito. Nesse contexto, costumes, língua e particularidades locais passam a ser valorizadas como meio de os povos se distinguirem uns dos outros. Atualmente, em meio à globalização e ao neoliberalismo, que tendem a diminuir as diferenças e a eliminar distâncias e fronteiras econômicas entre os vários povos, os valores nacionais estão passando por uma revalorização como tentativa de se defenderem da invasão da cultura hegemônica e de reforçarem suas identidades próprias. Se chegarão a ter êxito nesse processo, já é outra história.

A modernidade aqui descrita é um fenômeno que parece oferecer às pessoas oportunidades de uma existência segura e gratificante se comparada ao período pré-moderno. Porém, os riscos gerados pelo próprio desenvolvimento lançam problemas antes desconsiderados. Questões como o controle de armas nucleares e a degradação do meio ambiente põem em risco toda a sociedade e afetam a todos indistintamente. Nesse ambiente incerto onde as instituições não são mais capazes de oferecer a segurança observada na sociedade industrial, cada indivíduo do grupo social se vê diante da socialização dos riscos, independentemente da ação individual. A sociedade seria, então, caracterizada como sendo uma sociedade de risco, atribuindo-lhe também a condição de autocrítica visto que os riscos geram multiplicidade de opiniões sobre os mais variados assuntos.

O dinamismo da modernidade, sob a ótica de modos de vida marcados por transformações, está baseado na separação entre tempo e espaço, que propicia meios de zoneamento preciso, temporal e espacial, sendo pré-condição para o desencaixe. O termo “desencaixe” refere-se ao deslocamento das relações sociais de contextos locais de

interação e à sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espço (GIDDENS, 1991).

O dinamismo da modernidade baseia-se também no desenvolvimento dos mecanismos deste desencaixe, retirando a atividade social dos contextos localizados e reorganizando-a através de grandes distâncias tempo-espaciais (GIDDENS, 1991). O elemento fundamental da formação da comunidade, o sentimento de pertencer, “desencaixa-se” da localização geográfica e temporal e reforça a idéia de que as pessoas podem ter todo tipo de experiência comunitária, independente de estarem vivendo ou não próximas umas das outras. O que não implica na substituição de um tipo de relação (de proximidade) por outro (à distância), mas possibilita a coexistência de ambas as formas, sendo o sentido de ligação comum às duas. Nesse contexto, se insere o conceito de “intimidade à distância” (ROSENMAIR e KOECKEIS apud DEBERT, 1999b), segundo o qual a tendência dos idosos morarem sós pode ser interpretada não como abandono por parte de seus familiares, mas um novo tipo de arranjo familiar, no qual o relacionamento entre os idosos e sua família pode se dar de modo intenso.

Outro exemplo do dinamismo da modernidade encontra-se na apropriação reflexiva do conhecimento, em que a própria produção de conhecimento sistemático torna-se integrante da reprodução do sistema, deslocando a vida social para fora de padrões relacionados à tradição.

Os mecanismos de desencaixe propostos por Giddens (1991) são:

1) Fichas simbólicas - meios de intercâmbios que podem ser ‘circulados’ sem ter em vista as características específicas dos indivíduos ou grupos que lidam com eles. O dinheiro, por exemplo, seria um exemplo de ficha simbólica.

2) Sistemas peritos - sistemas de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas dos ambientes material e social em que vivemos hoje. Exemplos de sistemas peritos seriam os serviços prestados por engenheiros, médicos e advogados. A Internet pode ser vista como um sistema perito. O virtual é uma criação de sistemas peritos. De uma certa maneira, os sistemas peritos sustentam as fichas simbólicas.

Estes mecanismos dependem da confiança existente quando “acreditamos” em alguém ou em algum princípio. Para Simmel, “... é uma forma de fé na qual a segurança adquirida em resultados prováveis expressa mais um compromisso com algo do que apenas compreensão cognitiva.” (SIMMEL apud GIDDENS, 1991). Confiança é um termo corriqueiro na linguagem comum e pode ser definido como crença na credibilidade de uma

pessoa ou sistema, tendo em vista um conjunto de resultados ou eventos. A relação que os indivíduos e a sociedade estabelecem com a confiança torna-se peculiar na modernidade. A confiança existe num contexto de consciência de que a atividade humana é criada socialmente e onde o conceito de risco substitui o de acaso. Risco e confiança entrelaçam-se normalmente, servindo para reduzir ou minimizar os perigos aos quais somos expostos no exercício de qualquer atividade. O risco aceitável, ou seja, a chance mínima de correr perigos, varia em diferentes contextos e é fundamental para que a confiança se mantenha. A experiência de segurança depende de um equilíbrio entre confiança e risco aceitável (FREIRE e SOMMERHALDER, 1999).

Nesse contexto, dois tipos de confiança são necessários neste período: a confiança nas pessoas (compromisso pessoal), onde são solicitados indicadores da integridade de outros, e a confiança em sistemas abstratos (sistemas peritos), que envolvem fé no funcionamento de um conjunto de saberes totalmente hermético e oculto aos não-iniciados. Esse conhecimento pertence a sistemas de excelência técnica ou competência profissional organizando grandes áreas dos ambientes material e social. A confiança nesses sistemas é condição das áreas de segurança na vida cotidiana que as instituições modernas oferecem. Como exemplo de sistema perito, cita-se o conjunto de especialistas que atua na área de Gerontologia, ramo do conhecimento dedicado ao estudo da velhice.

A pós-modernidade, por outro lado, é vista como uma época em que tudo parece ser descartável. A condição pós-moderna é a tendência para o contrato temporário em todas as áreas da existência humana, ocupacional, política, sexual, emocional, estabelecendo laços mais econômicos, flexíveis e criativos que os da modernidade. Até mesmo o conhecimento científico se desatualiza e desgasta em nossa época a uma velocidade jamais vista. Há uma intensificação das relações sociais em escala mundial, ligando localidades distantes de tal modo que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorridos há milhares de quilômetros e vice-versa (ANDERSON, 1999).

A própria existência da velhice enquanto objeto individualizado de estudo deve ser analisada enquanto produto da modernidade. O conceito de velhice é, assim, uma construção social realizada em um contexto cultural e histórico específico. A velhice, então, se situaria no mesmo patamar da infância e da adolescência, de igual modo construções sociais dependentes de parâmetros sócio-culturais específicos em diferentes sociedades (ZALUAR, 1985; FEATHERSTONE, 1998; HAREVEN, 1999).

A “descoberta” de um novo estágio é um processo complexo. Primeiramente os indivíduos se tornam conscientes das características distintas de um grupo social em um

dado período. Essa descoberta se difunde pela sociedade, onde reformadores e profissionais delimitam suas características e abrangência. Por fim, caso as condições peculiares a esse estágio se associem a algum problema social importante, as agências públicas se interessam e, a partir daí, o novo estágio torna-se institucionalizado, com suas necessidades e problemas integrando a legislação e demandando a criação de serviços e políticas públicas destinadas a resolvê-los (HAREVEN, 1999). Foi o que ocorreu com a velhice. A partir da década de 1970, os velhos passaram a ser considerados vítimas da marginalização e da solidão (DEBERT, 1999a). A Gerontologia elaborou programas direcionados a eles para combater os preconceitos, criando ao mesmo tempo uma nova imagem. Esse novo despertar para uma faixa etária, antes praticamente invisível e atualmente representando o maior grupo lobista no congresso americano, dividiu o antigo grupo dos idosos em “terceira idade”³ e velhice propriamente dita (LEIBING, 2002).

Sinônimo de envelhecimento ativo e independente, a terceira idade converteu-se em uma nova etapa da vida, a ser vivida com dinamismo. Logo, velhice não se confunde com terceira idade. Passa a ser importante a distinção entre os idosos jovens e os idosos velhos. Criou-se, então, uma nova subdivisão, a “quarta idade”, congregando os idosos muito velhos⁴ e aproximando seus integrantes da imagem tradicional da velhice, de decadência física e cognitiva. Esse movimento foi necessário, pois “... toda identidade social constrói-se em oposição a outras, como um caleidoscópio de identificações” (ZALUAR, 1985). Dessa maneira, para um novo conceito de velhice nascer, o anterior teve de ser descartado. No caso, deslocado para mais longe dos integrantes da categoria nascente, em direção aos os idosos muito velhos. A invenção da terceira idade é, assim, uma experiência inusitada de envelhecimento e não pode ser reduzida aos indicadores de prolongamento de vida nas sociedades contemporâneas. A invenção requer a existência de uma “comunidade de aposentados”, com peso suficiente na sociedade e dotada de meios para tornar reais as expectativas de realização e satisfação pessoal na velhice (PEIXOTO, 2000).

³ A expressão “terceira idade”, por sua vez, é de criação um tanto mais antiga, tendo sido cunhada na França, logo após a implantação das políticas sociais para a velhice. Os novos aposentados reproduziam práticas sociais das classes médias assalariadas, distanciando-se do estereótipo de senilidade e decrepitude (PEIXOTO, 2000).

⁴ Peixoto (2000) delimita a “quarta idade” após os 75 anos, baseada na literatura francesa. Porém, outros autores nacionais consideram seu início a partir dos 80 anos (CAMARANO *et al.*, 1999), a exemplo de outros europeus (BOBBIO, 1997). A falta de consenso pode se dever a diferenças de definição semelhantes às que determinaram limites distintos para a velhice em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Ou pelo fato de a categoria dos “muito velhos” não ser ainda muito difundida e estudada. Ou ainda por outras razões. No decorrer deste trabalho será utilizado o limite de 80 anos.

O processo de “descoberta” de uma fase do desenvolvimento humano se deu com especial intensidade na infância. Philippe Ariès (1981) afirma que a infância pode ser considerada como uma invenção relativamente recente, inexistente na Europa medieval, quando a criança tomava seu lugar no mundo adulto a partir dos 7 a 8 anos, após a fase inicial de dependência física. Considerada um adulto em miniatura, a criança vestia-se como um adulto, trabalhava e combatia ao seu lado e era submetida às mesmas punições. Somente a partir do século XVII essa visão começou a mudar, com o desenvolvimento da visão moderna das idades do homem. E a infância, de inexistente, passou a ser vista como um período individualizado da vida. Esse é um exemplo de diferentes paradigmas em uma mesma cultura, em momentos históricos distintos.

Do mesmo modo, é possível falar de invenção da adolescência a partir da segunda metade do século XIX com os trabalhos de Stanley Hall, que a considerou como um estágio normal do desenvolvimento psíquico e biológico no Ocidente (FEATHERSTONE, 1998). Aqui cabe ressaltar a diferença entre puberdade e adolescência. Puberdade refere-se às mudanças corporais por que passamos para atingir a maturidade sexual, regidas por hormônios cuja produção inicia-se ao final da infância, transformando a criança em um adulto. Constitui, pois, uma entidade biológica bem definida, com início, meio e fim, e presente em todo ser humano. Já a adolescência refletiria esta mesma transição, mas no âmbito psicológico e sócio-cultural. Como construção social recente, vincula-se à crescente especialização da sociedade, onde a progressiva especialização do trabalho demanda um tempo maior de dependência dos pais a fim de permitir um aprendizado que capacite o jovem à vida independente. No meio rural, onde as tarefas são mais simples de aprender, essa fase pode ser bem diminuída (inclusive a tendência a se casar jovem é maior ali). Em outras culturas, onde a existência de ritos de passagem pelos quais a criança torna-se um adulto faz com que essa transição seja instantânea, a adolescência simplesmente inexistente.

Ariès e Hall, de modos diferentes, identificam o que se refere como a colonização do curso de vida, quando esta é crescentemente diferenciada e demarcada como entidades estanques, com problemas e soluções específicos. Sendo a infância e a adolescência construções sociais e, por essa razão, não estando presentes em todas as sociedades, podemos interpretar o curso de vida humano como dependente da cultura em que este indivíduo se insere (FEATHERSTONE, 1998).

No estudo do envelhecimento e do curso da vida, freqüentemente os aspectos corporais do envelhecimento são reduzidos ao envelhecimento fisiológico, ao terreno da Biologia, como algo passível de estudo de modo independente de parâmetros culturais e

sociais, os quais modelam a velhice de diferentes modos em diferentes sociedades. As formas de cada sociedade encarar o processo do envelhecimento, por sua vez, também sofrem influência de seus padrões de ver e sentir o mundo, os quais estão sofrendo profundas mudanças no momento atual. Nem a juventude e nem a velhice são concepções absolutas mas interpretações sobre o curso da existência, podendo, desse modo, ser consideradas conceitos construídos historicamente, inserindo-se ativamente na dinâmica dos valores e das culturas onde se originam. A velhice exprime um ciclo que se aproxima metaforicamente do fim, sendo empregada para assinalar a decadência de uma civilização, um povo ou uma cultura, sendo o termo “jovem” o pólo positivo desta dicotomia jovem/velho (BOBBIO, 1997).

Esses aspectos da modernidade exercem capital importância na compreensão do papel desempenhado pelo envelhecimento e o conceito de velhice no mundo atual. A juventude e a velhice não são concepções absolutas, mas interpretações sobre o curso da existência. Portanto, são conceitos construídos historicamente e que se inserem ativamente na dinâmica dos valores e das culturas. O conceito de velhice é relativamente recente na história ocidental. É evidente que sempre se soube que os seres vivos nascem, crescem, amadurecem e morrem, mas a transformação dessa inevitável seqüência empírica em uma ordem fundamentada pela Biologia se deu na passagem dos séculos XVIII para o XIX. A ideologia do evolucionismo foi a caução científica que fundou o ciclo biológico da existência em faixas etárias bem definidas. A convergência, no início do século XX, de um volume crescente de literatura especializada na área da Gerontologia, a proliferação de estereótipos negativos sobre os idosos e o estabelecimento de aposentadorias compulsórias favoreceu os primeiros movimentos de uma formulação política e institucional da velhice enquanto estágio distinto, diferenciando-se da chamada meia-idade. Nesse contexto, a velhice ou terceira idade não seria exceção. Assim, podemos dizer que a velhice é jovem (BIRMAN, 1995; HAREVEN, 1999).

A própria expectativa de vida em uma dada sociedade é responsável por criar os parâmetros para a divisão do curso de vida em fases distintas. Evidentemente as possibilidades para a vida e sua demarcação em estágios são totalmente diferentes em uma sociedade moderna, com expectativa de vida de 85 anos, e na pré-história, onde esta era de apenas 18 anos e eram raros os indivíduos com mais de 30 anos. O curso de vida pré-moderno era relativamente indiferenciado e sem estágios definidos. Em muitos casos, o status social importava mais que a idade. Na sociedade moderna, idades compulsórias foram definidas para começar e deixar a escola, trabalhar, casar, votar, aposentar, etc. O

Estado moderno assumiu o papel de padronizar e ordenar o curso de vida, estendendo as grades etárias para todos os cidadãos.

O estágio atual de pós-modernidade (ou transição para ela) caracteriza-se pela reversão dessas tendências, tendo como consequência o esfacelamento das grades etárias e dos papéis sociais a elas destinados, gerando uma maior diversidade. Os jovens e as mulheres podem ingressar mais depressa no mercado de trabalho e ensino superior e os homens estão se aposentando mais cedo. Há maior variedade na composição das famílias e modelos de parentesco e educação infantil, onde a família nuclear seria apenas uma dentre as diversas possibilidades. Aqui se incluem as famílias uniparentais (de pais separados ou solteiros), casais homossexuais, mulheres que decidem ter o primeiro filho após os 35 anos e famílias reconstituídas.

No tocante ao envelhecimento, as pessoas estão buscando durante todo o curso de vida (e não apenas na juventude) a auto-expressão e a exploração da identidade. A própria velhice foi desconstruída e suas manifestações nos planos físico e cognitivo, anteriormente consideradas como características dessa fase do ciclo vital, passaram a ser analisadas como anormalidades, entidades clínicas individualizadas e distintas do processo do envelhecimento em si mesmo, o qual deve transcorrer com o mínimo de declínio. A juventude perdeu a conexão com um grupo etário específico, deixando de ser um estágio na vida para se transformar em valor, um bem a ser conquistado em qualquer idade através da adoção de estilos de vida e formas de consumo adequadas. O estereótipo do idoso decrepito, doente e senil, cedeu lugar a outro estereótipo, impensável há algumas décadas, representado pelo idoso ativo, aquele que, ou continua a trabalhar e a ser produtivo mesmo após a aposentadoria, ou viaja e se diverte normalmente, desfrutando da vida. O objetivo passa a ser o chamado “envelhecimento saudável”, o qual pode ser construído com a adoção de um estilo de vida saudável. Esse conceito de velhice bem-sucedida é concebido a partir de contextos culturais específicos de certos grupos sociais com certa representação da vida humana e dos limites do homem para intervenção no corpo humano e representa o fim das divisões tradicionais e estanques entre as faixas etárias. O apagamento das idades como marcador importante das experiências vividas representa a transformação da velhice em um mecanismo privilegiado na criação de atores políticos e definição de novos mercados de consumo (DEBERT, 1999b).

Nesse sentido, é possível afirmar que a pós-modernidade e a globalização representam o fim do “self” e da identidade, substituídos por uma noção de identidades e “selves” fragmentados, os quais não representam necessariamente algum distúrbio mental

dissociativo do ponto de vista psicológico e sim a expansão potencial das possibilidades de adaptação e sobrevivência das pessoas durante a trajetória de suas vidas. Variedade e diferença são, portanto, não apenas permitidas mas encorajadas como tendência oposta à homogeneização e à universalidade. A análise desse período será fundamentada na desinstitucionalização e na não diferenciação, ou seja, na desconstrução de todos os parâmetros utilizados anteriormente para análise do curso da vida. Enquanto a modernidade estabeleceu, com o patrocínio do Estado e de outras instituições, parâmetros claros entre diferentes faixas etárias, a pós-modernidade irá obscurecê-los novamente (BASSIT, 2000).

Na pós-modernidade atual, o idoso tornou-se um ator não mais ausente do conjunto de discursos produzidos a seu respeito. A velhice ganhou legitimidade e se transformou em um problema integrando as preocupações sociais do momento. Esse processo não pode ser redutível apenas aos aspectos demográficos do envelhecimento, como se todos os inúmeros aspectos sociais da velhice, alvo de estudos de gerontologistas de diversas áreas, se devessem simplesmente ao aumento na composição demográfica dos idosos na população (DEBERT, 1999b).

O prolongamento da vida humana é um ganho social coletivo mas também encerra em si um perigo, um risco, uma ameaça à reprodução da vida social, pois os custos da aposentadoria e assistência médica são vistos como indicadores da inviabilidade de um sistema que futuramente, não poderá arcar com os gastos de atendimento, mesmo quando a qualidade dos serviços é geralmente precária, como no caso brasileiro. O Brasil tem pela frente o desafio de equacionar suas carências sociais de modo a, sem abandonar áreas já tradicionalmente necessitadas de recursos, como a infância, poder planejar e implementar políticas públicas que dêem conta das questões da velhice de um modo abrangente, não apenas em relação aos idosos saudáveis, mas também no que tange aos idosos institucionalizados em internação de longa permanência, tradicionalmente afastados das principais preocupações por parte das instâncias formuladoras das políticas públicas voltadas para a velhice (LOURENÇO, VERAS e SILVA, 2002).

Assim, em uma sociedade desvencilhada de ordens sociais tradicionais onde a única constante é a mudança, a confiança em sistemas abstratos é fundamental e a segurança baseia-se no equilíbrio entre confiança e risco aceitável. Por consequência, viver a velhice no contexto atual da pós-modernidade pode tornar-se ao mesmo tempo uma experiência profundamente rica ou extremamente ameaçadora.

1.2. O Normal e o Patológico em Saúde Mental

A diferenciação entre o normal e o patológico é uma questão complexa e ainda hoje não resolvida completamente, sendo fundamental não apenas para a saúde mental como também para todas as áreas do conhecimento que lidam com a saúde. A idéia de saúde como bem-estar social vem a interligar as noções de saúde individual e saúde coletiva, recolocando em pauta a questão da saúde das sociedades. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o termo “saúde” compreende “... não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social.” (OPAS/OMS, 2001). No entanto, uma definição tão abrangente levanta certas questões. Ao mesmo tempo em que amplia o conceito de saúde e o faz englobar todos os aspectos da vida cotidiana, faz da perfeita saúde um ideal utópico e praticamente inatingível.

Com um conceito de tal abrangência, estendendo-se para além dos limites do corpo físico em direção a toda a sociedade, isso torna impossível a existência de um indivíduo completamente saudável que satisfaça plenamente essa definição. Por isso, a total normalidade em saúde não passa de uma abstração, um ideal utópico, mas que serve para orientar os objetivos a serem atingidos. Quanto maior for a distância entre um indivíduo, grupo ou sociedade e o estado ideal de saúde, maiores devem ser as intervenções de modo a aproximá-los desse ideal.

A saúde passa a ser o fruto das interações entre o homem e a natureza (meio-ambiente, espaço, território) e também entre os homens (relações de trabalho, sociais, culturais e políticas). Desse modo, as condições de saúde de uma população refletem, em última análise, as relações entre o Estado e a sociedade e a manutenção da saúde deve ser efetuada através de políticas sociais que incrementem não apenas a assistência à saúde mas acima de tudo a qualidade de vida da população, sob a forma de emprego, moradia, saneamento, alimentação, educação, entre outras.

Muitas considerações podem ser traçadas a partir da relação entre o normal e o patológico no campo da saúde mental, as quais podem ser apoiadas no trabalho de Georges Canguilhem (1990). Esse autor critica a posição simplista da Medicina de admitir a possibilidade de se estabelecer parâmetros objetivos e fixos para a normalidade, além dos quais o patológico começa. Para Canguilhem, a experiência de normalidade emerge a partir do fenômeno da patologia, trazendo, como consequência, a consciência da normalidade. As normas só são reconhecidas como tais nas infrações e as funções, por suas falhas. Em

outras palavras, primeiro surge a experiência da doença e, a partir dela, estabelece-se os limites para a normalidade.

O que caracteriza a saúde é a capacidade de tolerar desvios da norma habitual e de instituir normas novas em face de situações novas. Já a doença é uma redução da margem de tolerância às infidelidades do meio. O homem só se sente em boa saúde quando se sente mais que o normal. Ou seja, não apenas adaptado ao meio mas também normativo, capaz de seguir novas normas de vida caso as circunstâncias do ambiente assim exijam (CANGUILHEM, 1990).

O normal é viver em um meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis. O estado patológico não é a consequência da ausência de norma. A doença é uma norma de vida, porquanto inferior, por não tolerar nenhum desvio das condições em que é válida, ou seja, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O doente é doente por só poder admitir uma norma. O doente não é anormal por ausência de norma, mas por incapacidade de ser normativo (CANGUILHEM, 1990).

Valores biométricos admitem certa quantidade de variação e o normal é o que está em conformidade com essas normas. Mas não necessariamente qualquer desvio deve ser considerado patológico. Uma simples média estatística não determina os limites do normal. Essa tarefa cabe ao próprio ser humano, que estabelece a distinção entre o fim do normal e o começo da doença. Por isso, a norma é um conceito original e não algo objetivamente determinável por métodos científicos. É por referência à polaridade básica da vida que determinados tipos ou funções são considerados normais. Se existem normas biológicas, é porque a vida estabelece valores ao meio e ao próprio organismo. A vida não é submissão ao meio, mas a instituição de seu meio próprio, com suas próprias normas. É o que se denomina normatividade biológica. Sendo assim, definir o anormal através de conceitos de excesso e falta é reconhecer o caráter normativo do estado dito “normal”, o qual deixa de ser um fato estabelecido para ser a manifestação de apego a algum valor.

Se o ser humano é fruto da atividade social, podemos supor que a constância de certos traços, revelados por uma média, depende da fidelidade, consciente ou inconsciente, a certas normas de vida. Por isso, na espécie humana, a frequência estatística traduz uma normatividade social. Um traço humano não seria normal por ser frequente, e sim o contrário. Seria frequente por ser normal, isto é, normativo num determinado gênero de vida. No entanto, diversidade não é doença e o anômalo não é necessariamente patológico. Já o contrário, sim, pois patológico remete a “pathos”, sofrimento. O patológico só não é

anormal se considerado do ponto de vista estatístico, definindo normal e anormal conforme a frequência estatística relativa.

Considerar o padrão de maior frequência como a expressão do normal pode levar a falácias. Por exemplo, o fato de a violência vitimar cada vez mais os moradores das grandes cidades não nos autoriza a considerar os incidentes como normais. Nesse caso, o que diferencia a normalidade da patologia social (ou pessoal, no caso dos agressores) não são fatores de ordem estatística, mas juízos de valor relativos a determinados padrões ideais de comportamento pessoal e convivência em sociedade. Outro exemplo, por sinal bastante representativo, nos é dado pela Odontologia. A prevalência mundial de cárie é de 95% e nem por isso ela deixa de ser considerada uma doença ou recomenda-se o desleixo na higiene dentária (BUISCHI, 2000; PINTO, 2000). A saúde contínua é uma norma e uma norma não existe. Isso vai ao encontro do que diz Canguilhem, ao afirmar que “... a saúde perfeita não passa de um conceito normativo, de um tipo ideal. Raciocinando com todo o rigor, uma norma não existe. Apenas desempenha seu papel que é o de desvalorizar a existência para permitir a correção dessa mesma existência.” (CANGUILHEM, 1990).

A doença não é uma variação na dimensão da saúde. É uma nova dimensão da vida. É a apreciação dos doentes e de seu meio social que determina o conceito de doença, sendo este um julgamento de valor, objeto da atividade médica. A Medicina só existe porque o indivíduo doente considera como patológicos certos estados ou comportamentos aprendidos como valores negativos. A Medicina não parece entender o simples fato de que ela somente existe porque há pessoas de carne e osso que se sentem doentes e não porque há conceitos abstratos de enfermidade a serem medicados.

No que concerne à saúde mental, complicações adicionais tornam ainda mais complexa a tarefa de estabelecerem-se limites à normalidade a fim de que, além deles, se situe a patologia. Os chamados “transtornos mentais e comportamentais” referem-se à categoria correspondente na Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde ou CID-10 (OMS, 1996), englobando diversas entidades nosológicas diferindo entre si quanto à etiologia, gravidade e sintomatologia. Essas condições são bastante prevalentes, estando presentes a qualquer momento em cerca de 10% da população adulta de quaisquer grupos humanos e afetando indivíduos de ambos os sexos, em várias faixas etárias e classes sociais (OMS, 2002).

Não sendo passíveis de diagnóstico por nenhum tipo de exame complementar, seja de imagem ou de laboratório, a identificação dos transtornos mentais e comportamentais reside exclusivamente na detecção de desvios de comportamento fora dos padrões de

normalidade social e cultural vigentes. Conseqüentemente, um comportamento considerado normal em uma dada sociedade pode não sê-lo em outra, ou ainda na mesma sociedade, em outro momento. O homossexualismo é um exemplo claro desse fenômeno. Enquadrado por muito tempo nos limites da Psiquiatria e classificado como disfunção patológica da sexualidade, seria um comportamento estatisticamente anormal, porquanto mais raro que o heterossexual, e sua exclusão de tal categoria adveio da mudança no âmbito do juízo de valor de certos segmentos da sociedade formadores de opinião, independentemente de considerações estatísticas.

É evidente que isso não significa que todas as entidades classificadas hoje como transtornos mentais possam eventualmente deixar de sê-lo, pois, em sua maioria, são distúrbios de certa gravidade que interferem no funcionamento normal do indivíduo, gerando uma carga de sofrimento e infelicidade difícil de ser quantificada e avaliada, além de grande impacto econômico e psicológico para os pacientes, suas famílias e a sociedade (OMS, 2002). A saúde mental está intimamente relacionada à saúde pública e entender as interações entre a Psiquiatria e o social, ou entre o singular (o paciente) e o coletivo (o ambiente no qual o paciente se insere), é fundamental para que se preste à nossa população uma assistência de qualidade em saúde mental (CAVALCANTI, 2002).

Os sintomas patológicos são a expressão do fato de as relações entre organismo e meio, que correspondem à norma, haverem se alterado. A normalidade do meio se dá por permitir ao ser humano manter sua própria norma e viver melhor sua vida. Considerados separadamente, o homem e o meio não possuem significado, sendo sua relação o que os torna normais um para o outro. A doença é ao mesmo tempo privação e reformulação. Estabelece-se assim, uma correlação com o pensamento de Freud, para quem as manifestações delirantes constituem-se em tentativas de reconstrução. O delírio é, na verdade, um sistema de sobrevivência. Há tentativa de criação e reconstrução na vivência esquizofrênica. O doente mental não abdicou de sua humanidade. É alguém que permanece um “sujeito”, merecedor de respeito tanto como qualquer outro (CAVALCANTI, 1996).

Não é absurdo considerarmos o estado patológico como normal. Ao contrário, da mesma forma que o normal fisiológico, ele expressa uma relação com a normatividade da vida. Não é a ausência de normalidade que constitui o anormal, pois não há vida sem normas de vida e o estado patológico é apenas mais uma maneira de se viver. Isso torna plausível estabelecer um diálogo com indivíduos acometidos por transtornos mentais. Permite inferir a existência de uma função normativa que os pacientes podem exercer, mesmo institucionalizados pela maior parte de suas vidas. Não é qualquer padrão normal

que serve de referência e sim o grau de normatividade que os pacientes são capazes de exibir, seja em suas atividades e ações ou em sua capacidade de elaboração. Existe uma normatividade no asilo e ela constitui o foco da assistência psiquiátrica. Todo o objetivo do trabalho com essa população é a expansão da capacidade de exercer sua função normativa, de modo a aumentar sua qualidade de vida.

1.3. O Conceito de Instituição Total

A palavra “instituição” é definida como uma consolidação permanente, uniforme e sistemática de condutas, usos e idéias mediante instrumentos coercitivos, assegurando o cumprimento de uma função social. São maneiras de fazer, sentir e pensar, já cristalizadas e socialmente coercitivas, distintivas de um dado grupo social. Tendem a consolidar condutas e crenças de modo a cumprir a função à qual se dedicam (BOUDON e BOURRICAUD apud BAHURY, 1996). O hospital psiquiátrico, fruto do modelo de exclusão social, pode ser interpretado dentro do conceito de “instituição total”, proposto por Erving Goffman (1992).

“Instituição total” constitui um lugar de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos em situação semelhante leva uma vida fechada e formalmente administrada, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo. Todos os aspectos da vida são realizados em um mesmo local e sob uma única autoridade. Cada fase da vida diária é realizada na companhia de um grupo relativamente grande de outras pessoas, tratadas da mesma maneira. As atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários predeterminados, reunidas num plano racional único e visando a satisfazer os interesses da instituição. A equipe dirigente (integrada ao mundo externo) e os internados tendem a conceber uns aos outros sob estereótipos limitados e hostis. Da parte dos funcionários, existe o medo de que os pacientes possam agredi-los sem razão aparente, contaminá-los com doenças concomitantes infecto-contagiosas eventualmente presentes e até mesmo, no entender de alguns, com a própria doença mental (GOFFMAN, 1992).

As instituições totais abarcam em si todas as esferas da vida, como repouso, trabalho, alimentação e lazer, submetendo-os à mesma organização burocrática. Existem instituições totais destinadas a diversos grupos e faixas etárias, havendo desde instituições para bebês e crianças pequenas até as de idosos, passando por conventos, prisões, colégios internos, manicômios e asilos psiquiátricos, reformatórios juvenis, quartéis, e até mesmo estabelecimentos para portadores de doenças venéreas e infecto-contagiosas, como os

leprosários e sanatórios de tuberculosos e sífilíticos, criados na época em que estas condições não dispunham de tratamento específico (ALTOÉ, 1990; GOFFMAN, 1992; BAHURY, 1996; ATALIBA, 1999).

Os velhos e os loucos sempre estiveram entre as categorias de pessoas que historicamente se tornaram objetos de segregação e exclusão social, levada a cabo sob a forma de internação em instituições totais. Nesses locais, sofrem os efeitos do processo de institucionalização, representados pela adequação e resposta à privação e estigmatização por que passam a partir do momento em que entram no hospital. O internado desenvolve certa alienação à realidade extra-muros, rompe com relações sociais previamente existentes e internaliza o status de doente, abdicando de tentar modificar essa condição. Tais características correspondem aos sintomas conferidos ao paciente pela própria instituição e não pelo transtorno mental que motivou a internação.

O Interacionismo Simbólico, abordagem das Ciências Sociais, interpreta a loucura e a instituição destinada a abrigá-la, pensadas como fenômenos sociais. O principal objeto a ser negociado na interação é a identidade pessoal, pois o significado da identidade se constitui no processo de interação. O “self” constitui um objeto social, estruturado de acordo com a sociabilidade (SOUZA, 1999b).

Traçando um paralelo entre a análise dos processos institucionais e o estudo da memória, percebe-se que a memória pública é o sistema de armazenagem da ordem social. Pensar sobre ela é o mais próximo que se pode chegar de uma reflexão sobre as condições de nosso próprio pensamento. As instituições em geral, inclusive as de características totalitárias, como o asilo psiquiátrico, dirigem e controlam a memória de seus membros, pois as forças e fraquezas das recordações dependem de um sistema mnemônico que é toda a ordem social. Elas aprisionam as mentes e os corpos em camisas de força. O pensamento é transferido diretamente para as instituições e vice-versa. Elas passam por cima do pensamento individual e adaptam a forma do corpo às suas convenções. Ao mesmo tempo em que estabelecem rótulos, estes estabilizam o fluxo da vida social e criam as realidades a que se aplicam. Da mesma forma que as pessoas com transtornos mentais, todos os homens e os seres vivos com os quais as instituições se relacionam sofrem transformações para se adaptar ao novo sistema representado pelos rótulos. A diferença real é que a vida fora da sociedade humana transforma-se afastada dos rótulos em atitude de autodefesa, enquanto, dentro dela, aproxima-se deles de modo a obter alívio ou vantagem (DOUGLAS, 1998).

De acordo com a teoria da rotulação, o hospital fixa o rótulo de doente mental e não há retorno à normalidade após o tratamento. Uma vez que o indivíduo tenha entrado em

um papel de doente, processos institucionalizados de controle social internalizam as expectativas do papel, tornando-o uma incumbência permanente. Uma vez expostos aos dispositivos institucionais de cronificação, a instituição passa a representar um campo de conflito e tensão emocional, palco de confrontos entre forças de poder, distribuição de papéis e sistemas de referência visando à construção da representação social daquele grupo específico a que ela se destina (SOUZA, 1999b).

Existe a identificação automática do internado tão logo este é admitido. O esquema de interpretação da instituição total começa a atuar imediatamente, pois o próprio ato de admissão do indivíduo deve representar para a equipe dirigente a prova de que ele corresponde ao grupo que a instituição deve tratar. Assim como um homem colocado na prisão política tem de ser um traidor, quem se interna em um asilo deve ser um doente mental. De outro modo, por que estaria lá? (GOFFMAN, 1992).

Percebe-se como a caracterização de um corpo doente é fundamental na economia simbólica do asilo. E no confronto entre o sujeito e a ordem asilar, os agentes institucionais vão tentar dominar a oposição por vários recursos, incluindo entre eles a medicalização. A medicalização se dá a partir da própria internação, onde o paciente quase sempre é medicado mesmo que não haja indicação formal para tanto. Por outro lado, com frequência os remédios são exatamente os mesmos que o paciente estaria tomando caso estivesse em casa. As drogas o acalmam mas também dopam-no, destruindo sua capacidade de iniciativa e revelando-se como verdadeiro rito de passagem a demarcar a entrada do indivíduo em outro espaço simbólico (BIRMAN, 1980; SOUZA, 1999b). Não faz a menor diferença que o discurso psiquiátrico sobre o corpo doente seja imaginário e careça de base científica consistente. Essa representação da loucura é imprescindível à prática concreta da instituição, pois, sem ela, a loucura não poderia ter sido transformada em doença mental e tampouco tratada em uma instituição médica. Dessa maneira, o hospital é principalmente um lugar de contenção, mais que de terapia (SOUZA, 1999b).

A reconstrução do indivíduo tem lugar mediante uma prática disciplinar ativa que vai tomar seu corpo para minuciosa e meticulosamente despi-lo de sua singularidade, tornando-o palco para a inserção da norma social que se pretende impor, configurando uma situação de confronto entre uma personagem destituída de seus privilégios e uma instituição que recebeu a incumbência de reconstruí-la (BIRMAN, 1980). Para que haja algo a ser reconstruído, pressupõe-se a existência anterior de alguma coisa a se destruir, no caso, a singularidade do indivíduo adentrando a instituição. Tal processo, denominado “mutilação ou mortificação do eu”, se dá sob diversas formas.

A barreira entre o internado e o mundo exterior é a primeira das formas de mutilação do eu. Os indivíduos são afastados de seu ambiente, alijados do convívio da família e amigos, e circunscritos pelo espaço institucional, o qual é formalmente demarcado e totalmente delimitado. Despojados de seu nome e bens, submetem-se a uma uniformização segundo as normas da instituição, sendo as substituições apresentadas de forma padronizada (GOFFMAN, 1992).

A vida na instituição total é reduzida exclusivamente ao desempenho das funções vitais, não permitindo, na maioria das vezes, que os internos desenvolvam habilidades e aptidões, bem como a sociabilidade. O tempo é regrado pelos horários das refeições. Na posição de simples objetos de trabalho, as pessoas podem adquirir características de objetos inanimados ou animais. Como “correspondência registrada”, “artigos em uma linha de montagem” ou “encomendas enviadas por serviços de entrega expressa”, o acompanhamento de um objeto humano em uma instituição total se dá segundo o mesmo padrão, pois são submetidos a incessantes rastreamentos, conferências e anotações, mostrando o que foi feito para cada um deles e a responsabilidade dos membros da equipe nesse processo. Dessa forma, a presença ou ausência em uma refeição ou atividade deve ser registrada. Além disso, o internado é obrigado a se alimentar. Em caso de recusa de sua parte, o alimento pode ser forçado para seu tubo digestivo (GOFFMAN, 1992).

Os internos sofrem transformações em sua concepção de si mesmos a partir do contato com os processos de mortificação ou mutilação do eu, presença indefectível e indissociável do mundo institucional. Com a internação, a instituição remove do indivíduo os sinais de identidade pessoal e lhe confere seu rótulo, sufocando e impossibilitando a expressão do “self” e levando à sua desfiguração, degradação e destruição. Internar-se significa não dispor de espaço algum para o desenvolvimento individual. Confinado a seu mundo privado, o comportamento tende a conformar-se com a matriz institucional e, com o tempo, a desordem desaparece. Nada acontece. Nada há sobre o que falar (GOFFMAN, 1992, DOUGLAS, 1998).

A fim de adquirir legitimidade, toda instituição precisa de uma fórmula que encontra sua correção na razão e na natureza. Parte da tarefa é demonstrar esse processo cognitivo na formação da ordem social. O restante está em evidenciar que o processo cognitivo mais elementar do indivíduo depende das instituições sociais. A experiência passada é encapsulada nas regras da instituição para agir como guia do que se deve esperar no futuro. Quanto mais amplamente elas abrigam as expectativas, mais elas assumem o controle das incertezas. Elas começam estabelecendo normas e regras e eventualmente

acabam por acumular todas as informações úteis. Quando tudo está institucionalizado, nenhuma história ou dispositivo de acumulação é mais necessário. A instituição diz tudo (DOUGLAS, 1998).

O espaço para o desenvolvimento do “self” é quase inexistente pela pressão e controle que a instituição exerce. A disciplina totalizante e o ajustamento levam necessariamente a uma opressão sobre o indivíduo, reeducado e ressocializado de modo a assimilar a nova cultura, valores e hábitos. Isso não somente o coloca em papel de submissão, mas também abre mais um espaço de interferência por parte da autoridade. A vida coletiva impõe limitações aos interesses dos indivíduos e as regras servem teoricamente para que os direitos de uns não ultrapassem nem sejam ultrapassados pelos dos outros (GOFFMAN, 1992).

Cada especificação de regras e suas sanções em caso de descumprimento tiram do interno a possibilidade de reconhecer e satisfazer seus objetivos e necessidades. As instituições totais perturbam justamente as ações que permitem ao indivíduo afirmar-se perante si e o mundo como adulto dotado de autonomia, determinação e liberdade de ação. Ele percebe que não tem controle sobre sua vida e que precisa solicitar permissão ou instrumentos para realizar atividades secundárias que costumava desempenhar sozinho, como o simples ato de fumar um cigarro. O território do “self” é, assim, constantemente violado. Os objetivos velados nessa prática são incapacitação, intimidação e reforma (GOFFMAN, 1992).

As características funcionais identificadas nas instituições totais podem ser sintetizadas conforme abaixo (DELGADO, 1987):

1. perda do contato com a realidade externa;
2. ócio forçado;
3. submissão a atitudes autoritárias da equipe de funcionários;
4. perda de amigos e propriedades;
5. sedação medicamentosa;
6. más condições de higiene nos locais onde habitam;
7. perda da perspectiva de vida fora da instituição.

Já para Giddens (1989), as características que definem o conceito de instituição total seriam o isolamento dos internos com relação ao mundo exterior, a restrição de suas possibilidades de interação, espaço social de limites bem demarcados, falta do feedback social normal com outras pessoas e a submissão ao contato social freqüente somente com

os que compartilham a mesma condição. Os processos de mortificação do eu não operam independentemente dos motivos e razões dos agentes institucionais que os levam a cabo. Os únicos objetos moventes nas relações sociais humanas são os agentes individuais, os quais empregam recursos a fim de que as coisas aconteçam, intencionalmente ou não (GIDDENS, 1989).

Por fim, cabe lembrar que certas instituições totais podem diferir em alguns aspectos do modelo básico apresentado acima. Asilos para idosos em geral diferem dos asilos psiquiátricos, por exemplo, pois enquanto estes visam a moldar e readaptar um “self” compreendido como defeituoso, aqueles abrigam indivíduos com “self” já formado e não têm o papel de reconstruí-lo. Nesse caso, pode haver conciliação entre o que é estabelecido socialmente pela instituição e a expressão pessoal do indivíduo. Enquanto para alguns idosos, a instituição tem caráter totalizador, para outros, ela abre um novo leque de possibilidades, desempenhando o papel de espaço propiciador de sociabilidade, onde os internos têm a possibilidade de desenvolver novas aptidões, novas facetas da personalidade e ampliar sua rede social pela possibilidade de contato com outras pessoas, conseguindo um apoio com o qual não mais contam fora do asilo. Dessa forma, manifestações de preferência pela vida institucional devem ser compreendidas em função das histórias de vida dos idosos que as expressam (BAHURY, 1996).

CAPÍTULO II

UM POUCO DE HISTÓRIA: O INÍCIO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

Escrever sobre a história da Psiquiatria e de suas práticas abre certamente margem a omissões visando à construção de um todo coerente. Ao observarmos mais de perto a constituição do passado, verifica-se que o processo tem pouca relação com o passado propriamente dito e tudo a ver com o presente do próprio historiador. Ao iluminarem certas pessoas ou acontecimentos de modo a enfatizarem detalhes bem discriminados, as instituições criam áreas de sombra onde não há nada para se ver ou por que perguntar. Como instituição que é, a Psiquiatria não se constitui em exceção. Sua história surge de modo não-intencional, como resultado de práticas direcionadas a fins determinados e imediatos. Observá-las estabelecendo princípios seletivos e prioridades significa, em outras palavras, inspecionar a ordem social agindo nas mentes de seus atores (DOUGLAS, 1998).

A doença mental sempre existiu entre nós, demandando diversas formas de intervenção e atuando na própria mente humana. Através da história, mereceu atenção de feiticeiros, filósofos, médicos, artistas, sacerdotes e, há pouco mais de três séculos, dos psiquiatras. A Psiquiatria foi a primeira especialidade médica propriamente dita, tendo surgido no final do século XVIII. Numa época em que a Medicina dividia-se entre a Cirurgia/Obstetrícia e a Clínica, ela distinguiu-se dessas práticas médicas ao assumir como seu objeto o estudo dos distúrbios mentais (SERPA Jr., 1993). No Brasil, ela já conta com mais de duzentos anos de trajetória, tendo buscado inspiração nas transformações ocorridas na Europa e nos Estados Unidos. Durante esse longo período, modificou-se tanto o ambiente no qual atua como seus conceitos de enfermidade e, por consequência, seu próprio objeto de atuação. Desse modo, também a figura do médico e o lugar que este ocupa na sociedade variam em função do período estudado (AMARANTE, 1994).

A primeira forma de Psiquiatria é representada pelo tratamento mágico-religioso ministrado pelos curandeiros em culturas pré-históricas, que visava a modificar as consequências psicológicas das enfermidades. O homem primitivo costumava atribuir a entidades sobrenaturais quaisquer doenças cuja causalidade não fosse evidente, não havendo separação entre sofrimento mental e físico, assim como não havia entre medicina, magia e religião. Assim, a Psiquiatria é também a mais antiga das especializações médicas, no sentido que suas bases se fundamentam nas primeiras tentativas de intervenção humana na doença (ALEXANDER e SELESNICK, 1968).

Como exemplo de grandes expoentes do pensamento psiquiátrico na Antigüidade, temos Hipócrates (460-377 a.C.), considerado o pai da Medicina por combinar as especulações dos filósofos com observações à beira do leito do doente. Foi o primeiro a reconhecer o cérebro como o órgão mais importante do homem e a desmistificar a epilepsia, tida como doença sagrada, equiparando-a às demais enfermidades. A medicina hipocrática baseava-se na teoria dos humores⁵. A melancolia devia-se a um excesso de bÍlis negra, daí o seu nome, sendo curável com purgativos. Já Cícero (106-43 a.C.), o grande pensador romano e autor do livro *De Senectute*, era contrário a essa explicação, acreditando que a causa da melancolia devia-se a fatores psicológicos e emocionais do próprio indivíduo e, por isso, passíveis de intervenção, pois compreender as origens psicológicas de um problema abriria o caminho para alterar as circunstâncias causadoras. Cícero forneceu a mais clara declaração de um escritor antigo acerca da responsabilidade do homem por seu próprio comportamento. Nesse sentido, lançou os alicerces da psicoterapia moderna (ALEXANDER e SELESNICK, 1968).

Sempre que cientistas, filósofos e psiquiatras se aproximavam de uma avaliação racional da natureza humana, a humanidade recuava para explicações mágicas e especulações pseudocientíficas. Na Idade Média, a prática psiquiátrica se confundia com a demonologia pré-científica e tratamento para a loucura era sinônimo de exorcismo. Milhares de doentes mentais foram queimados na fogueira com os hereges e as feiticeiras. A incerteza da época produzia insegurança nas mentes dos homens e a magia era uma explicação plausível e freqüentemente utilizada, inclusive para a loucura. Como o homem era o centro do universo, se uma pessoa tinha saúde era porque o céu assim ordenara e, caso adoecesse, isso se devia a alguma influência externa, algum corpo celeste. Sabia-se que pessoas aflitas ficavam mais agitadas ao serem deixadas sós, comumente à noite. Por ser o fenômeno mais proeminente da noite, a Lua passou a ser implicada como causadora das perturbações sofridas pelos doentes mentais⁶ (ALEXANDER e SELESNICK, 1968).

Em veemente contraste com o obscurantismo da Europa católica, o mundo árabe tinha uma orientação em tudo e por tudo distinta da européia. Como os árabes criam que os doentes mentais eram divinamente inspirados e não vítimas de possessão demoníaca, o

⁵ A teoria humoral sustentava que os quatro elementos básicos (fogo, terra, água e ar) representavam quatro qualidades básicas (calor, secura, umidade e frio) e estavam representados no corpo pelos quatro humores, sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra, encontrados respectivamente no coração, cérebro, fígado e baço. Quaisquer doenças seriam causadas pelo desequilíbrio desses humores e seria tratável empregando-se procedimentos e drogas de qualidades opostas às qualidades dos humores em excesso ou falta.

⁶ “Lunatismo” significa literalmente perturbação causada pela Lua. Os indivíduos por ele afetados eram os “lunáticos”, termo que, no sentido pejorativo, permaneceu até o presente como sinônimo de louco.

tratamento hospitalar era bondoso e humano. Os hospitais árabes eram impregnados de orientação humanista e neles os pacientes recebiam tratamento muito melhor que o dispensado em instituições semelhantes da Europa feudal. No século VIII, já havia em Fez, no Marrocos, um asilo para doentes mentais. Os árabes construíram instituições semelhantes por todo o Império Muçulmano, como em Bagdá, em 705, no Cairo em 800 e na Síria, em Damasco e Alepo, em 1270. Já o primeiro hospital europeu dedicado exclusivamente aos doentes mentais foi construído em 1409, em Valência, na Espanha, por sinal ainda parte integrante do Império Árabe. Três séculos antes de Pinel, os médicos deste hospital já retiravam as correntes dos loucos e ministravam-lhes tratamento moral, dieta e higiene adequadas, atividades diversas e trabalho agrícola. Essas idéias libertadoras, no entanto, não se disseminaram no restante da Europa, aonde a libertação dos insanos só viria a ocorrer após 1793, a partir das repercussões do trabalho de Pinel em Paris (ALEXANDER e SELESNICK, 1968).

No final da Idade Média, a loucura simbolizava uma inquietude generalizada da sociedade. A loucura estava classificada ao lado das irregularidades de conduta. A Europa do século XVI e XVIII era estranhamente hospitaleira para com a loucura, presente na literatura de Cervantes e Shakespeare e no imaginário coletivo. Os loucos tinham uma existência errante. Se criassem problemas, as cidades os escorraçavam. Eram freqüentemente confiados a barqueiros para que fossem levados para locais bem distantes e lá deixados. As cidades européias viam com freqüência incômoda essas naus de loucos passar por elas e eventualmente atracarem em seus portos e desembarcar sua estranha carga. A Nau dos Loucos ocupa lugar privilegiado no imaginário da Renascença. As naus podem ainda ter sido instrumentos de peregrinação, levando os loucos para lugares como a aldeia de Gheel, na Bélgica, onde um terço da população era composto de alienados. A exclusão do louco se dava, desse modo, para fora da sociedade (LEVCOVITZ, 1988; FOUCAULT, 1995).

O século XVII inventou a internação. O gesto de banimento abria espaços malditos aos quais se destinavam não apenas os loucos mas também os degredados em geral, inclusive os acometidos por doenças venéreas, que desempenhavam o mesmo papel que a lepra na Idade Média, sendo confinados nos mesmos espaços outrora destinados aos leprosos. O gesto que aprisiona tem implicações políticas, religiosas, morais, econômicas e sociais, organizando uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres de assistência. O pobre, o miserável, o louco e todos os que não podiam responder por sua própria existência, assumiram, na Idade Moderna, uma figura que a Idade Média não teria

reconhecido. Se a loucura existia de modo familiar na paisagem humana medieval, ligada a transcendências imaginárias, agora ela perturba a ordem do espaço social, sendo percebida no esteio de uma condenação ética da ociosidade. Desprovida de seu sentido místico, a loucura doravante só terá hospitalidade dentro dos muros do hospital, junto com os demais miseráveis (FOUCAULT, 1995).

Esse aprisionamento iria persistir até o trabalho de Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da Psiquiatria moderna. Pinel cria que a doença mental resultava de hereditariedade e de experiências de vida, rejeitando uma causalidade externa e imposta ao doente. Para Pinel, a loucura não era exterior ao homem, pois atribuía a perturbação mental a fatores emocionais, como paixões insuportáveis. Seus métodos terapêuticos não diferiam tanto daqueles empregados na Grécia antiga. Sua contribuição primordial foi mudar a atitude da sociedade em relação aos loucos para que fossem considerados seres humanos merecedores de tratamento médico. Dizia ser impossível determinar se os sintomas dos pacientes deviam-se à doença mental ou às correntes que os prendiam, antevendo as discussões posteriores sobre a natureza totalitária do asilo. Como médico-chefe dos hospitais de Bicêtre em 1793 e, dois anos mais tarde, da Salpêtrière, libertou os pacientes de suas correntes e deu-lhes um tratamento digno e humano (ALEXANDER e SELESNICK, 1968).

A desumanidade com que os doentes mentais eram tratados no internamento clássico devia-se a três fatores principais: o medo do louco, a ignorância quase completa da natureza da doença mental e a crença de sua incurabilidade. Nesse relacionamento desumano, a loucura não enunciava sua verdade moral. Assim que lhe foi permitido aparecer, revelou-se um relacionamento humano em toda plenitude. A liberação no internamento, tida como reedificação de uma sociedade sobre o tema da conformidade aos tipos, haveria de ser curativa. Dessa forma, a cura do louco residia em sua estabilização como um tipo social moralmente reconhecido e aprovado (ALEXANDER e SELESNICK, 1968; FOUCAULT, 1995).

Libertar o louco significa reconhecê-lo pelo que ele realmente é: um doente, não um possuído. O reconhecimento da doença mental envolve duplamente a civilização. Por um lado, ela concede a regularidade que permite medir o louco e, por outro, possui o saber que permite devolvê-lo à sua verdade. Nas mãos de Pinel, o asilo torna-se um instrumento de uniformização moral e denúncia social. Não é um livre domínio de observação, diagnóstico e tratamento mas um espaço judiciário, onde se é acusado, julgado e condenado e de onde a única saída é pelo caminho do arrependimento. A loucura continua

a ser punida no asilo positivista, ainda que inocentada fora dele (MACHADO *et al.*, 1978; FOUCAULT, 1995).

Pinel referia-se a seu trabalho como “tratamento moral”, influenciado pelo pensamento do Iluminismo, segundo o qual o homem podia modelar seu destino pela ação social baseada no conhecimento científico, daí o zelo pela reforma social e elevação moral. Não apenas a então nascente Psiquiatria mas toda a Medicina da época foi bastante influenciada pelo pensamento iluminista, deixando profundas marcas no desenvolvimento da Medicina e da Psiquiatria no Brasil, que, nessa época, era ainda colônia de Portugal.

No período colonial, não havia muitos médicos em nosso território. Os poucos que aqui se encontravam eram enviados pela metrópole a pedido da população, ou seja, um personagem que faz parte da relação entre o Rei e seus súditos por seu papel na doença e na morte. Nunca houve interesse por parte da coroa portuguesa em se permitir, no Brasil, a abertura de faculdades de Medicina, o que implicaria em maior independência de Portugal. À medida que os habitantes da colônia teriam de ir para Coimbra estudar, mantinha-se o monopólio do saber que a metrópole exercia sobre a colônia e impedia-se o nascimento de uma classe pensante autóctone (MACHADO *et al.*, 1978).

De igual modo, não existia uma preocupação do governo português em construir e sustentar hospitais, ficando esta responsabilidade ao encargo de ordens religiosas e seu financiamento, a partir de donativos e da caridade pública. Como quase não havia médicos, não existia assistência médica contínua e, portanto, acompanhamento da evolução das enfermidades, nem aos pacientes internados nas poucas Santas Casas existentes e muitos menos aos membros da comunidade, ficando a maior parte da assistência a cargo de entidades religiosas. A visão caritativo-assistencial da religião reduzia a assistência médica a uma atividade supérflua e de pouco valor. Fora do ambiente hospitalar, a insalubridade era uma constante, sendo a população freqüentemente vitimada de epidemias. A ação médica no Brasil-Colônia era, assim, descontínua, fragmentada e, principalmente, não era preventiva (MACHADO *et al.*, 1978).

Essa situação veio a mudar drasticamente a partir do século XIX, com a chegada da família real em 1808, trazendo consigo seu indefectível séquito de aristocratas e aumentando em um terço a população do Rio de Janeiro. As exigências higiênicas da nova camada urbana impulsionaram as modificações, permitindo à Medicina ganhar importância e assumir um papel de maior relevância. Ao se estudar a Medicina do período, observa-se como ela procurou estabelecer e justificar sua presença na sociedade através da higiene pública. Isso representa um momento onde ela inicia uma nova trajetória enquanto campo

de conhecimento e prática social, totalmente distinta de seu papel até então, estabelecendo, pela primeira vez, uma causalidade entre saúde e sociedade. A esse processo denomina-se “medicalização social”, fruto da compreensão de que o perigo urbano demanda uma ação intensa e contínua, não apenas pontual e fragmentada, mediante a criação de uma nova forma de poder capaz de controlar os indivíduos e torná-los produtivos e inofensivos simultaneamente. Esse poder haveria de ser exercido pela Medicina. Possuindo o saber sobre a saúde e a doença, a Medicina clama para si a tarefa de planificar as medidas necessárias à manutenção da saúde. O médico passa a ser uma autoridade, propondo teorias, elaborando projetos, criando instituições, planejando e executando políticas médicas, em suma, intervindo na sociedade, a qual, quando não está sob sua observação, é a principal causa de doença (MACHADO *et al.*, 1978; COSTA, 1976).

O conhecimento de uma etiologia social da doença leva à necessidade de se buscar suas causas e fatores predisponentes fora do corpo do indivíduo doente, na direção do ambiente onde este vive e da comunidade de que faz parte, onde se encontram os elementos responsáveis por suas enfermidades. Estes devem ser localizados mediante esquadrinhamento e análise minuciosa do espaço da sociedade, de modo a serem transformados e adaptados ao padrão ou norma vigentes. As técnicas de normalização instituem exigências da ordem social como critérios de normalidade, considerando anormal toda realidade hostil ou diferente. Assim, a saúde da população inseria-se assim na política do Estado e, por meio dessas noções e ações, a Medicina apossou-se do espaço urbano e imprimiu-lhe a marca de seu poder (MACHADO *et al.*, 1978; COSTA, 1989).

A fim de obter o indivíduo desejado, a Medicina desenvolve os fundamentos teóricos da educação higiênica, não hesitando em levar a cabo seus princípios de toda maneira possível. Ela continua a atuar sobre o indivíduo, mas ao relacionar sua doença ao ambiente onde vive, estabelece uma fusão entre aquisição de saúde individual e de status social, em verdadeira manipulação político-econômica da vida dos indivíduos. Ao lado do cuidado higiênico com o corpo, favoreceu a educação intelectual, moral e sexual da família burguesa, internalizando em seu seio os preconceitos contra todos os que lhe eram diferentes⁷. Em última análise, a educação higiênica permitiu explorar e manter explorados todo um contingente de pessoas que não se adequavam ao modelo anatômico e econômico

⁷ Esta análise carrega implicações até os dias atuais, pois muitos dos fatores apontados como causas da desagregação familiar seriam meras conseqüências históricas da educação higiênica. As famílias estariam se desestruturando por haverem seguido à risca as normas de saúde e conduta que a Higiene lhes impôs (COSTA, 1989).

por ela construído, centrado na superioridade racial e social da burguesia branca. A norma familiar produzida pela ordem médica demandava constantes intervenções disciplinares por parte dos agentes de normalização. A construção de uma sociedade sadia haveria de passar necessariamente pela transformação do desviante, seja sob quaisquer formas em que este se apresentasse, em um indivíduo normalizado. A aplicação da ordem médica tanto ao indivíduo como à sociedade ia, assim, ao encontro dos interesses do Estado. Para Costa (1989), “... o Estado aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas.”

As ações da Higiene tinham como alvo preferencial as famílias de elite, não interessando ao Estado atuar no padrão de vida dos escravos e demais desassistidos pela sorte, os quais passariam a constituir a anti-norma, infrações higiênicas a serem evitadas. Portanto, enquanto a Medicina impunha sua norma às famílias da elite burguesa, contrapondo-a à família colonial em seus crimes contra a higiene, aos “sem família” seriam dedicadas outras políticas médicas em outros espaços sociais. Continuarão entregues à polícia, ao recrutamento militar obrigatório e a espaços de segregação higienizados, instituições específicas cuja existência remete ao crescimento das cidades por serem indispensáveis a seu funcionamento. Chamados pelos médicos da época de “grandes estabelecimentos”, compreendem hospitais, escolas, quartéis, prisões, cemitérios, fábricas, bordéis e hospícios. Nesse ponto, pode-se traçar um paralelo com a história da Psiquiatria em nosso país, compreendida como um processo contínuo de asilamento e medicalização social, onde o papel da loucura e do louco varia conforme o modelo médico vigente (MACHADO *et al.*, 1978; COSTA, 1989).

No século XVII, a loucura era considerada uma doença orgânica, sediada no cérebro e causada por um mau funcionamento do mesmo em virtude de desequilíbrio nos humores. Enquanto entidade clínica, caracterizava-se pela presença indissociável de delírio, sendo classificada em três apresentações: mania, caracterizada por audácia, agitação e temeridade, melancolia, quando cursava com temor e tristeza, e frenesi, quando acompanhada de febre, sinal ausente nas outras duas e indicando inflamação do cérebro. Morão, autor seiscentista de uma das primeiras obras médicas em nosso país, recomendava tratamento com sangrias, banhos ou purgas, de modo a reequilibrar os humores. Para a Medicina do século XVII, a loucura era, assim, uma doença como qualquer outra, cujo tratamento se restringia a meios físicos. Ao reduzir a loucura a excessos de “humores, vapores ou fumaças no cérebro” segundo a teoria humoral em que se baseava a Medicina

de então, não havia lugar para incluir-lhe uma etiologia moral e social. Portanto, aos olhos da sociedade, o louco era invisível (MACHADO *et al.*, 1978).

No decorrer de quase toda a história da humanidade, os loucos gozaram de relativa liberdade, sendo, no entanto, freqüentemente alvo de pilhéria e violência por parte de outrem. Podiam circular livremente pelas comunidades onde viviam, desde que não ameaçassem a propriedade e a ordem pública, ocasiões nas quais eram confinados ou simplesmente expulsos. Isso ocorria em virtude do reduzido número de insanos, até porque a expectativa de vida era mais baixa, o que tornava raras condições mentais mais prevalentes na idade madura e velhice. Por outro lado, nas sociedades pré-capitalistas, a aptidão para o trabalho não se constituía em critério de determinação do normal, pois a própria organização do trabalho, à época largamente baseado na agropecuária de subsistência, artesanato e manufaturas simples, acomodava grande variação entre os indivíduos, discriminando menos as diferenças. Com efeito, o declínio do campesinato e dos ofícios artesanais levaram a loucura à posição de problema social, em pé de igualdade com a mendicância, a vadiagem e a criminalidade. Teriam todos a mesma destinação: a reclusão em casas de correção e nos porões das Santas Casas e Hospitais Gerais (que, apesar do nome, careciam de função curativa). Com isso, o louco passou a ser varrido da cena social, juntamente com todos os que não se adaptavam à nova ordem e que, justamente por isso, a ameaçavam (RESENDE, 1987; FOUCAULT, 1995).

Esse foi o contexto no qual a Psiquiatria surgiu na Europa no século XIX, como justificativa teórica das práticas de disciplinarização do corpo, cujo objetivo era a criação de um sujeito apto a submeter-se às demandas econômicas, sociais e políticas da Europa capitalista. Ela é, assim, um instrumento do poder e o asilo, seu instrumento terapêutico primordial, a ponto de ser possível afirmar que foi a criação do asilo que deu origem à Psiquiatria e não o contrário (FOUCAULT, 1995).

No momento em que a família real se estabeleceu no Brasil, no início do século XIX, a loucura passou a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado. Tornaram-se necessárias mudanças sociais e econômicas e um eficiente controle social para que houvesse crescimento organizado das cidades e populações, cabendo à instituição médica a tarefa da reordenação do espaço urbano. O discurso médico propôs dispositivos de rastreamento, classificação e controle da população, emergindo daí um projeto que deu origem à Psiquiatria brasileira. Desse modo, a comunidade médica procurou consolidar sua influência, organizando-se enquanto categoria profissional e transformando os antigos colégios médico-cirúrgicos do Rio, no Morro do Castelo e, posteriormente, na Santa Casa

de Misericórdia, e de Salvador, no Terreiro de Jesus, nas primeiras faculdades de Medicina em nosso país (RUSSO, 1993; AMARANTE, 1994).

Em 1830, uma comissão da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro⁸ realizou um relatório visando à transformação de quaisquer obstáculos ao funcionamento ordenado da cidade. Ao se deter sobre a situação dos loucos, propôs a melhoria em sua assistência e a necessidade da criação de um asilo específico para eles. Assim, os médicos gradativamente foram requisitando para si a tutela e o cuidado do alienado⁹. E a partir desse momento, os loucos passaram a ser considerados doentes mentais, objeto de estudo por parte da Medicina e merecedores de um espaço próprio para sua reclusão e tratamento. A medicalização da loucura é, assim, concomitante ao asilamento como terapêutica.

Até meados do século XIX, no entanto, os alienados mentais não contavam, no Brasil, com um estabelecimento específico para o recolhimento que lhes propiciasse tratamento adequado, sendo encontrados em qualquer lugar, seja nas ruas, entregues à própria sorte, ou confinados em prisões, casas de correção, asilos de mendigos e mesmo nos porões das Santas Casas de Misericórdia, entidades religiosas de cunho filantrópico a quem cabia a assistência aos doentes e desvalidos. Caso pertencessem a famílias abastadas, eram comumente mantidos em aposentos especiais nas residências, aos cuidados de assistentes, ou enviados a tratamentos na Europa (AMARANTE 1994; RESENDE, 1987). A promiscuidade entre o louco e os demais desviantes não era atributo do Brasil colonial, do Vice-Reinado ou do Primeiro Império. Era universal, e contra ela se gravou o artigo 24 da lei francesa de 1838, matriz de toda legislação mundial posterior sobre alienados, ao afirmar que “... em caso algum os alienados poderão ser misturados com condenados ou indiciados, nem depositados numa prisão.” (LOPES, 1965b).

Essa situação começou a mudar em nosso país no ano de 1852 com a inauguração do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, o marco institucional da assistência médica aos alienados no Brasil. Localizado na Praia Vermelha, à época um bairro afastado do centro da cidade, sua criação assinalou o momento em que os doentes mentais começaram a ser internados em instituições específicas, retirando da cena social os desviantes que

⁸ A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro foi criada em 1829, sendo rebatizada em 1835 como Academia Imperial de Medicina, existindo até os dias atuais como Academia Nacional de Medicina. Esta instituição é a principal responsável pela elaboração de toda a legislação sanitária da época. E a despeito de carecerem de formação especializada em Psiquiatria, a qual até então não existia, os médicos dessa comissão, dentre os quais encontram-se Cruz Jobim e Xavier Sigaud, constituem-se nos verdadeiros fundadores da Psiquiatria no Brasil (COSTA, 1976; MACHADO *et al.*, 1978).

⁹ A alienação é entendida como distúrbio das paixões humanas que incapacita o doente de partilhar do pacto social. Alienado é o que está com o juízo alterado, fora da realidade e, por isso, perigoso para si e para outrem (TORRE e AMARANTE, 2001).

incomodavam a sociedade. A abertura do hospício Pedro II incentivou a construção de mais instituições como esta em outras cidades brasileiras, tendo como maior objetivo o isolamento dos pacientes do convívio social. Por isso, sob o pretexto de propiciar-lhes calma, tranqüilidade e espaço, os hospícios encontravam-se sempre localizados em regiões pouco povoadas e de difícil acesso, bem distantes dos centros urbanos e recuando para áreas ainda mais remotas à medida que o crescimento das cidades os aproximava. Dessa forma, ao contrário do que ocorria na Idade Média, a exclusão do louco passou a se dar dentro da própria comunidade (RESENDE, 1987; LEVCOVITZ, 1988).

O isolamento era peça fundamental no tratamento do doente mental, pois, na concepção médica de então, o hospício onde o louco era confinado e cuidado consistia-se no local de reorganização do contato entre o doente e seu meio. Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar constituíam os ideais da instituição psiquiátrica nascente. Contudo, apenas a remoção e a exclusão estiveram sempre presentes na trajetória do asilo psiquiátrico, transformado paulatinamente em um grande depósito de pacientes e cuja função exclusivamente segregadora associava-se com frequência a denúncias de maus tratos, imundície, superlotação, baixa qualificação e truculência dos atendentes e, principalmente, falta de cuidados médicos efetivos (RESENDE, 1987; LEVCOVITZ, 1988; RUSSO, 1993).

A criação do hospício, no entanto, em nada alterou a estrutura de poder, centralizado na Provedoria da Santa Casa de Misericórdia e, em última análise, na Igreja, estando a classe médica completamente alijada do centro de decisões. Os médicos pleiteavam uma posição de destaque na direção do hospício e a exclusividade do saber sobre a loucura e o louco. A medicalização do hospício era necessária para transformar esse espaço em lugar de produção de conhecimento a fim de que o campo da doença mental adquirisse reconhecimento e respeitabilidade. Cabe ressaltar que, até 1881, a Psiquiatria ainda não existia como disciplina independente em nosso país, estando seu conteúdo vinculado à cátedra de Medicina Legal. Essa associação não é casual, pois datam desse momento as primeiras discussões técnicas acerca da definição de loucura do ponto de vista jurídico e, conseqüentemente, de sanidade mental e imputabilidade penal, separando os indivíduos livres e iguais daqueles passíveis de tutela pelo Estado (RUSSO, 1993; AMARANTE, 1994).

Com a Proclamação da República em 1889 e a nova ordem social dela decorrente, os transtornos advindos do crescimento desordenado dos centros urbanos demandaram a criação de instrumentos capazes de levar a cabo a normalização da sociedade. Nessa época,

a concepção da população como força de trabalho começava a tomar forma, força essa que não deveria ser perdida mas classificada e assistida. Por basear-se na ciência, no conhecimento das causas e dos focos da doença mental, a Psiquiatria tornou-se a disciplina mais gabaritada em empreender normas e leis que originassem uma nova sociedade baseada nos ideais de liberdade e trabalho tão caros aos republicanos. Assim, cabia à Psiquiatria a tarefa de reorganizar a sociedade, preconizando normas de conduta e esquadramento dos cidadãos e elaborando seus critérios de normalidade, os quais passavam necessariamente através do trabalho. A normalização estava, então, baseada na força de trabalho¹⁰ (PORTOCARRERO, 1988).

As transformações ocorridas no final do século XIX no campo teórico da Psiquiatria se fizeram presentes também na prática, refletidas na organização das instituições responsáveis pela assistência ao alienado. O Estado passou a assumir a tutela do louco, sendo introduzidas modificações expressando uma mudança de atitude em relação à doença mental. Apenas dois meses após a Proclamação da República, em janeiro de 1890, ocorre a desvinculação do Hospício Pedro II da administração da Santa Casa, passando a se chamar Hospital Nacional de Alienados, e subordinando-se ao poder público, representado pela Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde da República recém-nascida¹¹. Nesse mesmo ano, foram criadas as primeiras colônias agrícolas de alienados da América Latina, a Colônia de São Bento, masculina, e a de Conde de Mesquita, feminina, ambas funcionando em terrenos de antigas senzalas na Ilha do Governador, Rio de Janeiro (AMARANTE 1994).

As medidas acima expostas fazem parte da primeira reforma psiquiátrica no Brasil, visando à implantação do modelo de colônias agrícolas na assistência aos alienados. Esse modelo surge como alternativa ao asilo tradicional, por ser baseado no trabalho agrícola como principal forma de tratamento. Demandava a criação de amplos espaços para a instalação dos doentes, nos quais deveria haver grandes extensões de terras férteis onde eles pudessem trabalhar e produzir.

Além de única via possível de ascensão social, o trabalho apresentava três funções primordiais à prática psiquiátrica. Em primeiro lugar, constituía-se no critério primordial de classificação da população, a qual era divisível em indivíduos normais, ou seja, úteis e

¹⁰ Esta normalização baseada no trabalho encontra-se de acordo com a ruptura das relações escravocratas e a instauração do trabalho assalariado no sistema capitalista, onde o que se compra e vende é a força de trabalho e não mais o trabalhador (PORTOCARRERO, 1988).

¹¹ Cabe aqui salientar que o próprio nome deste órgão reflete a tendência anterior de se manter a íntima associação entre os aspectos médicos e os jurídicos da assistência aos alienados.

produtivos, e doentes mentais ou improdutivos, considerados degenerados e passíveis de tratamento para reintegração à sociedade. A denominação de doentes mentais compreendia, além dos loucos propriamente ditos, toda sorte de desviantes, como miseráveis, marginais, trabalhadores, camponeses, pobres, desempregados, índios, alguns negros, em suma, os degenerados que ameaçavam a ordem pública (RESENDE, 1987).

Em segundo lugar, servia como critério de distribuição dos doentes em diferentes unidades. Aos alienados crônicos capazes de trabalhar, destinava-se a colônia agrícola, onde podiam gozar de relativa liberdade. Já os inválidos ou improdutivos seriam alocados no hospício comum, com liberdade de acordo com suas condições físicas e mentais. Os casos agudos de psicoses curáveis iriam para hospícios urbanos sob vigilância contínua. Nesse caso, o próprio isolamento era o tratamento.

Por fim, o trabalho funcionava como o grande instrumento terapêutico nas colônias agrícolas, visando a resgatar a parte saudável dos internos, fundamental em sua recuperação. O lema *PRAXIS OMNIA VINCIT* (a prática sempre vence), encontrado até hoje no portão de entrada da Colônia Juliano Moreira (Fig. 1), reflete seu valor nesse sentido. Era considerado terapêutico por apresentar características disciplinadoras e moralizadoras, afastando os malefícios da ociosidade. Deveria, ainda, gerar recursos a fim de reduzir-se os gastos do Estado e ser um modelo em parte auto-financeável. No entanto, a produtividade no asilo não se colocava como solução para problemas econômicos internos, pois se mantinha desvinculada da vida comunitária exterior. Servia como engrenagem no contexto político de normalização da sociedade, no qual a recuperação do louco vinculava-se necessariamente ao retorno à produtividade (PORTOCARRERO, 1988).



Fig. 1: Portão de entrada. Fonte: Própria, 2002

Paralelamente ao trabalho agrícola, as terapêuticas preconizadas nessa época incluíam ainda as terapias biológicas como a clinoterapia (repouso no leito) e a balneoterapia (banhos hidroelétricos de temperatura controlada) e a assistência hetero-familiar, a qual funcionava como estratégia para a reintegração, ou seja, o meio de transição entre o hospital e a vida comum. Sendo assim, o doente seria entregue a uma família moralmente constituída (família nutrícia), vivendo sob vigilância profissional e prestando serviços compatíveis com seu estado mental e aptidões no interior das colônias para funcionários e suas famílias. Posteriormente a proposta foi ampliada, não sendo mais necessário que a família nutrícia residisse no interior da colônia ou estivesse ligada ao quadro de funcionários da instituição. A assistência hetero-familiar funcionaria como alta experimental, utilizada primordialmente para doentes considerados convalescentes incuráveis ou indigentes inofensivos.

O isolamento a que os psiquiatras do século XX se referem não é mais uma célula-prisão, com portas fechadas e janelas gradeadas, mas um local amplo e distante, como a colônia agrícola. O trabalho no campo mantém uma ilusão de liberdade, completada pela possibilidade de passeios dominicais dos pacientes com seus familiares no terreno da colônia e arredores (MOREIRA, 1905). A eliminação das medidas de força não refletia uma diminuição da repressão ao alienado, significando apenas um modo mais científico e sutil de exercê-la.

A idéia de se criarem alternativas ao asilo ganhou força com um movimento iniciado nos Estados Unidos a partir da publicação, em março de 1908, do livro “A Mind That Found Itself” (Um Espírito Que Se Achou a Si Mesmo), relatando a triste experiência como doente mental de Clifford Whittingham Beers, um jovem americano que, após sofrer um colapso nervoso, passou os três anos seguintes por diversas internações em hospícios tradicionais daquele país. Durante esse período, prometera que, ao receber alta, passaria sua vida a lutar por uma assistência mais humana aos doentes mentais. O livro causou grande comoção na sociedade americana, sendo seu autor convidado a chefiar uma comissão visando à reestruturação da assistência psiquiátrica¹². Criticando o modelo asilar, estabeleceu a importância da profilaxia da doença mental mediante atuação na comunidade onde ela se origina. O livro marca o início do movimento de Higiene Mental, o qual viria a

¹² A título de informação, o Brasil passou a contar, em tempos recentes, com um exemplo semelhante: o de Austregésilo Carrano, um jovem de São Paulo que relata sua experiência traumática de institucionalização psiquiátrica em seu livro “O Canto dos Malditos”, o qual serviu de base para o roteiro do filme “Bicho de Sete Cabeças” (2000), de Laís Bodanzky. O autor é, hoje em dia, participante ativo do movimento em prol da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização da assistência.

influenciar profundamente a assistência psiquiátrica em todo o mundo, inclusive no Brasil (BEERS, 1958; LEVCOVITZ, 1988). No esteio desse movimento, criaram-se os ambulatórios de saúde mental, responsáveis pela prevenção primária das doenças mentais e contando com grande aceitação por parte dos psiquiatras, entre eles o próprio Rodrigues Caldas, que recomendava “... sua fundação em todos os hospitaes afim de fazer-se a educação do povo para prevenção das moléstias por meio da diffusão dos conhecimentos de hygiene (...) diagnostico e tratamento precoces” (CALDAS, 1988).

A importância desta nova atribuição da Psiquiatria é de tal monta que acarretou, no seio da especialidade, uma mudança fundamental em seu espaço de atuação. Até então limitada aos muros do asilo, passou a atuar no espaço social, ou seja, na própria comunidade onde se estruturam as doenças mentais. Ao fazer esse movimento de transcendência, ela conseguiu estabelecer, de modo inquestionável, sua singularidade diante dos outros saberes médicos. E assim, ao longo de sua história, a Psiquiatria, percorreu o caminho de ser uma instituição inicialmente filantrópica (com as Santas Casas), depois médica e, por fim, psiquiátrica (MEDEIROS, 1993).

No entanto, o espaço teórico da época não permitia outra idéia de prevenção da doença mental que não fosse o extermínio ou esterilização dos indivíduos doentes. Com opiniões e valores próprios do contexto histórico em que estavam inseridos, os psiquiatras passaram a propor não apenas a esterilização mas também a proibição da imigração de indivíduos não brancos e casamentos mistos, visando à extinção da miscigenação racial no Brasil. Para os psiquiatras de então, o Brasil se degradava com os vícios, ociosidade e miscigenação racial de seu povo, que o predispunham a várias doenças, como o alcoolismo, a sífilis e a própria doença mental, fruto da decadência moral e do excesso de negros e de pobres, que se reproduziam “como ratos”. O caráter social do conceito de hereditariedade fez o combate à miscigenação aparecer sob uma aura de cientificidade, sob a forma do movimento eugênico (PORTOCARRERO, 1988).

A eugenia era considerada um conceito científico, e, por isso, inquestionável, fundamentado na Psiquiatria organicista da escola alemã, a qual originou dois tipos radicalmente opostos de atitude face à doença mental. Enquanto a Psiquiatria, mesmo admitindo a hereditariedade da doença mental, limitava-se a atender aos pacientes acometidos, a noção de eugenia era de menor importância, mas a partir do momento em que assumiu a idéia de prevenção como seu objetivo principal, terminou por transformar-se em veículo de propaganda ideológica para ideologias totalitárias como o nazismo, com o qual os psiquiatras brasileiros chegaram a se identificar. Ao endossarem os preconceitos

culturais da época em que viviam, assumiram o papel de mandatários da ordem social, exatamente como os médicos haviam feito um século antes, quando ainda não havia psiquiatras. O indivíduo mentalmente sadio devia ser branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e anti-liberal, refletindo a auto-imagem do próprio psiquiatra (COSTA, 1976).

A Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923 por Gustavo Riedel, seguia fielmente o ideal eugênico. Seus membros eram incapazes de discriminar entre as verdadeiras hipóteses biológicas sobre o funcionamento mental dos indivíduos e seus próprios preconceitos e aspirações, valendo-se da Biologia de modo parcial e incorreto, apenas para legitimá-los. A partir de 1926, o alvo da Psiquiatria passou a ser o indivíduo normal e não o doente. O que importava era a prevenção e não a cura. E a eugenia foi o artefato conceitual que lhe permitiu dilatar suas fronteiras e englobar o terreno social, a exemplo do que a Higiene foi para a medicina do século XIX. Na República, a hierarquia biológica das raças ocupou o lugar da hierarquia de sangue e nobreza que, no Reino e no Império, justificava e perpetuava as desigualdades sociais. E no século XX, o imigrante entrou como novo integrante no rol dos degredados (COSTA, 1976).

Com a eugenia, o racismo e a xenofobia passaram a ser legitimados pela Biologia, contando com o aval não somente da Psiquiatria como também das principais autoridades médicas de então. O próprio Miguel Couto, em seu mandato de deputado, lutou na Assembléia Legislativa pela aprovação de leis restritivas à imigração nipônica (LOPES, 1965a). E antes dele, Juliano Moreira já havia reconhecido o papel da hereditariedade na gênese da doença mental, tendo proposto a aplicação das leis eugênicas como a solução mais adequada (MOREIRA, 1929), o que, por seu conteúdo racista, não deixa de soar um tanto insólito vindo da pena de quem seria considerado o pai da Psiquiatria brasileira, haja vista sua pele mulata. Rodrigues Caldas pensava de igual modo ao afirmar, em documento de 1924, ser dever do governo propagar os princípios da eugenia para melhorar nossa raça e prevenir o surgimento da doença mental (CALDAS, 1988).

Outros autores chegavam a ser mais incisivos. Para Renato Kehl (1931), a própria prática do asilamento consistia-se em um ônus com o qual a sociedade não deveria arcar. Em sua opinião, estabelecer colônias e albergues para mendigos, penitenciárias e prisões para os criminosos, manicômios e hospitais para loucos e degenerados era uma tarefa inútil, haja vista a população de usuários crescer em progressão geométrica.

Para agravar, ainda mais, a calamitosa situação, a higiene social de um lado, a medicina e a filantropia de outro, salvam a vida de milhões destes infra-homens (que a seleção natural devia eliminar), aumentando, assim, o peso morto e as contribuições para conservá-los na inatividade ou reclusos nos estabelecimentos adequados (KEHL, 1931).

Desde sua constituição, no final do século XIX, até o início do século XX, o saber psiquiátrico brasileiro havia seguido a escola francesa de Pinel, introduzida através dos textos de seu discípulo Esquirol, servindo, assim, de modelo à criação do nosso primeiro hospício. A partir do rompimento com essa tradição e a introdução, por Juliano Moreira, da escola alemã entre nós, de acordo com as singularidades do Brasil, as causas psicológicas e morais se incorporaram na etiologia orgânica da doença mental. Essa mistura de saberes aparentemente contraditórios, característica da evolução da Psiquiatria brasileira, é que passou a assegurar a validade científica do saber sobre a loucura no século XX. Juliano Moreira representa, então, uma descontinuidade histórica na Psiquiatria brasileira. Valendo-se do conceito de anormalidade, os psiquiatras adquiriram o poder de classificar o que, para o sistema disciplinar do século XIX, era inclassificável. Esse conceito, surgido nessa época como categoria médica e, portanto, sob seu controle, já nasce com a tarefa de justificar em termos médicos as tentativas de submeter os desviantes às normas da sociedade. Não apenas o louco mas qualquer indisciplinável ou indesejável passaria a estar sob seu domínio (PORTOCARRERO, 2002).

Em resumo, a história da Psiquiatria brasileira criou uma atmosfera psiquiátrica saturada de conotações ideológicas muitas vezes negativas, que influenciou sobremaneira sua evolução e que não desapareceu por completo até o presente. Essa mesma atmosfera foi propícia ao desenvolvimento de conceitos surgidos no exterior os quais, ao serem trazidos para cá, encontraram terreno fértil para se enraizarem, se desenvolverem e frutificarem, sempre assumindo feições e contornos locais graças às particularidades geográficas, históricas e culturais do Brasil. O modelo de colônias agrícolas na assistência aos alienados encontra-se entre essas idéias importadas e perfeitamente aclimatadas em nosso país, tendo marcado profundamente as ações psiquiátricas aqui desenvolvidas, especialmente após a República, indo ao encontro da prática psiquiátrica de então.

À nova ordem republicana, capitalista, burguesa e ex-escravocrata, instaurada no final do século XIX, repudiava a doença mental, a falta de higiene e a criminalidade visíveis. Mas também repugnava um grande contingente de indivíduos improdutivos trancafiados nos asilos. É nesse contexto que se inserem as colônias criadas na Ilha do Governador, as quais, por serem pequenas, também se mostraram inadequadas com o

tempo. Isso levou seu diretor José Augusto Rodrigues Caldas, empossado em 1909, a lutar por sua remoção para um espaço maior, onde se pudesse criar uma colônia agrícola. Este espaço viria a ser a antiga Fazenda Engenho Novo, em Jacarepaguá, que já pertencera ao Barão da Taquara. Esta fazenda é originária de um dos engenhos de açúcar mais antigos de Jacarepaguá e seria o terreno aonde viria a se instalar um dos marcos da assistência psiquiátrica no Brasil: a Colônia Juliano Moreira, atual Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM), cuja história é contada no capítulo seguinte.

CAPÍTULO III

A COLÔNIA JULIANO MOREIRA

3.1. Das Origens Até 1950

O início da ocupação das terras da Baixada de Jacarepaguá remonta ao apogeu da era do açúcar, no século XVII. Ali existiam diversos engenhos, chegando a região a ser conhecida como “Planície dos Onze Engenhos”. Entre eles havia, por exemplo, o Engenho D'Água, o Engenho de Fora, o do Camorim, do Pau da Fome, de Vargem Grande, de Vargem Pequena e da Taquara, cujos nomes ainda se preservam nos vários logradouros e bairros construídos em suas terras. O terreno no qual situa-se a colônia pertencia à antiga Fazenda do Camorim, sendo desmembrado desta em 1653, para ser vendido aos irmãos Tomé e João Silva, que iniciaram a construção do engenho e da igreja Nossa Senhora dos Remédios, que deu nome a todo o engenho. Em 1715, os descendentes dos irmãos venderam a fazenda à família Teles Barreto de Meneses, a qual mudou o nome do terreno para Fazenda do Engenho Novo e erigiu construções que permanecem até o presente, como o aqueduto (idêntico ao da Lapa), o chafariz e a atual igreja (esta situada no mesmo local da primeira). Estas construções foram tombadas pelo Patrimônio Histórico Nacional. (COSTA, 2003), e seu aspecto atual pode ser visto nas figuras 2 e 3.



Fig. 2: Aqueduto. Fonte: Própria, 2002



Fig. 3: Igreja Nossa Senhora dos Remédios. Fonte: Própria, 2002

Devido à sua extensão, qualidade de terras, clima e abundância de águas, esta fazenda seria o lugar ideal para o desenvolvimento da proposta de trabalho agrícola como forma de tratamento para os doentes mentais, a servir de modelo para outras que fossem criadas no Brasil. A desapropriação das terras da fazenda pelo governo do Marechal Hermes da Fonseca se deu em 1912, tendo o Supremo Tribunal Federal dado como encerrada a pendência em torno do imóvel em dezembro de 1918. Com a liberação das obras, iniciou-se a construção de 15 edificações, além de refeitório, cozinha, lavanderia, farmácia, enfermarias, necrotério, laboratórios, casas para funcionários e reparada a igreja. O antigo casario da fazenda foi utilizado para sede da administração, constituindo-se no primeiro dos vários núcleos nos quais a colônia se subdivide, ao qual foi dado o nome de Núcleo Rodrigues Caldas. Este núcleo sempre foi e permanece até o presente como um núcleo masculino aberto, ou seja, sem muros ou portões, destinado, portanto, a pacientes calmos que não oferecem risco a si mesmos e a outrem. A prova disso é que nunca contou com pavilhão para agitados. O fato de ser aberto possibilita o contato dos internos com a comunidade que habita o interior da colônia e suas imediações.

A inauguração oficial da nova colônia agrícola se deu em 1924, sob a denominação de Colônia de Psicopatas-Homens de Jacarepaguá, e destinava-se a receber os internos da Colônia de São Bento.¹³ A transferência dos pacientes foi feita por mar e por terra, em carros de bois, sendo que os mais agitados foram mantidos acorrentados para não escaparem durante o trajeto. Recorreu-se a quatro repartições federais, Marinha, Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e Saúde Pública, para possibilitar o transporte, que levou de dezembro de 1923 a março de 1924 (CALDAS, 1988).

O primeiro diretor da colônia foi o próprio Rodrigues Caldas, seu principal idealizador, que a dirigiu até 1926, sempre demonstrando grande entusiasmo pelo “... novo estabelecimento de Jacarepaguá afim de que venha a ser, desde já, o padrão de outras Colônias de Alienados que hajam de ser fundadas no Brasil.” Em sua homenagem, a estrada que dava acesso à fazenda, Estrada Velha do Rio Grande, foi denominada Estrada Rodrigues Caldas em 1932 (CALDAS, 1988; ANDRADE, 1992; AMARANTE, 1994; COSTA, 2003).

A clientela da Colônia de Jacarepaguá compunha-se inicialmente de pacientes de sexo masculino, indigentes e crônicos. Dentre os critérios de encaminhamento, estavam prognóstico reservado ou incurabilidade, inexistência de recursos financeiros próprios ou de familiares e internação psiquiátrica prévia sem melhora ou alta, porém a cronicidade e a indigência sempre foram os dois fatores fundamentais para determinar o referenciamento. Relatórios do ano de 1925 estimavam que no Núcleo Rodrigues Caldas viviam 500 internos e 150 funcionários. Com o crescimento e expansão da cidade e a conseqüente transformação da Praia Vermelha em bairro residencial, o Hospital Nacional de Alienados começou a ser desativado em 1938 e seus internos foram transferidos para a colônia. Passando a receber também pacientes de sexo feminino e casos agudos, entre eles alcoólatras, perturbadores da ordem, perigosos, agitados permanentes e criminosos psicopatas, sua população experimentou um crescimento progressivo, chegando, com o passar dos anos, à superlotação.

Nem sempre a Colônia de Jacarepaguá se apresentou como o macro-hospital que a caracteriza hoje. Até meados da década de 1930, existia somente um complexo pavilhonar, o Núcleo Rodrigues Caldas. Nesse momento, em decorrência das dificuldades em ampliar

¹³Nesse meio tempo, foi criada a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro em 1911, para abrigar a colônia feminina Conde de Mesquita, a qual também sofreu modificações através das décadas, passando a fazer parte do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) com o nome de Hospital Gustavo Riedel. Atualmente, integra o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMAS Nise da Silveira).

ou remodelar o Hospital Nacional da Praia Vermelha, ocorreu a primeira ampliação da colônia, a qual passou a se chamar Colônia Juliano Moreira (CJM) em 1935, como homenagem ao grande mestre da Psiquiatria brasileira.¹⁴ E pela Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que reorganizou o Ministério da Educação e Saúde Pública, a CJM tornou-se um dos órgãos componentes do Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, passando, pelo Decreto-Lei n.º 3.171, de 2 de abril de 1941, a fazer parte do recém criado Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), o órgão responsável pela assistência psiquiátrica a toda a população.

A ampliação da Colônia Juliano Moreira seguiu-se com a construção de novos pavilhões e criação de grandes núcleos. O Franco da Rocha (1936) e o Teixeira Brandão (1940) destinavam-se a pacientes do sexo feminino. O Ulisses Viana (1938), a exemplo do Rodrigues Caldas, era para pacientes masculinos. Outras unidades construídas nessa época foram o Bloco Médico Cirúrgico Álvaro Ramos (1940), o Pavilhão de Tisiologia (1944), o Pavilhão de Isolamento (1945), o Pavilhão Feminino de Adolescentes (1956), posteriormente Pavilhão Ulisses Pernambucano, o Pavilhão Sampaio Correa (1956), o Pavilhão Agrícola (1957), originalmente destinado a atividades agropastoris, o Pavilhão Mário Pinotti (1958), para a praxiterapia, e o Pavilhão Adib Jabour (1959), para adolescentes do sexo masculino. Estendendo-se por uma grande área física, a CJM é, assim, um conjunto hospitalar constituído por vários núcleos geograficamente afastados uns dos outros e relativamente independentes entre si, sendo os núcleos femininos propositalmente distanciados dos masculinos, e todo o complexo afastado do contato com a comunidade exterior. Com o crescimento urbano, novos bairros foram criados em sua proximidade e data de 1950 a primeira linha de ônibus ligando a colônia aos bairros próximos, marcando o fim do isolamento que sempre a havia caracterizado.

A CJM foi o maior representante do modelo de colônias agrícolas no Rio de Janeiro. No entanto, o resultado das colônias abertas foi o mesmo dos hospícios fechados: segregação e extermínio social. As colônias conviviam lado a lado com os antigos asilos, cumprindo a mesma função social de isolamento e perpetuação mórbida. Reformulou-se a

¹⁴ Juliano Moreira nasceu em Salvador, Bahia, em 1873, e formou-se pela Faculdade de Medicina de Salvador. Foi diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados de 1903 até 1930 e grande amigo e colaborador de Rodrigues Caldas. Sua importância na história da psiquiatria brasileira se deve ao fato de ter sido o principal expoente da escola psiquiátrica alemã no Brasil, responsável por sua introdução em nosso país, tomando o lugar da escola francesa representada por Teixeira Brandão. Acreditava na possibilidade de prevenção da doença mental mediante intervenção na sociedade onde esta se origina, paralelamente à postura da medicina de então com relação às doenças infecto-contagiosas. Este biologicismo, tendência predominante da tradição alemã, era aplicável não apenas à origem das doenças mentais como também a aspectos étnicos, ideológicos e políticos de muitos movimentos sociais (AMARANTE, 1994, WEYGANDT, 1999).

aparência mas não a essência. A despeito de surgir como alternativa ao hospital fechado tradicional, o modelo de colônias conservava o seu caráter custodial. Era unitário, centralizado, vertical e concentrado em termos de poder político, baseando-se na força da autoridade médica e excluindo do debate a parcela da sociedade civil que não dominava esse discurso. Por se inserir em um contexto asilar muito forte, a proposta fracassou. Ademais, com o aumento da população urbana assalariada, esta passou a fornecer à colônia a grande maioria de seus internos e, para esses indivíduos, a recuperação baseada em atividades agrícolas não era, evidentemente, a mais adequada, constituindo-se em verdadeiro exemplo de anacronismo (LEVCOVITZ, 1988).

3.2. De 1950 Até o Presente

A partir da década de 1950, os países desenvolvidos iniciaram um movimento visando a diminuir as internações psiquiátricas em prol do tratamento dos pacientes na comunidade. Esse processo denominou-se desinstitucionalização da assistência psiquiátrica, tendo sido desencadeado principalmente pelo grau de abandono em que se encontravam os asilos, o advento do movimento de direitos humanos com o pós-guerra, o surgimento dos neurolépticos e o argumento de que a assistência na comunidade teria um custo mais baixo (HAFNER e HEIDEN, 1989; MORGADO e LIMA, 1994). Em nosso país, no entanto, esse movimento tardaria a chegar.

Na década de 1950, o setor público, até então o maior responsável pela assistência psiquiátrica no Brasil, começou a perder terreno para a iniciativa privada, que passou a fornecer serviços na área de saúde mental através de unidades de pequeno e médio porte, os quais eram remunerados mediante convênios com as Caixas e Institutos de Aposentadoria e Pensão. A partir desse momento, a assistência psiquiátrica no Brasil passou a distinguir sua clientela de acordo com a classe social e a origem profissional, cabendo, ao setor público, apenas o atendimento aos indigentes.

A criação do Ministério da Saúde (MS), pela Lei n.º 1.920, de 25 de julho de 1953, reorganizou a hierarquia das instituições psiquiátricas brasileiras. A Colônia Juliano Moreira, juntamente com o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) e o Hospital Philippe Pinel, passaram para sua jurisdição, subordinando-se ao SNDM. As três instituições sempre foram intrinsecamente ligadas por condições históricas e político-administrativas em comum, pois, em virtude do fato de o Rio de Janeiro haver sido a capital federal, muitos hospitais diretamente ligados ao MS assim se mantiveram, mesmo após a

transferência da capital para Brasília. Esse vínculo direto se deu, a partir de 1970, através da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), criada em 22 de maio de 1970, pelo Decreto n.º 66.623. Os três hospitais (denominados em conjunto hospitais da DINSAM) eram unidades especializadas em saúde mental, tinham quadro pessoal de perfil semelhante e destinavam-se à mesma clientela, a população indigente e não beneficiada pela previdência, diferenciando-se apenas quanto ao seu papel na assistência. O Hospital Pinel atendia às emergências, o CPPII destinava-se a internações de média permanência e a CJM recebia internações de longa permanência, eufemismo para permanência definitiva, da população de crônicos, ou seja, os que não apresentavam melhora após sucessivas internações nas outras unidades (GERALDES, 1990; ANDRADE, 1992).

A partir da unificação das Caixas e Institutos sob a denominação Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, o repasse de verbas para o setor privado prosseguiu, em detrimento de maiores investimentos no setor público. E na década de 1970, iniciou-se um relacionamento entre o Ministério da Saúde, via Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM)¹⁵ e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através de sua autarquia Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), datando daí o primeiro contrato de prestação de serviços entre estes órgãos. Os hospitais, ainda sob gestão centralizada pelo Ministério da Saúde, atendiam quase que exclusivamente à população indigente, com muito poucos pacientes previdenciários oriundos desse convênio.

Cabe ressaltar que, até esse momento, a população de internos da Colônia Juliano Moreira sempre fora ascendente. Entre os anos de 1950 e 1974, houve um aumento progressivo no número de internos da ordem de 40%, sendo que, em 1967, a CJM já era o terceiro macro-hospital psiquiátrico mais populoso do país (4.923 pacientes), superado apenas pelo Hospital e Colônias de Juqueri em São Paulo (13.637 pacientes) e pela Colônia de Barbacena em Minas Gerais (5.103 pacientes). Naquele ano, a instituição já entrava em superlotação, com 1.223 pacientes dormindo no chão, segundo informações da própria direção. Na década de 1970, a curva populacional atingiu o ápice em 5.200 pacientes. A partir de 1974, com a proliferação das clínicas conveniadas (setor privado financiado pelo setor público) e o declínio nos investimentos na assistência pública à

¹⁵ A Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), foi um instrumento criado para obter recursos extra-orçamentários, firmar convênios, acordos e atos bilaterais, autorizar a execução de serviços e permitir a aquisição de recursos humanos e materiais. Este mecanismo teve papel fundamental nas mudanças assistenciais na década de 1980 nos três hospitais acima citados.

saúde, a CJM começou a ter seus pacientes que tinham direito ao INPS transferidos para aqueles estabelecimentos, invertendo seu pico de crescimento e tendo uma queda progressiva no número de internos, paralelamente a uma desativação gradativa de suas unidades.

O conseqüente aumento nos gastos com as internações em hospitais particulares, juntamente com a crise na previdência, levou à formulação, por técnicos dos dois ministérios, de um mecanismo de gerenciamento conjunto, denominado co-gestão, na década de 1980. A co-gestão possibilitava o repasse de recursos suplementares do MS diretamente para os três hospitais, transformados em unidades gestoras, capazes de praticar atos de gestão orçamentária, planejar programação técnico-administrativa e ter um orçamento próprio. A co-gestão MS/MPAS igualou a participação dos dois ministérios em um projeto comum, viabilizado na medida em que a CNSM foi utilizada no repasse de recursos do INAMPS. Graças à flexibilidade administrativa, permitiu encaminhamentos diversos às verbas, possibilitando a contratação de pessoal e reformas físicas nas unidades. A implantação da co-gestão também possibilitou a incorporação da população previdenciária no atendimento, levando à universalização da assistência (GERALDES, 1990; ANDRADE, 1992).

Durante a década de 1980, o Brasil empreendeu uma reforma profunda em sua política de saúde. Sob influência do Welfare State europeu, a concepção do papel do Estado na saúde começou a se modificar. As críticas e contradições do sistema vieram à tona com o fim da ditadura militar e levaram ao colapso da previdência e ao início do movimento de reforma sanitária. O conceito de saúde tornou-se mais amplo, não restrito apenas à assistência. A saúde passou, então, a realmente ser vista como um direito de todos e dever do Estado, sendo assim uma questão de cidadania, um elo integrador entre políticas sociais e políticas econômicas empreendidas pelo governo.

Nesse período, iniciou-se um processo de transformação na CJM, caracterizado por uma radical democratização interna. Ele não surge isolado no tempo, mas inserido em um contexto de lutas por reformas no campo da Psiquiatria e Saúde Mental. Segundo a crença de que as instituições em geral são essencialmente opressoras daqueles a quem servem, no caso os internos, a transformação assumiu o aspecto de luta anti-manicomial, inspirado na Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia. A abertura da colônia à imprensa em 1980, com conseqüentes denúncias sobre a precariedade das condições de vida dos pacientes, levou à intervenção por parte do Ministério da Saúde e ao começo do processo de mudança (LOUGON, 1987; ANDRADE, 1992).

A maior influência no ideário da democratização da colônia foi certamente exercida pelos novos médicos a ingressar na instituição a partir de 1981, os quais já se conheciam previamente por sua participação em atividades sindicalistas e no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), movimento esse iniciado em 1978 quando da demissão coletiva, por razões políticas, de um grupo de médicos bolsistas da DINSAM. Esses profissionais egressos do MTSM compartilhavam, além de afinidades afetivas, formação teórica semelhante, voltada para a saúde pública e medicina social, e desferiam pesadas críticas à psiquiatria tradicional, denunciando maus tratos e arbitrariedades cometidos contra os doentes mentais nas instituições psiquiátricas, tidas como verdadeiras indústrias da loucura. Contestavam também o tratamento baseado no uso indiscriminado de medicação e eletroconvulsoterapia (ECT), buscando alternativas terapêuticas menos agressivas. Esse grupo conferiu um novo rumo à história da CJM, por iniciar o processo de transformação e democratização que nela teve lugar (LOUGON, 1987).

As transformações iniciaram-se com a suspensão do tratamento com eletrochoques. A ECT era um recurso terapêutico de uso bastante difundido nos hospitais psiquiátricos em geral, consistindo na aplicação de corrente elétrica por meio de eletrodos colocados na região temporal dos pacientes. A passagem da corrente provocava uma descarga neuronal acentuada, levando à perda de consciência e convulsões. Por sua vez, o uso dos eletrodos em outras partes do corpo, bem como de corrente elétrica de menor intensidade provocava apenas a sensação de dor, consistindo em prática punitiva freqüentemente utilizada, conhecida como “miudinho” (LOUGON, 1987).

Seguiu-se a abertura dos chamados “quartos-fortes”, celas individuais destinadas ao isolamento de pacientes agitados, contendo não mais que uma cama dobrável e uma latrina de cimento. Eram fechadas por portas gradeadas de ferro ou madeira espessa, com uma abertura para passar comida e água aos que nelas estivessem trancafiados. O ato de confinar, a exemplo do que ocorria com a ECT, funcionava, na prática, como uma medida disciplinar destinada aos pacientes agitados ou que, por alguma razão, transgredissem as regras de conduta, prescindindo muitas vezes de autorização médica para que fossem levados a cabo. O fim dos quartos-fortes e dos eletrochoques foi de grande significado simbólico, marcando o limite entre a colônia “velha”, autoritária e fechada, e a colônia “nova”, democrática e aberta (LOUGON, 1987).

A democratização da CJM prosseguiu, tendo sido criadas instâncias de discussão e deliberação coletivas, incluindo pacientes, profissionais e a comunidade de moradores, cuja participação na definição do perfil de assistência e gerenciamento tem se dado desde

então. O processo atingiu até mesmo a própria equipe, com a diluição das identidades profissionais dos médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais que lá trabalhavam, englobados sob a categoria “técnicos” (de saúde mental).

A implantação de uma nova proposta terapêutica pela direção foi de impacto menos evidente que as medidas anteriormente citadas, mas de suma importância ao processo de transformação. As portas do hospital seriam fechadas a novas internações, o que, por impedir a admissão de novos pacientes, significa, em última análise, o fim da colônia com a morte de seu último interno, e com ela, um dos principais expoentes brasileiros de um modelo de assistência em saúde mental baseado no asilamento (LOUGON, 1987). A partir daí, a instituição deveria seguir novas diretrizes de funcionamento pelo tempo que restar de sua existência.

Segundo Andrade (1992), a construção de um modelo alternativo de assistência na CJM se deu a partir de ações levadas a cabo em seis níveis.

O primeiro nível de atuação é representado por mudanças no atendimento hospitalar com a formação de equipes multidisciplinares, incluindo todos os técnicos em saúde mental, e agregando os funcionários e a comunidade. Desde o início do processo de mudança procurou-se minimizar o poder da influência dos médicos, mediante a unificação de todos os profissionais de nível superior sob a denominação de técnicos, igualmente aptos a desenvolver o trabalho integrado em suas respectivas unidades. O trabalho em equipe feito nos núcleos visa a devolver a voz aos internos, tornando-os sujeitos da ação em vez de objetos passivos, como até então sempre se fizera. Em suma, um projeto de ressocialização implantado em cada núcleo ou unidade, abrindo a possibilidade de novas formas de relacionamento entre os internos e destes com a instituição, em uma verdadeira reorganização político-social do espaço asilar.

O segundo nível de atuação está associado à criação do Centro de Reabilitação e Integração Social (CRIS), com o objetivo de servir de ponte para a ressocialização do indivíduo, possibilitando a alta definitiva da instituição. A identificação de pacientes internados na CJM que careciam de qualquer patologia mental demandou a criação do CRIS, onde o atendimento assume um caráter grupal, com desenvolvimento de atividades em oficinas protegidas na proposta de reintegração do paciente à sociedade.

O terceiro nível de atuação dentro da proposta de mudança da CJM se faz com a implantação do atendimento ambulatorial e de crises, inaugurando-se, dentro do espaço da colônia, um hospital destinado ao atendimento de casos agudos, o Hospital Jurandyr Manfredini (HJM). Constitui-se em um Centro Hospitalar de Saúde Mental para a

população da Área Programática 4 (AP-4), apresentando-se, portanto, como um recurso assistencial extra-asilar, inserido dentro da comunidade e não do asilo, a despeito de se localizar dentro dele. Nesse ponto, se assemelha ao CRIS, pois este também se constitui em recurso extra-asilar ao comportar-se ao mesmo tempo como pensão e oficina protegida.

A presença de uma unidade com o perfil do Jurandyr Manfredini, ou seja, para tratamento ambulatorial e internações de curta e média permanência, no interior de um macro-hospital criado para internações de longa permanência, gerou uma situação peculiar na instituição, algo como “duas colônias” distintas convivendo lado a lado, uma asilar (núcleos) e outra aberta à comunidade (HJM).

Apesar de situado nos limites físicos da colônia, e inclusive funcionando no espaço de um antigo pavilhão desativado (o Pavilhão Masculino de Tisiologia), o HJM diminui o espaço asilar, pois o transforma em comunitário ao abrir-se para pacientes que ainda não perderam seus laços familiares e sociais. Por outro lado, internações de casos agudos costumam demandar um certo grau de restrição da liberdade. O HJM constitui-se, pois, em um hospital fechado, sendo vedado aos pacientes a transposição dos seus muros, em contraposição aos núcleos, onde dentro da proposta de transformação, o trabalho tem o objetivo fundamental de recuperação do convívio social dos internos, ao liberá-los para passeios, visitas a familiares, trabalho externo ou festas em outras unidades. E ainda, pelo seu caráter fechado, o HJM ocupa simbolicamente, o lugar dos antigos “quartos fortes”, pois para lá são transferidos os pacientes em reagudização da sintomatologia psicótica ou que tenham agredido membros da equipe ou outros pacientes. Nesse caso, o contraste entre as “duas colônias” é bastante evidente, pois ao mesmo tempo em que se abre real e simbolicamente um espaço (os núcleos) fecha-se outro (o HJM).

O quarto nível de atuação refere-se à integração com as demais instituições de saúde da AP-4, com a implantação, a partir de 1983, do Projeto de Regionalização e Hierarquização da Assistência Médica no Município do Rio de Janeiro: Área de Psiquiatria. A regionalização do atendimento limitava a abrangência do hospital à população adjacente. Ao impossibilitar a transferência de doentes de uma região administrativa para outra, desmantelou a antiga divisão de tarefas nos hospitais da DINSAM, os quais foram transformados em pólos de assistência psiquiátrica em suas respectivas áreas programáticas, passando a atuar como centros de referência em saúde mental. No caso da Colônia Juliano Moreira, trata-se da AP-4, compreendendo a décima-sexta (XVI) e a vigésima-quarta (XXIV) regiões administrativas, correspondentes aos bairros de Jacarepaguá e Barra da Tijuca. Dentro dessa política, iniciou-se o atendimento a

doentes agudos na Colônia através do HJM, destinado a oferecer os serviços de emergência e internação de curta permanência. Desse modo, a CJM, que sempre fora uma instituição asilar e fechada, passa a abrir suas portas à comunidade, prestando serviços de assistência psiquiátrica à população circunvizinha.

Há ainda um quinto nível de atuação, que diz respeito à participação comunitária, e um sexto, referente à implantação de atividades de pesquisa (ANDRADE, 1992).

É necessário afirmar que todas as políticas e práticas assistenciais relacionadas à saúde mental sempre guardaram íntima relação com a política nacional de saúde no Brasil, sendo consequência direta desta. A década de 1990 é marcada pela proposta política neoliberal, onde medidas como a contração da emissão monetária, a elevação das taxas de juros, o fim do pleno emprego, a adoção de uma nova legislação anti-sindical, o afastamento do Estado e o corte nos gastos sociais provocaram uma reviravolta no campo político-ideológico, econômico e social no cenário internacional. No Brasil, a política de saúde nesta década manifestou-se em termos de corte de verbas, desmonte do setor público e desvio de verbas da saúde para outros setores, mas principalmente pela descentralização. A descentralização possibilita uma desconcentração de poder e muitas vezes uma democratização deste. No entanto, é uma descentralização incompleta, pois, em termos de recursos financeiros, as ações continuaram centralizadas, não sendo repassados aos níveis locais, inviabilizando a continuação ou implementação de programas e serviços e sobrecarregando os profissionais pelos insucessos da política de saúde.

Destaca-se nesse processo a participação ativa de dois grupos fundamentais para a descentralização. No primeiro grupo, encontram-se os profissionais de saúde, burocracia (Ministério da Saúde e da Previdência Social) e gestores. Suas atuações no interior (nas instituições estatais de saúde) e na periferia (instituições do poder estatal) do Estado em favor da co-gestão institucional nos níveis locais, municipais, estaduais e centrais são o exemplo da instituição enquanto campo de luta política e não como mero aparelho de reprodução da ideologia do Estado.

No segundo grupo, está a sociedade civil, organizada em movimentos populares, que se conscientizou de seu valor político e procurou tomar parte no planejamento e na gestão dos serviços de saúde. Surgem ainda as organizações não-governamentais (ONGs) e os agentes comunitários de saúde, fazendo parte do cenário onde se realizam as atuais políticas de saúde. Esses atores foram capazes de mudar seus pontos de vista de uma ordem corporativa e restrita para uma visão mais democratizante da questão da saúde. O aumento da cidadania ativa e da participação popular trouxe a transformação das práticas

do cotidiano como possibilidade concreta, criando novas formas de assistência em saúde, estratégias e incorporações de práticas também dotadas de resolutividade. Aos poucos ganharam força no Brasil iniciativas que buscavam tirar o paciente psiquiátrico da rotina dos antigos modelos manicomiais, oferecendo-lhes novas oportunidades de trabalho e de convívio social.

Essas medidas fizeram-se sentir também na CJM, a qual, nesse período, dava prosseguimento à sua transformação. No ano de 1990, a população de internos era de 1.626 pacientes e o processo de abertura dos antigos pavilhões se completou em 18 de setembro, quando o último pavilhão fechado da colônia, o Pavilhão 11 do núcleo Ulysses Viana, foi abolido e seu portão permanece aberto até o presente (ANDRADE, 1992).

Em 1990, ocorreu a extinção do MPAS, tendo sido desmembrado e sua autarquia INAMPS, responsável por repassar os recursos do extinto ministério para os hospitais em co-gerenciamento, foi anexada pelo MS. Nesse mesmo ano, surgiu uma nova forma de financiamento do sistema, semelhante ao modelo adotado pelo governo federal para o setor privado, baseado na emissão de autorizações de internação hospitalar (AIHs). E ainda ocorreu a extinção da DINSAM, substituída pela Coordenadoria de Saúde Mental (CORSAM). Seus hospitais passaram a vincular-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), subordinando-se às Secretarias Municipal ou Estadual de Saúde. No caso da CJM, ela foi municipalizada em 1996, recebendo a denominação de Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM) que permanece até o presente (ANDRADE, 1992).

A instituição municipalizada guarda diversos resquícios de épocas anteriores quando se encontrava em pleno funcionamento. Até o início da década de 1970, além dos núcleos masculinos Rodrigues Caldas e Ulysses Viana, e dos femininos Franco da Rocha e Teixeira Brandão, a Colônia Juliano Moreira possuía outras unidades em funcionamento, estando as mesmas hoje desativadas ou transformadas. São elas: Pavilhão Masculino de Tisiologia (atual Hospital Municipal Jurandyr Manfredini); Núcleo Mário Pinotti, feminino, destinado a pacientes com direito ao INPS (em cujas instalações funciona hoje o CRIS); Pavilhão Agrícola, onde internos masculinos desenvolviam o cultivo de hortaliças e capim-crina para confecção de colchões (atualmente em franco processo de desativação, com seus internos sendo transferidos para o Núcleo Rodrigues Caldas); Bloco Médico-Cirúrgico Álvaro Ramos (atual Hospital Municipal Álvaro Ramos); Núcleo Adib Jabour, destinado a crianças e adolescentes do sexo masculino (desativado, transformado em escola); Pavilhão Viana do Castelo, para fisioterapia (atual Centro Municipal de Reabilitação Viana do Castelo); Pavilhão Sampaio Correia, funcionando como pavilhão de

geriatria feminino (desativado); Pavilhão Zaqueu Esmeraldino ou “Gaiola de Ouro”, antigo Pavilhão 1 do Núcleo Rodrigues Caldas, dotado de instalações melhores que as dos demais e destinado a pacientes de classe social mais elevada¹⁶ (desativado, em ruínas); Pavilhão Feminino de Tisiologia Nossa Senhora dos Remédios (desativado); Pavilhão Ulisses Pernambucano ou Faixa Azul, destinado a crianças e adolescentes do sexo feminino (desativado); Pavilhão Egas Muniz ou Bloco Neurocirúrgico, destinado a neurocirurgias (desativado); Creche, destinada a filhos de pacientes (desativada); Pavilhão de Dermatologia (desativado). Estas últimas cinco unidades desativadas foram concedidas à comunidade ou ocupadas por invasores, servindo, assim, de moradia para várias famílias. A instituição IMASJM compreende atualmente os quatro núcleos originais da colônia (Rodrigues Caldas, Ulysses Viana, Franco da Rocha e Teixeira Brandão) e o CRIS, não englobando os Hospitais Municipais Álvaro Ramos e Jurandyr Manfredini, e nem o Centro Municipal de Reabilitação Viana do Castelo, a despeito de estarem localizados dentro de suas dependências.

O Decreto-Lei nº 21.841 de 1º de agosto de 2002 incluiu no programa Rio-Dignidade os pacientes idosos de longa permanência no IMASJM e sem referência familiar que, com vistas à sua ressocialização, passaram a receber uma bolsa-apoio, cujas três modalidades, valores e indicações à época de seu estabelecimento seguem abaixo:

1. Tipo A (R\$ 85,00), para pacientes residentes nos núcleos mas em trabalho de reabilitação, em condições de lidar com dinheiro, com saídas livres;
2. Tipo B (R\$ 135,00), para pacientes já localizados no CRIS, por este ser uma unidade de passagem entre o ambiente hospitalar e o comunitário, onde os internos são submetidos a terapêuticas de reabilitação psicossocial mais intensas, relacionadas à possibilidade de convívio social;
3. Tipo C (R\$ 200,00), para pacientes que deixaram o hospital e residem na comunidade, seja em casas funcionais dentro da área do imóvel, seja em casas alugadas dentro do projeto de lares protegidos, acompanhados pela equipe técnica e de cuidadores do IMASJM.

Outro dispositivo legal voltado para pacientes institucionalizados em internações de longa permanência é a Lei nº 3.400 de 17 de maio de 2002, criando a bolsa-incentivo para assistência, acompanhamento e integração fora da unidade hospitalar, no valor de dois

¹⁶ Como exemplos dos internos ilustres que ocuparam a “Gaiola de Ouro”, estão o maestro Ernesto Nazaré e o escritor Lima Barreto (LOUGON, 1987).

salários-mínimos para pacientes que retornarem a suas famílias ou a uma família acolhedora, e um salário-mínimo àqueles que vão para serviços residenciais terapêuticos. Para ser concedida, o paciente deve estar de acordo com a alta e em boas condições clínicas, sendo necessário que sua família ou responsável se incorporem ao Programa de Assistência Extra-hospitalar ou que o paciente esteja vinculado a um centro de atenção psicossocial (CAP). A lei prevê que para cada lote de dez bolsas concedidas, haverá uma redução em dez leitos de internação psiquiátrica. Desse modo, os gastos com a assistência psiquiátrica hospitalar diminuirão na mesma proporção do percentual investido nesse programa. Ambas as bolsas têm sido utilizadas na ressocialização dos usuários do IMASJM.

A preocupação com a reabilitação psicossocial está presente atualmente no IMASJM. Entende-se por reabilitação psicossocial como “... o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade [ênfatizando] as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e a cada situação de modo personalizado.” (PITTA, 1996). Há alguns anos o IMASJM vem sendo palco para o Programa de Reabilitação Psicossocial, destinado a pacientes institucionalizados e crônicos, tendo o desenvolvimento das capacidades funcionais, emocionais e intelectuais dos usuários como o principal objetivo, já que o longo tempo de internação gera perdas importantes nesses campos. O programa busca também implementar ações que estabeleçam mudanças efetivas nos seus recursos ambientais de seus usuários, sejam eles residenciais, de suporte social ou de rede de apoio.

Esse programa compreende as atividades do CRIS, projetos de moradia e lazer e o Projeto de Reabilitação Individual, cujas ações visam a facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade, mediante uma abordagem compreensiva e sob a forma de um plano individualizado de reabilitação para cada usuário. Vincula-se a um consultor da OPAS/OMS no Brasil, na pessoa de Manuel Desviat Muñoz, diretor do Instituto Psiquiátrico de Serviços de Saúde Mental José Germain em Legamés, Madri, Espanha (SANTOS, 2001).

Para implementar o Projeto de Reabilitação Individual, tornou-se necessária a presença de dois novos profissionais dentro do campo da saúde mental, as figuras do cuidador e do recreador. O cuidador é o principal responsável pela reabilitação dos hábitos

de autocuidado, estimulando e orientando o paciente para que readquirir hábitos perdidos ao longo da institucionalização. O cuidador orienta o paciente em suas atividades de vida diária, com ênfase na higiene pessoal, banho, cuidado com o vestuário, limpeza do ambiente e alimentação. Essa função é nova dentro do campo de saúde mental e algumas vezes pode se confundir com as funções do auxiliar de enfermagem. Por sua vez, o recreador trabalha aspectos relacionados a limitações do comportamento social do paciente decorrentes de sua doença e do período de institucionalização através de atividades lúdicas e de lazer, as quais têm por objetivo possibilitar o desenvolvimento da autonomia, facilitar a comunicação e expressão e estimular a cognição (SANTOS, 2001).

Para alcançar seu objetivo, o programa intervém de forma prática nos hábitos de autocuidado, na promoção da autonomia, na estimulação das funções cognitivas, no desenvolvimento das habilidades de comunicação e expressão e no incremento das atividades de lazer. Promover ações favorecendo o incremento dos hábitos de autocuidado significa, em outras palavras, estimular junto ao usuário a necessidade e o desejo de tomar banho todos os dias, pentear os cabelos, higienizar a boca e os dentes, quando estes existem, cuidar de seus pertences e do ambiente, ensinando, ainda, a escolha de roupa adequada e limpa e a utilização de prato e talher, bem como da máquina de lavar. Já o incentivo à autonomia pretende que o usuário reconheça cédulas e moedas e saiba o preço dos mais variados artigos, podendo, assim, realizar suas próprias compras e estabelecer prioridades para as mesmas. Visa ainda a torná-lo capaz de utilizar transportes públicos e localizar-se nas imediações do IMASJM e bairros vizinhos (SANTOS, 2001).

A estimulação de funções cognitivas busca melhorar os processos básicos de pensamento através de jogos e exercícios variados, estimulando o usuário a manter-se orientado no tempo e no espaço, a ter mais atenção, a opinar sobre os fatos da atualidade através do contato com os meios de comunicação (jornal, revistas, televisão) e a desenvolver as habilidades educacionais através da alfabetização. Quanto às habilidades de comunicação e expressão, espera-se que os internos sejam capazes de escutar o companheiro, expressar seus sentimentos, emitir opiniões e responder condizentemente ao estímulo recebido. As atividades de lazer estimulam a participação dos usuários em passeios, festas, atividades culturais e jogos (SANTOS, 2001).

O IMAS Juliano Moreira constitui-se, assim, em parte integrante da história da assistência psiquiátrica no Brasil. Esta, por sua vez, é indissociável das políticas de saúde que o Estado aplica à população, as quais variam para cada momento histórico em função das conjunturas vigentes no período. Se, durante o século XIX, a institucionalização das

práticas terapêuticas fez com que o doente mental deixasse sua comunidade para ser internado e tratado em grandes asilos, na segunda metade do século XX, passamos a assistir ao movimento oposto. Em um esforço de desinstitucionalização, o doente mental deixa o hospital e retorna à sua comunidade, através da organização de novos sistemas de cuidado e serviços materializados em hospitais-dia, CAPs, centros de convivência, lares e pensões protegidas, cooperativas de pacientes entre outras. Essas soluções alternativas buscam uma atenção psicossocial integrada, o entrosamento entre variadas práticas e saberes profissionais e a promoção da cidadania do doente mental. Para tanto foi necessário redefinir os termos doença mental, saúde, direitos e deveres do Estado, sujeito, cidadania, indivíduo, sociedade, prevenção e cura. No século XX, assistimos, então, a política pública de saúde transitar da simples assistência médica ao direito universal à saúde. A história do IMASJM e de suas interações com as políticas de saúde constitui-se, portanto, em um excelente espelho dessas transformações, ponto de partida para lançar um olhar sobre os novos rumos da assistência psiquiátrica no século XXI.

CAPÍTULO IV

O ENVELHECIMENTO

4.1. Aspectos Demográficos

O processo de envelhecimento da população mundial torna-se evidente a partir das transformações econômico-sociais vividas pelas nações desenvolvidas no século XIX, as quais, no entanto, só produziram modificações significativas nas variáveis demográficas na virada do século XIX para o XX. De todas as modificações, a mais evidente é o aumento na longevidade do ser humano, observada no mundo todo.

O aumento da longevidade pode ser considerado como uma das maiores conquistas sociais do século XX. No entanto, trata-se de um processo que vem ocorrendo na humanidade desde o advento da civilização. Quando o homem deixou a vida nômade e passou a viver da agricultura e da criação de animais, ele criou para si um ambiente particular, as cidades, onde não estava mais sujeito às pressões da seleção natural. O homem de Neanderthal vivia uma média de 29,4 anos, o homem no Paleolítico, 32,4 anos e no Neolítico, 31,5 anos. Esse valor não se alterou muito mesmo no alvorecer da civilização humana, a Idade do Bronze, quando se vivia em média até os 38 anos, e na Grécia e Roma clássicas, cujas médias eram de 35 e 32 anos respectivamente. A partir do controle do ambiente, o homem foi o único animal a conseguir mudar sua expectativa de vida, a qual se manteve aproximadamente constante por quase toda a sua história, até o advento da Revolução Industrial no século XIX (WALLACE apud SOARES, 1997).

O desenvolvimento rápido e espetacular em todas as áreas do conhecimento levou a melhores níveis de nutrição, higiene, saneamento básico e planejamento de saúde, as primeiras medidas a serem responsáveis por uma grande melhoria nas condições de vida das populações. Posteriormente, o advento da cirurgia com anestesia, das vacinas e dos antibióticos possibilitou um aumento exponencial na longevidade e na expectativa de vida da humanidade em geral. A conseqüente explosão demográfica atingiu níveis sem precedentes no século XX. A população mundial, estimada em trezentos milhões de habitantes no início da era cristã, triplicou nos 1.800 anos seguintes. Entretanto, com os avanços na Medicina e a mecanização da agricultura, cresceu de novecentos milhões para mais de cinco bilhões de habitantes em menos de 200 anos. Evidentemente os progressos da ciência e tecnologia médicas não bastam para justificar semelhante aumento, cabendo grande parte dele, de igual modo, à universalização da seguridade social, permitindo o

acesso de um maior número de pessoas ao sistema de saúde e aos avanços da Medicina (LEITE e De MEIS, 1996; JECKEL-NETO e CUNHA, 2002; RAMOS, 2002).

O envelhecimento populacional é um processo dinâmico, tendo sido denominado por alguns autores “transição demográfica” ou “transição epidemiológica” para outros (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987). De acordo com Monteiro e Alves (1995), seus determinantes básicos são justamente a queda na taxa de mortalidade a partir da década de 1940 e a redução na taxa de fecundidade a partir da década de 1960, alterando significativamente a composição etária da população. A transição demográfica se faz a partir de quatro etapas:

Em primeiro lugar, a combinação de altas taxas de mortalidade e fecundidade leva ao predomínio de jovens na estrutura populacional. Nesse momento imediatamente anterior à transição demográfica, a maior parte da população é jovem.

Em segundo lugar, ocorre o declínio na taxa de mortalidade, mas a taxa de fecundidade permanece elevada. Conseqüentemente, o ritmo de crescimento da população aumenta. Como a mortalidade infantil é a primeira a cair, pois seus fatores determinantes são mais facilmente evitáveis que os da mortalidade entre os idosos, observa-se um rejuvenescimento da população. O crescimento das crianças nascidas nas épocas de grande expansão populacional cria um aumento nas taxas das faixas etárias maiores nos anos seguintes. Portanto, a aceleração no ritmo de crescimento estende-se paulatinamente a partir das crianças pequenas para as outras faixas etárias¹⁷.

Em terceiro lugar, ocorre uma queda na taxa de fecundidade. A conseqüente redução da natalidade diminui o ritmo de crescimento da população jovem. Como a proporção de crianças é menor, observa-se um aumento na proporção de pessoas idosas.

Por fim, em quarto lugar, a queda na taxa de mortalidade estende-se a todos os grupos etários, substituindo a baixa fecundidade (que já se aproxima do nível de reposição de 2,1 filhos por casal) como principal fator causador do envelhecimento populacional, gerando um aumento contínuo na percentagem de idosos na população (MONTEIRO e ALVES, 1995).

Portanto, para que uma população envelheça, é preciso, em primeiro lugar, que nasçam muitas crianças. Depois, que elas sobrevivam até idades avançadas e que,

¹⁷ Por outro lado, o inverso também pode acontecer. Eventos mórbidos que acometam uma faixa etária causarão uma redução posterior na população das faixas etárias seguintes. Um exemplo do funcionamento deste fenômeno é dado pela gripe espanhola de 1918, a qual pode ter sido responsável pelo declínio no ritmo de crescimento da população idosa brasileira entre 1980 e 1990, pois este se refere a indivíduos nascidos entre 1915 e 1925 (BERQUÓ, 1999).

simultaneamente, o número de nascimentos diminua. Com isso, a entrada de jovens decresce e a proporção dos que sobreviveram até idades mais avançadas passa a aumentar (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987).

Em nosso país, o processo de envelhecimento populacional iniciou-se a partir da década de 1960. Até então, as várias faixas etárias cresciam de forma semelhante à população total, cuja estrutura se mantinha constante. Observou-se um aumento progressivo no crescimento da proporção da população idosa, a taxas mais altas que as da população geral, e uma diminuição paulatina na proporção de jovens e crianças. Tal processo foi particularmente evidente na década de 1970, quando o crescimento da população jovem de 31% obtido na década anterior caiu para apenas 18%. A partir de 1970, houve um importante declínio na taxa de fecundidade, a qual diminuiu de 5,8 filhos por casal, para 4,3 em 1980 e 2,3 em 1995. Segundo projeções, esse número chegará a 1,8, ou seja, abaixo da taxa de reposição de 2,1 filhos por casal, o que resultaria em crescimento nulo (RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987; ESTEVES, 1998).

Essa redução progressiva na taxa de fertilidade leva a uma diminuição da base da pirâmide populacional de hoje, pois há menos crianças para compô-la, ao passo que a maior proporção de crianças do passado provoca o aumento atual na faixa etária adulta, a qual, no ano 2020, comporá a faixa etária dos idosos. Caso a taxa de fecundidade se mantenha baixa, a base da pirâmide populacional permanecerá pequena e seu formato será bastante retangular, semelhante ao observado hoje nos países desenvolvidos. Desse modo, prevê-se que a população brasileira apresente taxas negativas de crescimento a partir de 2040, quando seu número atingirá a cifra de 250 milhões de habitantes (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; ESTEVES, 1998).

A passagem de uma situação de mortalidade e fecundidade elevadas para outra de baixa mortalidade e fecundidade cada vez menor provoca uma elevação na expectativa de vida média da população. O aumento progressivo na longevidade se deu, em grande parte, com a redução na taxa de mortalidade infantil, a qual exerce grande influência na expectativa de vida ao nascer. Àqueles que conseguem sobreviver às más condições de vida na primeira infância e aos acidentes, guerras ou violência na juventude, cabe uma probabilidade maior de permanecerem vivos nas idades que se seguem. Por esta razão, em nosso país, a expectativa de vida nas idades mais avançadas não difere muito daquela observada nos países desenvolvidos, resultando na existência de poucas diferenças de sobrevivência entre ricos e pobres na população idosa brasileira (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; CAMARANO, 2002).

Entre 1960 e 1980, houve uma queda de 33% na fecundidade e, ao mesmo tempo, um aumento de oito anos na expectativa de vida. Já de 1980 a 2000, o aumento estimado situa-se em torno de cinco anos, quando o brasileiro terá a esperança de vida de 68 anos e meio ao nascimento. As projeções para o período de 2000 a 2005 permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos para ambos os sexos. A participação da população idosa (a partir de 60 anos) na população brasileira passou de 4% em 1940 para 8% em 1996 e 9% em 2000. Aumentou, também, a proporção dos idosos “muito velhos”, ou seja, acima de 80 anos, alterando a composição etária dentro do grupo dos idosos (CAMARANO *et al.*, 1999; CAMARANO, 2002; VERAS, 2002).

O crescimento da população idosa pode ser projetado para situações futuras de modo a compreender a importância e a magnitude dos problemas com ele advindos. No ano 2020, brasileiros com idade maior ou igual a 60 anos constituirão um contingente estimado de 31,8 milhões de pessoas. Esse segmento populacional, ao crescer 15 vezes no período de 1950 a 2020, em contraste com a população total, a qual terá crescido apenas cinco vezes, colocará o Brasil na posição de sexto país do mundo em população idosa (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987; CAMARANO, 2002).

No entanto, o aumento da expectativa de vida, apesar de abranger ambos os sexos, se faz de modo bem mais significativo no sexo feminino. Dados do IBGE referentes ao período entre 1980 e 1998 demonstram que a expectativa de vida ao nascer aumentou de 57,2 para 63,9 nos homens e de 64,3 a 71,4 nas mulheres. E aos 60 anos, cresceu de 10,7 para 13,1 nos homens e de 12,7 para 15,4 nas mulheres (CAMARANO, 2002). A mulher vem experimentando um aumento mais pronunciado na expectativa de vida que o homem, graças a uma série de fatores biológicos e sócio-culturais. Em primeiro lugar, a mulher tem um risco menor de desenvolver isquemia coronariana e infarto do miocárdio, devido tanto ao efeito protetor do estrogênio quanto ao menor consumo de tabaco e álcool em relação ao homem. Em segundo lugar, está a diferença na exposição aos riscos ocupacionais e causas externas, como acidentes, violência e suicídios, os quais incidem quatro vezes mais nos homens. Em terceiro lugar, as mulheres manifestam atitudes diferentes dos homens em face de doenças e incapacidades. Não apenas elas possuem maior percepção dos sintomas como também tendem a procurar mais precocemente os serviços de saúde para obter tratamento, sendo esse fato o principal responsável pelo melhor prognóstico das doenças crônicas entre elas. Por fim, a melhoria na assistência médico-obstétrica nos últimos anos

levou a uma diminuição nas taxas de mortalidade materna e perinatal¹⁸ (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987; VERAS, 2001).

O envelhecimento populacional encontra-se em curso no mundo todo e não apenas no Brasil. Todavia, dois fatores chamam a atenção a este processo em nosso país. Um deles é a velocidade com a qual ele se dá, pois o que levou mais de um século para ocorrer nos países desenvolvidos está acontecendo no Brasil ao cabo de uma geração. Na Europa, a queda na fecundidade começou no final do século XIX, mais de cem anos após a queda na mortalidade advinda com a revolução industrial no final do século XVIII. O outro é que, diferentemente do que se deu na Europa e a exemplo de outros países da América Latina, as mudanças observadas no Brasil não são fruto do desenvolvimento social, mas consequência de um processo maciço de urbanização, sem alterações marcantes na distribuição de renda e estrutura do poder. Este processo, iniciado na década de 1950 com o incremento da industrialização brasileira demandando um movimento migratório para os grandes centros, transformou um país agrário na década de 1940, com 80% da população eminentemente rural, em um país de população urbanizada, com apenas 20% vivendo em zonas rurais (RAMOS, VERAS e KALACHE, 1987; ESTEVES, 1998; VERAS, 2002).

4.2. Transformações no Cuidado

A inversão na proporção dos idosos alterou as estruturas do trabalho e organização social, propiciou um maior acesso da população aos serviços de saúde e saneamento e contribuiu para a queda da mortalidade precoce e redução da fecundidade ao permitir o acesso de mais famílias aos programas de planejamento familiar e métodos de contracepção. Para os idosos, isso se traduziu como redução no grau de deficiência física ou mental e principalmente em aumento na expectativa de vida, permitindo-lhes contar com seu rendimento médio aumentado, poder chefiar mais suas famílias e depender menos de parentes (CAMARANO, 2002). O indivíduo dependente é aquele incapaz de prover por seus próprios meios o sustento de suas necessidades de consumo e o idoso já não é encarado tanto desse modo, pois desempenha um papel fundamental no sustento de suas famílias, além de ser fonte de apoio emocional. Devido à crise econômica que tem afetado

¹⁸ Alguns desses fatores, no entanto, vêm assumindo, no sexo feminino, importância maior do que no passado, em virtude da crescente luta das mulheres por igualdade de oportunidades e ampliação de seu espaço no mundo contemporâneo, que as faz incorporar valores e hábitos mais comuns nos homens, como o tabagismo e o estresse com o trabalho.

a população jovem nos últimos anos, os idosos do futuro não poderão dar continuidade a essa prática, pois o desemprego e a informalização crescente da economia afetarão a construção do patrimônio, pecúlio ou a compra da casa própria (CAMARANO e EL GHAOURI, 1999).

As conseqüências do processo de envelhecimento estão diretamente ligadas a organização econômica e social brasileira, já que requer do Estado preparo institucional para atender às demandas médico-sociais deste grupo. O desafio colocado é não apenas o de enfrentar as ainda altas taxas de mortalidade infantil, mas também destinar recursos para prover os programas educacionais e combater as doenças crônicas e degenerativas como cardiopatias, debilidades cognitivas, entre outros males típicos da velhice. Acrescenta-se aos problemas de saúde os benefícios e pensões de seguridade social a que os idosos têm direito. Em termos econômicos, nos deparamos com dois grupos etários economicamente não produtivos, a infância e a velhice, ambos demandando recursos de um país carente e de pequena tradição de investimento na área médico-social, muito embora com a ressalva de que enquanto as crianças nunca produziram, os idosos, por sua vez, já o fizeram durante todo o tempo em que trabalharam, estando em seu período de receber os benefícios pelos quais contribuíram.

A velocidade desse fenômeno deverá causar grandes dificuldades ao Estado para lidar com o novo perfil epidemiológico que aos poucos se sobrepõe ao perfil anteriormente predominante, sem substituí-lo completamente. Se, por um lado, o país ainda tem um longo caminho até o controle das doenças infecciosas, reduzindo a mortalidade infantil a níveis aceitáveis, o desafio maior no século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com baixo nível sócio-econômico e educacional, ao lado de uma prevalência ainda alta de doenças crônicas e incapacitantes que os faz consumir mais dos serviços de saúde. Suas taxas de internação e reinternação são bem maiores que as de outros grupos etários e o tempo médio de ocupação do leito é três vezes maior. A co-morbidade¹⁹ é comum, exigindo o máximo da tecnologia produzida pelo complexo médico-industrial, bem como pessoal qualificado e equipes multidisciplinares (ARAÚJO e ALVES, 2001 RAMOS, 2002).

Por outro lado, o Brasil possui um sistema de saúde desorganizado e de baixa resolutividade frente às necessidades da terceira idade, tornando o quadro ainda mais grave

¹⁹ A palavra “co-morbidade” foi criada na década de 1970 para referir-se a qualquer entidade clínica adicional ocorrendo durante a evolução de um paciente cuja doença de base esteja sob investigação. O termo refere-se a doenças e não a sintomas (FEINSTEIN, 1970).

se somados a outros fatores como desinformação, dificuldade de acesso aos serviços e, principalmente, preconceito e despreparo da sociedade e dos profissionais de saúde em lidar com as situações inerentes ao processo de envelhecimento, resultando em um cuidado deficiente e de custo elevado. A falta de serviços domiciliares e/ou ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento se dê no hospital, freqüentemente com a doença em estágio avançado, diminuindo as chances de um prognóstico favorável (VERAS, 2002).

A população idosa brasileira é predominantemente do sexo feminino, fato este denominado “feminização do envelhecimento”. Quase metade (45%) das mulheres idosas encontra-se na categoria de viúvas, ao passo que a grande maioria (80%) dos homens está inserida em algum tipo de união conjugal. Tal distinção explica-se a partir da diferença entre os ritmos de crescimento da população idosa masculina e feminina, bem como a presença de normas sociais e culturais em nossa sociedade que naturalizam a união dos homens com mulheres mais jovens, ao mesmo tempo que tornam mais raras oportunidades de recasamento às mulheres idosas. Contudo, a análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no período compreendido entre 1940 e 1995 mostrou uma redução expressiva na proporção de homens e mulheres viúvos e solteiros e um aumento na de casados e separados, decorrente tanto do aumento na longevidade como no de uniões consensuais, conferindo, por consequência, uma velhice menos solitária a uma parcela maior dos idosos brasileiros. O idoso apresenta, em média, uma taxa de escolaridade baixa para ambos os sexos, sendo esta ainda pior para as mulheres, devido às menores oportunidades de escolarização que tiveram quando jovens (CAMARANO *et al.*, 1999).

O cuidado em relação aos mais velhos ocorre em grande parte no seio de suas famílias, daí ser fundamental a investigação dos novos arranjos familiares na sociedade brasileira ao se tratar do tema dos idosos, pois são elas que se encarregam de ministrar-lhes o cuidado quando adoecem e se tornam dependentes. A crise econômica da década de 1980 obrigou as famílias a repensarem e reformularem suas estratégias de vida. Diante desse quadro, uma das mais significativas observações diz respeito à redução do número de famílias formadas por casais com filhos, sendo acompanhadas por formas alternativas de organização doméstica. A família brasileira está passando por uma série de transformações, dentre as quais estão um número crescente de divórcios, famílias reconstituídas, famílias chefiadas por mulheres e a migração contínua dos mais jovens em busca de mercados mais promissores (GORDILHO *et al.*, 2000).

Atualmente, as unidades domésticas unipessoais e as famílias formadas por mulheres sem cônjuges morando com os filhos são os dois tipos de arranjo familiar que

apresentaram maior crescimento. O aumento do número de pessoas morando sozinhas deveu-se não apenas às separações como também ao casamento mais tardio das mulheres, sugerindo a adoção por parte dos jovens de modelos de comportamento quanto à nupcialidade próximos àqueles observados nas sociedades desenvolvidas. Já o aumento das famílias chefiadas por mulheres deveu-se a uma série de fatores, valendo ressaltar dentre eles a crescente participação feminina no mercado de trabalho e a transformação de valores tradicionais que apontavam para o casamento como o modelo de vida mais adequado à mulher. De igual modo, o aprofundamento da situação de pobreza, decorrente da conjuntura econômica brasileira, somou-se na contribuição para que o padrão tradicional fosse modificado. Uma consequência importante desse fenômeno é a ausência na família de alguém que cuide do idoso em caso de doença ou incapacidade, funções essas tradicionalmente ligadas à figura feminina (VERAS, RAMOS e KALACHE, 1987; RIBEIRO *et al*, 1994).

Ao discutir a família brasileira em seus diferentes arranjos, deve-se ressaltar a presença da velhice como um eixo do qual pouco se fala. Barros (1991) analisa as transformações e mudanças na família em camadas médias urbanas a partir de sua representação social e da construção de papéis familiares pelos avós. A autora nos aponta que os avós ocupam uma posição peculiar frente à coexistência de valores diferentes no domínio da família. A idade, a experiência e a vida independente dos avós acarretam um recorte específico da vinculação da velhice a papéis e relações familiares, contribuindo para repensar a mudança ou permanência de determinados valores.

Enquanto a família tem sido a maior fonte de cuidado primário do idoso, o grande aumento na população idosa gera dúvidas sobre se ela terá condições de seguir desempenhando esse papel. Esse quadro vai sofrer variações conforme a sociedade analisada. Nos países ocidentais, a responsabilidade do cuidado recai mais sobre as filhas adultas. Já no Oriente, a tradição enfatiza o papel da família do filho, particularmente da nora, em cuidar dos sogros idosos. Nesses países, a maioria dos idosos vive em famílias extensas, multigeracionais, onde o cuidado com o idoso é compartilhado com outras mulheres vivendo no mesmo domicílio. O papel primário da família em oferecer cuidado é sempre enfatizado, ressaltando-se em todos os casos, o papel fundamental da mulher. Até na questão da internação psiquiátrica, a família costuma ter um papel fundamental em evitar a institucionalização (COONEY e DI, 1999; SUDHA e MUTRAN, 1999).

Com a entrada da mulher no mercado de trabalho, sua disponibilidade para cuidar dos pais ou sogros idosos diminui. Não somente o emprego afasta as mulheres do cuidado

com o idoso, fazendo com que se dediquem menos à tarefa do que mulheres que não trabalham, como também filhas empregadas têm menos chance de se tornarem cuidadoras em primeiro lugar. Assim, na impossibilidade de contratar-se cuidadores profissionais, o idoso certamente receberá menos cuidado. Dessa forma, é a família que deve ser tratada como a unidade dominante de análise na elaboração das políticas públicas. Um melhor entendimento de como as tendências demográficas estão mudando o cenário do cuidar e como as famílias estão reagindo a elas é essencial para formular políticas públicas visando a estimular e diminuir o fardo dos cuidadores. As políticas a serem planejadas deveriam incluir apoio financeiro a cuidadores que trabalhem, de modo a evitar redução no tempo gasto no cuidado com o idoso em prol do emprego (BRODY e SCHOONOVER, 1986; DAUTZENBERG *et al.*, 2000; SPILLMAN e PEZZIN, 2000).

Em conclusão, o Brasil desponta atualmente como um país cuja população encontra-se em rápido e inexorável processo de envelhecimento. A rapidez desta mudança demográfica também não tem precedente, causando um importante impacto em toda a sociedade, principalmente nos sistemas de saúde. Entretanto, a infra-estrutura necessária para responder às demandas deste grupo etário em termos de instalações, programas específicos e mesmo recursos humanos adequados ainda é precária quantitativa e qualitativamente. O conhecimento da situação da velhice em um país com tantas diferenças regionais, onde a esperança de vida nos estados do Nordeste não chega aos 60 anos e ultrapassa os 70 anos nos do Sul e Sudeste, permite constatar que não há uma só velhice, mas velhices distintas (RODRIGUES e RAUTH, 2002).

4.3. Mudanças na Concepção da Saúde na Velhice

A possibilidade de envelhecer com saúde depende de fatores genéticos, biológicos e em parte do contexto social, sobre os quais não se tem controle. Outros fatores, todavia, dependem do indivíduo, demandando providências para aumentar suas chances de viver melhor e por mais tempo, como, por exemplo, a atividade física, responsável por prevenir ou diminuir o estresse e a depressão e aumentar a resistência a doenças, a auto-estima e a integração social. Acredita-se que 50% do declínio físico atribuído ao próprio processo de envelhecimento se deva, na verdade, à atrofia de desuso, decorrente da falta de exercícios. O engajamento em atividades físicas proporciona uma velhice com mais qualidade de vida (De VITTA, 2000).

A idéia de que os idosos são indivíduos decrepitos, doentes e senis não passa de mito. A perda da capacidade mental na velhice não é inevitável e tampouco a senilidade é uma característica indissociável do envelhecimento humano. Ela resulta de uma variedade de distúrbios cerebrais, como a doença de Alzheimer e a demência por multi-infartos, não sendo de modo algum encontrados em todos os idosos. A maioria dos adultos maduros e idosos mantém seu sistema cognitivo num nível de funcionamento comparável ao que exibiam quando eram mais jovens, capazes de adquirir novas habilidades e conhecimentos e manter interações sociais significativas. O interesse na manutenção dos níveis de atividade de estágios anteriores contribui sobremaneira para um envelhecimento bem sucedido. O bem-estar na velhice adviria da substituição dos papéis sociais perdidos por novos e do incremento de atividades relacionadas a esses novos papéis (NERI, 1993; BUTLER, 1994; HAYFLICK, 1996; SIQUEIRA, 2002).

Envelhecer bem significaria estar satisfeito com a vida atual e manter expectativas positivas em relação ao futuro. O declínio em atividades físicas e mentais, geralmente associado à velhice, é fator determinante do retraimento social do idoso, podendo mesmo predispor-lo a transtornos psicológicos e físicos (HAVIGHURST, 1968). A satisfação na velhice dependeria, desse modo, da capacidade de se manter ou restaurar o bem-estar subjetivo, o que depende de algumas condições dentre as quais encontram-se a atividade, a satisfação com a vida e a maturidade ou integração da personalidade. Programas de treinamento tornam possível melhorar a memória, a cognição, a solução de problemas e a percepção de controle, entre outros aspectos comportamentais do adulto maduro.

Um conceito particularmente importante no contexto do envelhecimento saudável é o de capacidade funcional, o qual é intimamente relacionado ao de autonomia. Capacidade funcional compreende as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e o foco central das políticas de atenção ao idoso é a manutenção da capacidade funcional máxima do indivíduo pelo maior tempo possível (GORDILHO *et al.*, 2000). A preservação da autonomia e da autodeterminação do indivíduo está ligada, por sua vez, ao conceito de qualidade de vida, daí a abordagem de se quantificar a qualidade de vida mediante a determinação do grau de autonomia do indivíduo no desempenho das atividades da vida diária (GRIMLEY-EVANS, 1984).

A reabilitação da capacidade funcional está relacionada diretamente à saúde física e mental dos idosos, pois a grande maioria deles desenvolve alguma doença crônica à medida que envelhece devido à perda gradual na função dos órgãos e sistemas, perda essa

capaz de levar a limitações funcionais e incapacidades. O indivíduo passa a depender, então, de auxílio externo para desempenhar as tarefas diárias.

A noção de envelhecimento satisfatório do ponto de vista médico ou de saúde pública consiste na otimização da expectativa de vida e na minimização da morbidade física, psicológica e social. Em outras palavras, as pessoas poderão viver saudáveis e por mais tempo e seu período de doenças senis poderá ser evitado, adiado ou abreviado, dependendo de fatores econômicos e sociais que determinam as condições de saúde e os estilos de vida do segmento social de que fazem parte. A compreensão de que deve haver, além de programas qualificados e eficientes para os idosos adoecidos, investimento no idoso saudável de modo preventivo é uma visão nova que precisa ser implementada pelas autoridades competentes da área. É importante lembrar que estas questões não podem ser vistas como de responsabilidade individual. Antes, demandam políticas sociais que devem impactar os sistemas de saúde e educação, o planejamento dos ambientes de trabalho e espaços urbanos, o sistema de seguridade social e o próprio modelo de formação e atuação dos profissionais que cuidam de tais assuntos. Por outro lado, o apoio dado aos idosos brasileiros é em geral bastante precário. Justamente por tratar-se de uma atividade desempenhada principalmente no âmbito familiar, foge do alcance direto das políticas públicas. Oculto da opinião pública, o idoso permanece invisível (NERI, 1993; VERAS, 2002).

O envelhecimento populacional extrapola a esfera familiar e interessa não apenas ao governo mas também a diversas organizações não-governamentais e segmentos sociais. Nesse sentido, elaborou-se a Política Nacional de Saúde do Idoso, cujas diretrizes essenciais são a promoção do envelhecimento saudável, a preservação ou melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem, a reabilitação dos que venham a ter sua capacidade funcional diminuída, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e a atividades de ensino e pesquisa (GORDILHO *et al.*, 2000).

A manutenção da capacidade funcional se faz mediante ações visando tanto à prevenção de agravos à saúde quanto à detecção precoce de doenças em potencial ou já instaladas, capazes de pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos. Ao primeiro grupo de ações, denomina-se prevenção primária, a qual baseia-se amplamente no uso de vacinas na prevenção do tétano, da gripe por vírus Influenza e pneumonia pneumocócica. A prática de imunizações direcionada à terceira idade é recente e ainda limitada, mas tem todo o potencial de se expandir, abrangendo parcela cada vez maior da população idosa. O

segundo grupo de ações denomina-se prevenção secundária, sendo representado por ações direcionadas à detecção precoce da hipertensão arterial, osteoporose, diabetes mellitus, hipotireoidismo subclínico, deficiências nutricionais, danos proprioceptivos, auditivos e visuais, perdas dentárias e afecções orais, entre outros. A incorporação de agentes de saúde ou visitantes às equipes de saúde facilitaria a operacionalização dessas medidas.

A assistência das necessidades de saúde do idoso deve se dar em nível ambulatorial, hospitalar e domiciliar. A base da assistência ambulatorial é a consulta com um médico geriatra, cuja disseminação visa à redução nas taxas de internação hospitalar ou em clínicas de apoio. As ações em nível hospitalar têm o objetivo de propiciar ao idoso atendimento digno durante as internações. Nesse ponto, o parâmetro mais confiável para se estabelecer critérios de prioridade é a capacidade funcional, pois idosos totalmente dependentes estão mais sujeitos a internações prolongadas e sucessivas, tendo pior prognóstico. As equipes multidisciplinares deverão contar com a presença de um geriatra. O nível domiciliar é reservado aos idosos com graves problemas de saúde, demandando recuperação prolongada, por vezes indefinidamente. As ações nesse nível visam à diminuição nos gastos com as internações, pois a assistência domiciliar tem custos bem menores que a hospitalar. Além disso, deve-se estimular a criação de hospitais-dia.

A reabilitação da capacidade funcional comprometida visa à recuperação de perdas funcionais ainda incipientes e amenização de limitações já instaladas. Também requer um trabalho em equipe multidisciplinar e o apoio dos cuidadores dos idosos como agentes facilitadores na observação de novas limitações e no auxílio ao tratamento prescrito.

A capacitação de recursos humanos especializados demanda ação intersetorial articulada de forma que o setor saúde possa dispor de pessoal em quantidade e qualidade adequadas. Essa capacitação terá lugar a partir da criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia em um trabalho articulado com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior.

O apoio ao desenvolvimento de cuidados informais significa a busca de uma parceria entre os profissionais de saúde e as pessoas próximas aos idosos, visando a promover a melhoria da capacidade funcional dos indivíduos em processo de dependência. Na cultura brasileira, os cuidadores, quase sempre mulheres, costumam residir na mesma casa que os idosos e prestam auxílio em suas atividades de vida diária. A fim de que esse cuidado se faça adequadamente, os cuidadores deverão receber orientações por parte dos especialistas, possibilitando a sistematização de tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, privilegiando-se aquelas relacionadas à promoção de saúde, à prevenção de

incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e de seu cuidador, evitando hospitalizações, asilamentos e outras formas de segregação.

Por fim, o apoio a estudos e pesquisas é atribuição dos Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia, responsáveis pela criação de linhas de pesquisa, as quais deverão concentrar-se no perfil do idoso nas diferentes regiões do país, prevalência dos distúrbios de saúde, avaliação e melhoria da capacidade funcional, prevenção de agravos à saúde, estudos de hospitalização e alternativas ao modelo hospitalar, bem como à avaliação e acompanhamento das intervenções implementadas (GORDILHO *et al.*, 2000).

A construção da cidadania do idoso foi um processo demorado. Com a evolução das políticas sociais, seu reconhecimento começou a partir de 1974, com a aquisição da Renda Mensal Vitalícia. As maiores conquistas vieram a partir da Constituição de 1988, a primeira a contemplá-lo como cidadão, e posteriormente, em 1994, a consolidação de uma política mais extensa para esse grupo, a Política Nacional do Idoso, abrangendo o Serviço de Atenção à Saúde do Idoso. A análise das políticas de saúde para o idoso demonstra as dificuldades em serem implementadas as ações previstas (SÁ, 1997).

As especificidades do crescimento da população idosa no Brasil, carência de recursos e grande contingente de indivíduos jovens, ao contrário da situação dos países desenvolvidos, fazem com que as soluções empregadas nesses países sejam de pouca valia para o dimensionamento de nossos problemas. O principal objetivo das medidas preventivas não é reduzir as taxas de mortalidade, mas melhorar a saúde de modo a que tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas, visando sempre a uma melhor qualidade de vida dos indivíduos idosos ou envelhecendo. Ao Estado, interessa que as pessoas conservem-se saudáveis até a velhice avançada porque o contrário disso pode significar um ônus que ele não está preparado para enfrentar (VERAS e CAMARGO, 1995; NERI e FREIRE, 2000).

Pensar na visibilidade alcançada pela velhice nos últimos anos é observar um duplo movimento a acompanhar sua transformação em preocupação social. Observa-se uma socialização progressiva da velhice à medida que ela vem sendo alvo de políticas públicas visando à promoção do bem-estar do idoso. A Política Nacional de Assistência ao Idoso e suas diretrizes bastante abrangentes denotam, portanto, uma tomada de consciência por parte do governo de seu papel na atenção à saúde dos idosos (DEBERT, 1999b).

O envelhecimento não é preocupação apenas dos profissionais da saúde e dos formuladores de políticas públicas. Também as Ciências Sociais abrangem a velhice em seu campo de saber. Nas duas teorias mais antigas da Gerontologia Social, a “teoria da

atividade” e a “teoria do desengajamento”, a velhice é definida como um momento de perda de papéis sociais. Ambas pretendem avaliar o ajustamento pessoal a essa nova situação medindo o grau de conformidade e o nível de atividade dos indivíduos, mas diferem na interpretação dos dados. A primeira considera mais felizes os idosos que se mantêm ativos, por haverem encontrado atividades compensatórias, e a segunda, por sua vez, considera como melhor adaptados aqueles que passaram por um desengajamento voluntário das atividades que desempenhavam, a chave para uma velhice bem sucedida (DEBERT, 1988).

O debate atual na Gerontologia se faz em torno de duas concepções antagônicas e diametralmente opostas na compreensão do envelhecimento. Uma delas baseia-se na situação de pobreza e abandono do idoso por parte da família e do Estado, responsáveis por arcar com seus cuidados. A crítica a esse modelo está em alimentar o estereótipo do idoso enquanto indivíduo passivo e dependente, caracterizando um período de retraimento frente ao adoecimento e à pauperização. O idoso seria um ser doente e isolado, em situação de dependência e passividade, legitimando as políticas públicas a ele dirigidas. A segunda concepção apresenta o idoso como indivíduo ativo, capaz de dar respostas originais aos desafios do cotidiano, contrapondo-se ao estereótipo de velhice. A manutenção da atividade física, cultural e emocional viria a negar a influência da idade, criando uma espécie de “idosos jovens”. Enquanto o primeiro modelo confirma os estereótipos, este se contrapõe a eles, chegando mesmo a criar um novo e acabando por engrossar os discursos dos interessados em fazer do idoso um novo mercado consumidor, prometendo que o envelhecimento pode ser bastante adiado mediante a adoção de hábitos de consumo e estilos de vida adequados. Esse processo é denominado “reprivatização da velhice”, pelo qual a velhice é transformada em responsabilidade unicamente individual, deixando, dessa forma, de fazer parte das preocupações sociais (DEBERT, 1999a e 1999b).

Frente ao Estado e à sociedade, que não podem mais ignorá-lo, o idoso tornou-se ator na cena social e política, redefinindo imagens estereotipadas onde a velhice aparece associada à morte, viuvez, doença, entre outras, enfatizando-a como condição desfavorecida ou indesejada. Muitos deles agem como “não-velhos”, praticando esportes, divertindo-se e manifestando vitalidade e alegria, valores identificados com a juventude, simbolizando a superação das limitações impostas pela idade. Ao serem apresentados como exemplo de vitória contra o tempo, esses idosos enfatizam a responsabilidade do indivíduo para com seu próprio envelhecer (LIMA, 2001).

A biomedicalização do envelhecimento enfatizou o indivíduo como unidade básica de análise, reduzindo todo o processo a um “problema” biomédico de bases orgânicas, teciduais, celulares ou moleculares, conforme o nível analisado, influenciando não apenas a abordagem do cuidado e tratamento dos idosos como também a percepção da população, as políticas públicas, o debate acadêmico e as prioridades no financiamento de pesquisas (ESTES e BINNEY, 1989). Seria o paradigma do “declínio e perda” o responsável por fazer da Gerontologia uma ciência de se construir gráficos de traçado descendente. Tanto a teoria do desengajamento quanto a da atividade aceitam as perdas sociais como fenômenos objetivos relacionados ao envelhecimento, fatos consumados contra os quais nada pode ser feito, em lugar de meros artefatos. Apesar de se observarem declínios em diversas funções fisiológicas, eles muitas vezes carecem de consequência funcional no dia-a-dia comum do idoso. Ainda não está estabelecido se a incapacidade deve ou não ser considerada como concomitante ao processo de envelhecimento. Nesse ponto, três teorias surgem para dar conta desse debate (BORTZ, 1982; MINKLER, 1994).

A “teoria pandêmica da doença crônica” baseia-se no fato de 23% dos idosos e 50% dos idosos muito velhos terem dificuldade em realizar atividades da vida diária. A população de idosos estaria não só crescendo em tamanho mas também ficando cada vez mais velha nas próximas décadas, pois a proporção de indivíduos que conseguem atingir idades mais avançadas não pára de crescer. Aumenta assim o número de pessoas vulneráveis a limitações funcionais como fraturas de quadril ou doenças como Alzheimer, mais freqüentes em idades avançadas. Sabe-se que 15% das pessoas com mais de 80 anos podem sofrer de doença de Alzheimer ou outra forma de demência. Com a taxa de mortalidade dos muito velhos caindo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária, o impacto potencial da demência deve aumentar bastante. Por essa teoria, a taxa de mortalidade fica maior à medida que a expectativa de vida aumenta. Logo, veríamos nas próximas décadas uma demanda por serviços cada vez maior (SCHNEIDER e BRODY, 1983; MINKLER, 1994).

Uma alternativa mais otimista é representada pela “teoria da compressão da morbidade”. Essa teoria remete ao fato de haver cada vez mais pessoas atingindo idades de 85 anos ou mais, sem acompanharem-se do fardo representado pelas doenças crônicas e pela incapacidade progressiva. O período freqüentemente longo de incapacidade antes da morte seria uma aberração histórica. No início do século XX, a expectativa de vida era abaixo de 50 anos e a maioria das pessoas morria de doenças agudas, sendo relativamente raros os que sobreviviam para ficarem incapacitados no leito por longos anos. Com o

advento de um estilo de vida mais saudável, incluindo melhor alimentação e exercícios físicos, a incapacidade seria comprimida. Isso é demonstrado pela redução de um terço nas mortes por doenças cardiovasculares nos Estados Unidos entre 1960 e 1980, sendo relacionada à diminuição proporcional no consumo de tabaco e gorduras saturadas no período analisado, refletindo um melhor estilo de vida daquela população. Dessa forma, o indivíduo apenas adoeceria próximo ao momento de sua morte (FRIES, 1980 e 1984).

Em outras palavras, a promoção do envelhecimento saudável compreenderia o desenvolvimento de ações para orientar os idosos quanto à importância da melhoria de sua capacidade funcional mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis e eliminação de comportamentos nocivos à saúde. Dentre os hábitos saudáveis a serem incentivados, encontram-se alimentação equilibrada, prática regular de exercícios físicos, convivência estimulante, atividades ocupacionais prazerosas e mecanismos de atenuação de estresse. Já quanto aos hábitos a serem desestimulados, o tabagismo, o alcoolismo e a automedicação são os mais importantes.

Entretanto, a abordagem proposta pela teoria da compressão da morbidade peca por remover os indivíduos de seu contexto ambiental ao assumir ser muito fácil modificar padrões de comportamento, sendo preciso apenas educação e algumas intervenções relacionadas para que as pessoas mudem seus hábitos considerados de risco. Desse modo, os indivíduos que se recusassem a seguir as recomendações propostas, seja por falta de meios ou de disposição para tanto, seriam considerados culpados por seu próprio envelhecimento mal sucedido. Essa teoria falha de igual modo por ver o processo de envelhecimento apenas como um problema de doenças associadas a serem conquistadas, ao invés de realidades socialmente construídas a serem transformadas. A teoria também não leva em consideração o impacto da co-morbidade, a presença concomitante de duas ou mais condições clínicas em um mesmo indivíduo, a qual encontra-se cada vez mais prevalente entre os idosos. Por fim, mesmo se os hábitos que promovem a longevidade fossem adotados em massa nesse momento, levaria cerca de meio século para que os efeitos acumulados de comportamentos anteriores fossem removidos da população (OUSLANDER e BECK, 1982; ROWE, 1985; ESTES e BINNEY, 1989; SEEMAN *et al.*, 1989; SOLDÓ e AGREE, 1988)

O meio termo entre essas duas teorias é representado pela “teoria do equilíbrio dinâmico”, pela qual argumenta-se que à medida que a expectativa de vida aumenta, haveria uma redução na gravidade e progressão das incapacidades. Apesar de as pessoas viverem mais e passarem mais tempo em estado de incapacidade ou doença, a taxa de

progressão das mesmas também será mais lenta. Observações de grandes estudos longitudinais em comunidades selecionadas parecem confirmar essa teoria. A correlação imperfeita entre aumento de expectativa de vida e redução da morbidade resulta em algum aumento no tempo de incapacidade ou doença, porém consideravelmente menor que o proposto pela teoria pandêmica da doença crônica. Futuramente haverá, ao mesmo tempo, uma grande população de idosos cronicamente doentes ou incapacitados ao lado de um grande número de idosos saudáveis vivendo com um mínimo de comprometimento funcional (MINKLER, 1994).

Os múltiplos aspectos do processo de envelhecimento e da velhice justificam a noção de que o estudo da saúde transcende os limites puramente biológicos e que, no controle das doenças, o objetivo maior é a melhora na qualidade de vida do indivíduo. Especialmente em uma fase do ciclo vital tão singular como a velhice, onde a capacidade funcional costuma apresentar algum grau de comprometimento e cuja manutenção ou melhoria é o objetivo principal do trabalho com essa população. Sua situação particular não tem sido observada com a devida atenção pelas instâncias governamentais responsáveis pela elaboração das políticas públicas direcionadas à promoção do envelhecimento saudável, principalmente naqueles portadores de transtornos mentais (PAPALÉO NETTO, 2002).

4.4. Velhice e Saúde Mental

A trajetória do campo da saúde mental vem produzindo uma nova ordem e seleção dos saberes pertinentes à substituição da idéia de doença mental pela de saúde mental e à compreensão de seus fatores causais, relacionando áreas de conhecimento tradicionalmente envolvidas na investigação da dimensão sócio-cultural, como a Sociologia, as Ciências Políticas e a Antropologia, com outras voltadas para a esfera psicológica e individual, quais sejam a Psiquiatria, a Psicanálise e a Psicologia (VENÂNCIO, 2002). Os progressos nas ciências biológicas e comportamentais aprimoraram nossa compreensão das interações entre saúde mental, física e social e a saúde mental passou a ser tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Até porque os transtornos mentais representam cinco das dez maiores causas de invalidez no mundo: transtornos afetivos (a primeira), retardo mental (a quarta), epilepsia (a sexta), demência (a sétima) e a esquizofrenia (a nona) (MURRAY e LOPEZ apud MACEDO, 2002).

No Brasil, a construção da saúde mental como campo de conhecimento data de meados da década de 1970, com o surgimento dos primeiros movimentos sociais de profissionais da área diante das péssimas condições da maioria dos hospitais psiquiátricos. A crise da DINSAM em 1978 é considerada como o marco inicial da Reforma Psiquiátrica em nosso país. A partir da metade da década de 1980, as ações em saúde mental passaram a incluir a criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, pautados no atendimento por equipe interdisciplinar, além de redução no número de leitos manicomiais e criação de alternativas na comunidade, como os centros de atenção diária ou CAPs. (DELGADO, 2002).

Essas mudanças refletem um processo iniciado na década de 1950 nos países desenvolvidos, denominado “desinstitucionalização da assistência psiquiátrica”, um movimento em prol da diminuição das internações e tratamento dos pacientes na comunidade. Após a Segunda Guerra Mundial, a partir da maior tolerância para com as diferenças e minorias conseqüente ao grande desenvolvimento dos direitos humanos e liberdades civis, começaram as críticas quanto à eficácia do asilo enquanto proposta terapêutica, devido às condições subumanas dos hospitais psiquiátricos. A descoberta dos neurolépticos, o argumento do baixo custo da assistência feita na comunidade e a difusão da Psicanálise contribuíram para o surgimento de diversos movimentos em todo o mundo visando à modificação da assistência psiquiátrica e a desinstitucionalização do louco, como a Anti-Psiquiatria de Laing e a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia (HAFNER e HEIDEN, 1989; CAVALCANTI, 1992; DESVIAT, 1999).

A OMS adotou o ano 2001 como sendo o Ano Internacional da Saúde Mental, com o objetivo de despertar a população para a magnitude do problema e contrapor o otimismo resultante da eficiência dos tratamentos disponíveis. O Brasil tem sido um dos países que mais visivelmente aderiu à convocatória da OMS, tendo escolhido o Dia Internacional de Saúde Mental para promulgar a Lei nº 10.216, oriunda do projeto do deputado Paulo Delgado, a qual estabelece os parâmetros para a Reforma Psiquiátrica. Ela é fruto de um movimento iniciado no Brasil há pouco mais de dez anos, tempo ainda insuficiente para desconstruir um poderoso aparato hospitalocêntrico e tutelar que atingiu seu apogeu durante a ditadura militar, quando o Brasil chegou a ter cerca de 120 mil leitos psiquiátricos convencionais. Até 1991, havia no Brasil 86 mil leitos em 313 hospitais, nos quais mais de 30 mil pessoas haviam perdido seus vínculos familiares. Destas, apenas 10% tinham indicação formal de internação, confirmando o papel principal do asilo como local de refúgio para os necessitados. Por outro lado, a lei está quase quarenta anos atrasada em

relação a outros países, contabilizando não somente a apresentação do projeto como os doze anos de tramitação até ser sancionado em 6 de abril de 2001 (BRASIL, MS, 1994; MARTINS apud DESVIAT, 1999; GOLDENSTEIN, 2001; DELGADO, 2002).

A importância da lei Paulo Delgado baseia-se em quatro pontos. Detém a expansão dos leitos manicomiais financiados por verbas públicas, redireciona os recursos humanos e financeiros para dispositivos assistenciais não manicomiais, promove o apoio social aos pacientes com recursos do SUS e torna obrigatória a comunicação oficial de internações feitas contra a vontade do paciente. Apresenta, entretanto, alguns pontos fracos. Não institui um modelo terapêutico, não desaparece com as internações, deixa intactas questões importantes, como a garantia dos direitos dos milhares de brasileiros em internações de longa permanência ou a reformulação dos currículos universitários e tampouco advoga a ressocialização compulsória da população asilar. Apenas põe uma pedra no processo de reprodução do sistema, abrindo espaço para experiências mais bem sucedidas, e oferece, pela primeira vez, um instrumento legal de defesa dos direitos civis dos pacientes. A empreitada da Reforma é um desafio complexo, especialmente em um país onde a inclusão não tem sido a marca dominante das políticas públicas (BEZERRA Jr., 1992a; DELGADO, 2002).

Ao propor a extinção dos asilos mas não a das internações, a lei não esclarece o destino dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Nesse ponto, é preciso recordar a experiência de outros países que nos precederam na Reforma Psiquiátrica. Nos Estados Unidos, o processo de desinstitucionalização acabou por levar milhares de doentes mentais para as ruas. A reforma foi feita sem o planejamento adequado e sem suporte de tratamento comunitário ou hospitalar para os poucos casos onde a internação era necessária. Não houve um número adequado de serviços residenciais supervisionados e nem um sistema de seguimento bem estruturado (CAVALCANTI *et al.*, 2001).

Os doentes crônicos sofreram com a ingenuidade dos profissionais, os quais, superestimando os malefícios das internações longas nos hospitais estatais, não perceberam a importância do papel social que elas cumpriam para os doentes ao lhes fornecerem alimentação, moradia e um meio de vida. Supôs-se que, com a reforma, a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício. Ao contrário, surgiu uma nova população de crônicos²⁰. A grande maioria dos chamados “novos crônicos” é composta de adultos

²⁰ Um paciente com transtorno mental crônico padece de uma doença cujo curso se prolonga no tempo e afeta sua qualidade de vida, limitando suas capacidades e acabando por torná-lo dependente de atendimento sanitário e social (DESVIAT, 1999).

jovens, a primeira geração de pacientes que não conheceu a institucionalização. Com as portas dos asilos fechadas para internações de longa permanência, vão se acumulando em hospitais de curta permanência, ambulatorios, CAPs e demais serviços existentes destinados à sua assistência. As doenças mentais são o expoente máximo de um modelo de assistência custodial. As novas instituições não aboliram a cronicidade, apenas o asilo. Terminaram por produzir uma nova cronicidade, a das estruturas alternativas ou comunitárias (DESVIAT, 1999; CAVALCANTI *et al.*, 2001).

A desinstitucionalização baseada na simples extinção da internação psiquiátrica não melhora a questão do adoecer psíquico. Se as instituições acentuam a tendência para a cronificação, a ausência de assistência alternativa não oferece melhores resultados (GOLDENSTEIN, 2001). Não se trata apenas de criar uma rede de serviços cuidados e acomodações na comunidade e sim uma preparação adequada dos pacientes, dispendiosa e longa, que lhes permita viver fora do asilo. O principal ponto é a busca de alternativas para o manicômio. Ou se pretende sua transformação em espaço terapêutico, como é o caso da psicoterapia institucional francesa, ou se propõe seu fechamento como pré-condição da reforma, como na Psiquiatria Democrática Italiana ou na desinstitucionalização nos EUA. (DESVIAT, 1999).

Os três malefícios que afetam os indivíduos nos hospitais psiquiátricos são a inatividade, o ambiente desfavorável e o preconceito do próprio doente em relação à sua responsabilidade. O paciente pode e deve ter responsabilidades, havendo uma parte sã com a qual podemos contar, além do fato de muitos dos sintomas psíquicos serem meros reflexos do ambiente onde ele se encontra. Para a psicoterapia institucional, os sintomas melhoram com uma terapêutica mais ativa e uma modificação no meio hospitalar, o qual pode ser um ambiente terapêutico a partir da colaboração de toda a equipe, em uma transformação do asilo psiquiátrico feita de dentro para fora. Uma instituição psiquiátrica, desde que adquira uma disposição capaz de acolher e escutar o indivíduo dotado de uma organização psíquica particular, pode ser um local legítimo de tratamento e tecido de vida para determinados sujeitos (VERTZMAN, CAVALCANTI e SERPA Jr., 1992).

Quando planejada dentro de um sistema de saúde mental dotado de recursos adequados na comunidade, a desinstitucionalização mostra-se com bastante efetividade clínica. A experiência australiana nesse aspecto tem demonstrado resultados bastante favoráveis. Iniciada na década de 1960, a reforma devolveu à comunidade 82% da população institucionalizada naquele país. Experiências mais recentes demonstram que pacientes desinstitucionalizados apresentam significativa melhora em sua qualidade de

vida, permanecendo estáveis por mais tempo e com menos medicação, desde que apoiados por um eficiente sistema de apoio comunitário, demonstrando que essa forma de tratamento, duas vezes mais barata que o cuidado hospitalar, pode ter bastante êxito mediante planejamento adequado (LAPSLEY *et al.*, 2000; HOBBS *et al.*, 2000 e 2002).

O modelo psiquiátrico tradicional, organicista e centrado na figura do médico, já não tem a hegemonia absoluta, cedendo lugar a novas formas de abordagem conhecidas como alternativas. Freud subverte a noção tradicional da loucura ao afirmar que o delírio é uma forma de dar sentido a uma experiência psíquica. Não há o que ser corrigido ou abolido, e sim o que ser escutado, recuperado, construído. Com Pinel, pensamos que todos os loucos fossem iguais. Aquele que perdesse a razão deveria ser ajudado a recuperá-la. Com Freud, aprendemos a ver que somos todos diferentes e o tratamento não pressupõe abolir a diferença, mas mitigar o sofrimento dela decorrente (CORBISIER, 1992). O papel da saúde mental é proporcionar às pessoas com transtornos mentais a possibilidade de lidar melhor com doenças físicas e a dor, minimizar as perdas funcionais e estimular a manutenção de vínculos e relacionamentos com outras pessoas. Em suma, aumentar o interesse pelo mundo exterior em todos os aspectos (AMENDOEIRA, 2000).

4.5. Vivendo as Mudanças

O campo da saúde mental pressupõe uma relação inegável entre discursos e práticas de modo que não apenas os primeiros ajudem na formulação das segundas, mas também as práticas possam ser levadas a efeito de modo a produzir conhecimento. Tal produção só é frutífera, entretanto, se articulada às práticas sociais que dele necessitam.

Na saúde mental, a articulação entre discurso e prática se faz ainda mais necessária, frente à constatação de que, até os dias atuais, as mais variadas políticas públicas e os planejamentos diversos na área da assistência psiquiátrica pouco conhecimento conseguiram construir sobre a população real a que se propõem a atender. Quem são essas pessoas acometidas por transtornos mentais? Que relação estabelecem com espaços de estruturação social importantes como a família, o trabalho e a própria instituição que os acolhe? Como essa clientela lida com o sistema de saúde que lhe é ofertado, e os recursos terapêuticos disponibilizados nesse sistema? O que esperam desse sistema? Essas questões ainda precisam ser largamente estudadas, principalmente no momento em que os pacientes institucionalizados com transtornos mentais encontram-se envelhecendo e necessitam de

programas qualificados que lhes garantam a qualidade de vida a que têm direito em sua velhice.

A melhor forma de se conseguir as respostas a essas questões é entrevistando diretamente os próprios sujeitos da pesquisa, os pacientes institucionalizados em hospitais psiquiátricos. No entanto, isso raramente vem sendo feito. A idéia de levar a cabo semelhante trabalho em uma instituição psiquiátrica não deixa de causar estranheza. Pessoas portadoras de transtornos mentais graves são difíceis de serem entrevistadas, não somente devido à presença de sintomas e capacidade verbal por vezes ruim mas principalmente por seu estado de “desligamento”, comum nos pacientes crônicos (NEWTON *et al.*, 2000). Apesar dos avanços na Reforma Psiquiátrica, a fala dos indivíduos portadores de transtornos mentais ainda não alcançou posição de destaque, prevalecendo a concepção de que esses pacientes, por estarem desprovidos da razão, são incapazes de objetivar seu sofrimento. O ponto de vista dos supostos interessados não costuma ser levado em consideração.

No entanto, o mundo da vida é um mundo de linguagem. Por meio dela é que se torna possível dar coerência e sentido às experiências vivenciadas. As narrativas dirigidas aos outros acerca de experiências pessoais permitem que estas sejam intersubjetivamente validadas, pois os outros com quem se compartilha o mundo sustentam o senso de realidade. Nesse aspecto, a visão da instituição adquire novas nuances, bem como a imagem de seus habitantes. São doentes mas não são todos iguais. Cada um deles é dotado de uma singularidade difícil de ser apreendida em questionários fechados e metodologia quantitativa. Sabe-se que o papel do hospital psiquiátrico enquanto espaço de contenção predomina sobre o terapêutico. No entanto, a presença de rituais sociais dentro da instituição, juntamente com a permanência de alguns hábitos similares aos de fora, garante ao hospital e ao paciente uma parcela de normalidade perfeitamente passível de ser abordada mediante o contato direto com ambos. A abordagem direta possibilita o acesso mais eficaz para a compreensão da complexa vida interna dessas pessoas e de sua percepção de envelhecimento enquanto usuários de uma instituição psiquiátrica em internação de longa permanência (PINTO, 1995; SOUZA, 1999b).

Os relatos dos idosos institucionalizados são de grande valia para compreender a vida na instituição conforme é apreendida e experimentada, além da descrição do espaço físico, das atividades e das normas e rotinas de controle a que estão submetidos. A narração de histórias por parte do paciente envolve uma troca momentânea no alinhamento social da consulta, criando uma relação na qual o paciente assume a liderança e o

pesquisador se torna o interlocutor atento. Frente a uma psiquiatria que não raro se restringe ao confinamento e à medicalização, a análise do discurso vem recolocar a importância tanto da fala do paciente como do tempo necessário para realmente ouvi-la (CLARK e MISHLER, 2001; PASSOS, 2001).

O discurso é uma ação de co-construção social, onde os participantes constroem a si mesmos, um ao outro e o mundo ao seu redor. Não há discurso que ocorra em um vácuo social, pois constitui um processo de articulação e desarticulação de outros discursos, considerados verdadeiros ou falsos (DEBERT, 1988). A análise do discurso reflete as circunstâncias históricas, culturais e institucionais onde ele tem lugar e sua construção está vinculada à das identidades sociais, pois todos somos pessoas cujos corpos estão situados na história social, onde o discurso é mediado pela visão que têm de si mesmos e a de outros. Essa visão da linguagem e de seu papel na construção de identidades sociais é fundamental para quem deseja fazer pesquisa em instituições, cujo poder atravessa toda a vida social em seu interior. Analisar discursos sem considerar as influências sócio-culturais do meio é dar as costas às marcas sócio-históricas que nos fazem ser quem somos (LOPES, 2001). Nesse ponto, é fundamental estabelecer comentários acerca da memória e seus processos, cuja compreensão precede qualquer abordagem ao mundo das reminiscências das pessoas que se pretende entrevistar.

4.6. Lembrando Para Contar

A memória caracteriza-se por ser fundamentalmente uma atividade humana, tratando-se de uma função mental superior de um mecanismo de recordar, armazenar e reelaborar histórias do passado. É a conservação do passado sobrevivendo em si mesmo em estado inconsciente ou evocado pelo presente sob a forma de lembrança (BOSI, 1994).

A atividade da memória se estende além dos limites da cognição, interagindo com outras funções superiores. A memória compõe a inteligência, a personalidade, a integridade de nossas células e nossa evolução. Nela residem os elos de nossa construção pessoal impregnados de afeto, dando sentido a nossas vidas. A ineficácia da memória representa a quebra da identidade pessoal do indivíduo e a incapacidade de interagir com o meio ou de gerir sua própria vida (GUERREIRO, RODRIGUES e MARTINS, 1997).

A natureza da memória sempre despertou diversas interpretações. Segundo o clássico de Henri Bergson “Matéria e Memória”, publicado pela primeira vez em 1896, há duas formas de memória teoricamente independentes, a imagem-hábito (eu superficial) e a

memória-lembrança (eu profundo). Dessas duas memórias, das quais uma imagina e outra repete, a segunda pode substituir a primeira. Para Bergson, o presente se manifesta por movimentos que definem ações e reações do corpo sobre seu ambiente, daí o nexo entre imagem do corpo e ação. Ele opõe o universo das lembranças ao das percepções e idéias. O passado, desse modo, sobrevive sob duas formas distintas, em mecanismos motores (Imagem-Cérebro-Ação) e em lembranças independentes. No estudo de Bergson, contrapõem-se a subjetividade pura (o espírito) e a exterioridade absoluta (a matéria). A primeira filia-se à memória e a segunda, à percepção (BOSI, 1994).

A memória permite a relação do corpo presente com o passado, interferindo no processo das representações. Aos dados atuais captados por nossos sentidos, misturamos pormenores de nossa existência passada. A memória tem a função prática de limitar o leque de escolhas possíveis, levando o sujeito a escolher ações que deram certo anteriormente. Dessa forma, o passado conserva-se e influencia o presente. A conservação se faz independentemente do espírito, sob a forma de lembranças em estado latente, as quais preservam-se no inconsciente e afloram a partir de uma percepção atual sob a forma de lembranças e imagens, deslocando as percepções imediatas e ocupando o espaço da consciência. Assim, a memória seria um sistema, tendo, como processo, um mecanismo interno que parte de uma imagem qualquer e, mediante associações de similaridade ou continuidade, vai tocando outras imagens as quais se mesclam à primeira (BOSI, 1994).

Por outro lado, Maurice Halbwachs, em suas obras “Os Quadros Sociais da Memória” e “Memória Coletiva” (1968 apud ECKERT, 2000) afirma a importância do contexto histórico, político e social, que influencia e altera os fenômenos psíquicos como a percepção, a consciência e a memória. Ele redimensiona Bergson ao estudar os quadros sociais da memória, admitindo, assim, uma relação dialética entre sujeitos e objetos da lembrança. A memória se constitui a partir de experiências do sujeito no mundo e em seu meio social. O que é reconstruído no presente são partes significativas do passado cujas indicações encontram-se na sociedade. Para Halbwachs, a memória é uma construção social e o passado não está conservado independentemente da memória. Não é possível lembrar o passado sem perceber similaridades com o presente que suscitou sua lembrança. Lembrar não é simplesmente reviver algo preservado mas refazer, reconstruir, repensar com imagens e idéias de hoje as experiências do passado. A lembrança corresponde à imagem construída pelos materiais que estão agora à nossa disposição no conjunto de representações que povoam nossa consciência atual (BOSI, 1994; ECKERT, 2000).

Halbwachs considera cada memória individual um ponto de vista sobre a memória coletiva, amarrando, assim, a memória da pessoa à do grupo e esta, à da tradição e de toda a sociedade. Quando um grupo trabalha intensamente em conjunto, há a tendência de se criar esquemas coerentes de narração e interpretação dos fatos, “universos de discurso e de significado”, que dão ao material uma versão consagrada dos acontecimentos. O ponto de vista do grupo constrói e fixa sua imagem para a história. O outro extremo é a ausência de elaboração grupal em torno dos acontecimentos, cujo efeito é o esquecimento de tudo o que não for significativo para o grupo no momento da percepção. Desse modo, o que não foi testemunhado, perde-se. Quando o sujeito evoca esses fatos, portanto, não conta com o reforço dos outros e é como se estivesse imaginando. A memória do grupo é resgatada a partir de acontecimentos vividos e rememorações cotidianamente construídas na dinâmica da vida através da linguagem, pela qual se comunica o pensamento (BOSI, 1994; ECKERT, 2000).

As noções de tempo e espaço relacionam-se enquanto estruturantes dos quadros sociais da memória, fundamentais na rememoração do passado na medida em que as localizações espaciais e temporais das lembranças são a própria essência da memória. As pressões do meio podem modelar o passado e recompor a biografia individual ou grupal segundo valores ideológicos. A memória depende da linguagem pela qual o passado é reconstruído e do relacionamento com instituições sociais, família, escola, trabalho, entre outras. A lembrança do passado não é um ato individual de recordar mas o resultado de laços de solidariedade (ECKERT, 2000).

O passado sofre desfiguração ao ser remanejado pelas idéias e ideais dos velhos que o evocam. Para Halbwachs, a evocação do velho não se assemelha à do adulto. O adulto ativo não se ocupa longamente do passado. Quando o faz, é reflexo de um desejo de evasão e relaxamento. Memória é contemplação e fuga. O velho, por sua vez, ao relembrar o passado, não está descansando e sim se ocupando atentamente da própria substância de sua vida. Esse é, inclusive, o papel que a sociedade normalmente lhe reserva. O de lembrar. E lembrar bem, pois representa a memória da família, do grupo e da sociedade (BOSI, 1994).

O estudo da memória é primordial no desvendamento das diferentes formas de os homens representarem sua existência. No novo contexto de tempo linear, abstrato, em que a duração é representada como medida regular, em função de intervalos artificiais, a memória se vê como atividade fundamentalmente pessoal. Com a desconstrução do homem no pensamento ocidental e o deslocamento de sua posição de centro do universo, a memória se torna valorizada em uma dimensão unificadora da consciência de um tempo

externo e estruturador dos acontecimentos do mundo, ao mesmo tempo em que o indivíduo cultiva sua própria memória. O papel da memória encontra-se diminuído, reduzido à condição instrumental, juntamente com a imaginação e a intuição. Portanto, tratar da memória que constrói o tempo diz respeito ao indivíduo, que se tornou um micro-universo absoluto e autônomo (ECKERT, 2000).

A passagem da memória social de uma dimensão de evocação (tradição oral) para a de registro de informação (dados armazenados em livros, filmes, computadores e arquivos) contribui para a perda do reconhecimento simbólico da velhice, pois o valor da experiência dos mais velhos diminui na mesma proporção em que a memória coletiva passa a se basear cada vez menos na evocação e transmissão de valores ancestrais. Daí o natural afastamento das gerações, em consequência dessas mudanças nos valores sociais e transformações tecnológicas que dificultam a comunicação entre jovens e velhos, com os conflitos decorrentes privando ambos do potencial de crescimento mútuo e engrandecimento proveniente das relações entre as gerações (BIRMAN, 1994; ASSIS, 1998).

CAPÍTULO V

O ESPAÇO INSTITUCIONAL: VIVER EM UMA INSTITUIÇÃO TOTAL

5.1. O Núcleo Rodrigues Caldas

O estudo foi realizado no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMASJM), no Pavilhão 7 do Núcleo Rodrigues Caldas. O referido núcleo apresenta a peculiaridade de ser o único do IMASJM que sempre foi aberto, ou seja, sem muros ou portões, facilitando assim a circulação e o contato dos pacientes com a comunidade que habita o interior e as imediações do instituto. Nunca contou com pavilhão de agitados, Por corresponder à sede da antiga fazenda, é o único cujas edificações datam de meados do século XIX, havendo entre elas as ruínas do aqueduto e a Igreja Nossa Senhora dos Remédios. Quem visita o núcleo pela primeira vez tem a nítida sensação de estar ainda em uma fazenda, por sua arquitetura e paisagem formada por grandes espaços ao ar livre, árvores, montanhas, áreas verdes, a presença de cavalos e cães em suas dependências e também pelo canto dos pássaros (Fig. 4). Por sua rua principal, passa grande parte do tráfego interno do IMASJM. Em seu centro, dominando a paisagem do núcleo, encontra-se o chafariz, construído no século XVIII e usado hoje como posto de vigilância (Fig. 5 e 6).

O Núcleo Rodrigues Caldas foi inaugurado em 1924, sendo o primeiro e mais antigo núcleo construído no IMASJM. Chegou a contar com 11 pavilhões em atividade, além de um pavilhão cozinha-refeitório (atual Lar de Pedra), lavanderia (Fig. 7), barbearia (Fig. 8), necrotério (o qual, por nunca haverem sido instaladas as câmaras frigoríficas, jamais funcionou), despensa, alfaiataria, rouparia, oficinas de carpintaria e ferraria (Fig. 9), garagem, salas de depósito de vime (para a praxiterapia), depósitos de ferramentas agrícolas, almoxarifado, olaria e até um cinema, sem contar as casas dos funcionários. Havia ainda espaços para a criação de animais, como estábulo, estrebaria com banheira carrapaticida, pocilga, biotério, coelheira e uma colméia (PEREZ, 1947). Em julho de 1980, sua capacidade era de 400 leitos distribuídos em seis pavilhões (CJM, 1980). Com o passar do tempo, chegou a ter apenas três em funcionamento, o 2, o 5 e o 7, além do 3 (Fig. 10), destinado a fins administrativos e permanecendo assim até o presente. Um deles, o de número 6, chegou a ser transformado em refeitório antes de ser completamente desativado e posteriormente reformado por completo, constituindo-se no mais recente pavilhão do núcleo, o Lar de Pedra, inaugurado em 11 de dezembro de 2002. O Pavilhão 1, ou Zaqueu

Esmeraldino, era destinado a pacientes mais abastados, sendo, por isso, denominado “Gaiola de Ouro”. Totalmente desativado, atualmente encontra-se em ruínas, muito embora conserve boa parte de seu esplendor original (Fig. 11 e 12). Por outro lado, outras edificações da mesma época, como o prédio onde funcionava a antiga copa e cozinha dos usuários e funcionários (Fig. 13), ainda se preservam, porém estão em mau estado de conservação. Quanto aos pavilhões 4, 8 (Fig. 14), 9 (Fig. 15) e 10 (Fig. 16), há muito foram desativados ou totalmente demolidos.

O Núcleo Rodrigues Caldas é um núcleo masculino, composto por uma clientela de 110 pacientes, sendo 106 homens e 4 mulheres, com idades entre 48 e 85 anos e média de 66 anos. A presença de um pequeno contingente de mulheres deve-se a uniões de longa data com internos, terminando por permanecerem lá mesmo após a morte de seus companheiros. Os usuários encontram-se divididos em quatro pavilhões: Pavilhão 2 (Fig. 17 e 18), com 35 internos, Pavilhão 5 (Fig. 19 e 20), com 19 internos, Pavilhão 7, com 31 internos, e o Lar de Pedra (Fig. 21 e 22), com 25 internos. Os pavilhões são construções de alvenaria, dispostas a uma distância de 100 a 500 metros umas das outras. Sua fachada é pintada de branco e azul, à exceção do Lar de Pedra, cujo revestimento é de placas de pedra.

O Pavilhão 2 congrega internos em enfermarias, tal como se dá no 5 e no 7, possuindo ainda uma área destinada aos usuários clinicamente mais comprometidos, os quais necessitam de maior atenção por parte da enfermagem. Este local é o Serviço de Observação Clínica, mais conhecido por sua sigla “SOC”. Já o Lar de Pedra destina-se à finalidade de lar de acolhimento para usuários com maior autonomia, recebendo internos oriundos de um outro pavilhão em fase de desativação, o Agrícola, e também dos outros pavilhões do núcleo. Sua arquitetura interna assemelha-se à de uma casa, com sala, banheiro, cozinha e lavanderia próprias e quartos duplos ou triplos.

A equipe atual do Núcleo Rodrigues Caldas é constituída por quatro médicos (dois psiquiatras e dois clínicos), uma chefe de enfermagem, uma supervisora de enfermagem, duas assistentes sociais, duas nutricionistas, sendo uma delas a diretora do núcleo, subordinada diretamente à direção do IMASJM, duas terapeutas ocupacionais, três cuidadoras e três psicólogas, uma delas atuando como coordenadora técnica. A equipe se reúne para discutir assuntos administrativos semanalmente. Para atender a este núcleo, conta-se ainda com seis agentes de portaria pertencentes a uma firma terceirizada, sete

auxiliares de manutenção, vários auxiliares de enfermagem e quatro auxiliares operacionais de serviços diversos (AOSD²¹).

Em cada pavilhão, um dos membros da equipe, normalmente a psicóloga, assume a função de técnico de referência. Como responsável imediato, cabem-lhe a intermediação e resolução dos problemas técnicos ou administrativos inerentes ao respectivo pavilhão, bem como de problemas pessoais eventuais dos pacientes. Além disso, o técnico de referência desenvolve atividades em grupo de caráter terapêutico, como, por exemplo, arteterapia, informação, tardes musicais, sessões de cinema, entre outras, nas quais o estado emocional e o comportamento dos pacientes são analisados, bem como sua capacidade de se integrar ao grupo. No caso do Pavilhão 7 do Núcleo Rodrigues Caldas, a técnica de referência é a autora deste trabalho.

Em relatório sobre o núcleo da década de 1980, acusava-se como um sério transtorno a existência de moradias dentro dos limites do núcleo, inclusive com a utilização indevida e até certo ponto coercitiva dos usuários, além de se constituírem freqüentemente em pontos de venda de bebida alcoólica e entorpecentes (CJM, 1980). A autora acredita que tais problemas tenham sido solucionados, pois embora ainda existam moradias nas imediações do núcleo, estas não são fonte de preocupação para a direção da unidade, tão pouco se tem conhecimento recente de incidentes desta natureza.



Fig. 4: Vista do aqueduto, Pavilhão 1 e oficinas. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976

²¹ Os AOSD são funcionários de vínculo federal ou municipal que carecem de função definida, sendo designados para desempenhar quaisquer tarefas, sejam administrativas ou relacionadas ao cuidado direto com os usuários.



Fig. 5: Vista do chafariz e vários pavilhões. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 6: Vista do chafariz. Fonte: Arquivo IMASJM, 2002



Fig. 7: Prédio onde funcionava a lavanderia. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 8: Prédio onde funcionava o banheiro e a barbearia dos usuários. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 9: Oficina de conserto de cama. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 10: Pavilhões 3 e 4. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 11: Pavilhão 1. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 12: Pavilhão 1. Fonte: Arquivo IMASJM, 2002



Fig. 13: Antiga copa e cozinha para usuários e funcionários. Fonte: Arquivo IMASJM, 2002



Fig. 14: Pavilhão 8. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 15: Pavilhão 9. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 16: Pavilhão 10. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 17: Pavilhão 2. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 18: Pavilhão 2. Fonte: Arquivo IMASJM, 2002



Fig. 19: Pavilhão 5. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 20: Pavilhão 5. Fonte: Arquivo IMASJM, 2002



Fig. 21: Pavilhão 6. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 22: Lar de Pedra. Fonte: Própria, 2002

5.2. O Pavilhão 7

O Pavilhão 7 (Fig. 23 e 24) guarda todas as características do Núcleo Rodrigues Caldas já citadas, sendo um pavilhão masculino e aberto. Sua estrutura é bastante simples, estando dividido em quatro grandes salas, duas delas servindo de dormitório, uma de refeitório e a outra de sala de atividades, por possuir duas mesas com seis cadeiras. Conta com um quarto duplo e cinco individuais, ocupados por internos, uma copa, o posto de enfermagem, uma sala para guardar material artístico, jogos e outros materiais e a sala do técnico de referência. O pavilhão necessita de reforma, pois principalmente em seu interior, a pintura é antiga e está descascada, havendo rachaduras nas paredes e no chão e goteiras em dias de chuva. Esporadicamente o bebedouro pára de funcionar ou ocorre o entupimento de algum ralo ou vaso sanitário. O banheiro é coletivo. Em um dos quartos, guarda-se uniformes e roupa de cama e em outro, o uniforme de inverno (calças e casacos). Ao lado de alguns leitos, há armários para a guarda de roupas ou objetos pessoais, os quais foram ou dados pela família ou comprados com a bolsa-incentivo tipo A. Quem não possui armário, guarda seus chinelos e outros objetos pessoais debaixo do colchão. A planta-baixa do Pavilhão 7 encontra-se no Anexo I.

Atualmente existem 31 internos lotados no Pavilhão 7, dentre os quais há apenas uma mulher. Os usuários são, em sua maioria, solteiros, apresentando baixa ou nenhuma escolaridade. A programação deste pavilhão engloba a realização de diversas atividades. Entre elas, pode-se citar os grupos de informação e de convivência, leitura de contos, oficina do corpo, estimulação cognitiva e arteterapia, havendo ainda incursões ao comércio próximo, raros passeios, reunião de equipe e a atenção à saúde e alimentação. Além das atividades citadas acima, existem diversos momentos onde os usuários envolvem-se em atividades conjuntas com usuários dos demais pavilhões do núcleo. A frequência nas atividades segue o interesse do interno.



Fig. 23: Pavilhão 7. Fonte: Arquivo IMASJM, 1976



Fig. 24: Pavilhão 7. Fonte: Própria, 2002

5.3. Aspectos Metodológicos

O presente estudo é uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica, onde foi utilizada a observação participante. Os dados foram coletados mediante entrevistas abertas, semi-estruturadas, com os usuários do IMASJM, contando, sempre que necessário, com análise de prontuários. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas no período de outubro de 2002 a fevereiro de 2003. Dentre os 31 usuários do Pavilhão 7, foram selecionados dezesseis que satisfizeram as duas condições básicas para tomarem parte da pesquisa: idade igual ou maior que 60 anos e capacidade de comunicação com a pesquisadora, esta imprescindível para possibilitar que fossem entrevistados. Os usuários selecionados encontram-se discriminados na tabela 1.

Tabela 1: Usuários entrevistados.

Usuários	Idade	Tempo de Institucionalização	Diagnóstico	Recebimento de Visitas
Paulo	60	33	Esquizofrenia Residual Demência não Especificada	Não
Moisés	68	50	Esquizofrenia Residual	Não
Tiago	70	42	Esquizofrenia Residual	Não
Abraão	77	32	Esquizofrenia Residual	Não
Vitor	65	25	Sem Diagnóstico Psiquiátrico	Sim
Adão	73	47	Esquizofrenia Residual	Sim
Pedro	64	33	Retardo Mental Grave	Não
Raquel	67	47	Epilepsia	Não
Isaías	67	38	Esquizofrenia Paranóide	Sim
João	72	54	Demência não Especificada	Sim
Davi	64	31	Esquizofrenia Residual	Não
Marcos	82	56	Esquizofrenia Residual	Sim
Lucas	66	39	Transtorno Depressivo História de Alcoolismo	Não
José	60	35	Uso abusivo de álcool	Não
Mateus	74	35	Esquizofrenia Residual	Sim
Josué	75	61	Esquizofrenia Paranóide	Não

Fonte: Própria

A tabela 2, por sua vez, refere-se aos usuários não selecionados, sendo apresentada abaixo.

Tabela 2: Usuários não entrevistados

Usuários	Idade	Tempo de Institucionalização	Diagnóstico	Recebimento de Visitas
Marcelo	65	31	Esquizofrenia Residual	Não
Caio	70	37	Esquizofrenia Paranóide	Não
Ivo	70	49	Transtorno Depressivo Leve	Não
Celso	62	34	Esquizofrenia Paranóide	Sim
Ari	76	33	Esquizofrenia Residual	Sim
Valter	75	40	Esquizofrenia Residual	Não
Heitor	69	33	Retardo Mental Leve	Não

Fonte: Própria.

A observação participante é um método de pesquisa de uso disseminado em Ciências Sociais. Consiste na coleta de dados a partir da participação do pesquisador na vida cotidiana do grupo ou organização que estuda, visando a observar seus membros e as situações com as quais se deparam normalmente de modo a registrar como se comportam diante delas. O pesquisador conversa com alguns ou todos os participantes e descobre as interpretações que têm a respeito dos acontecimentos que vivenciaram. O método costuma ser usado quando se está especialmente interessado em compreender um problema ou organização em particular (BECKER, 1999).

A pesquisa qualitativa é a que melhor se identifica com o reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos (MINAYO, 1994). A abordagem qualitativa vê o mundo pelos olhos dos atores sociais e dos significados por eles atribuídos aos objetos e ações sociais que desenvolvem. Não procura uma tradução do real, mas se preocupa com versões do mesmo, não as assumindo como produto final do trabalho do pesquisador. Através de entrevistas em profundidade e observação participante, as pessoas estudadas são observadas de diferentes maneiras ao longo do tempo, dificultando um comportamento fabricado no decorrer da pesquisa. Os dados de um trabalho qualitativo consistem em descrições detalhadas de situações com o fito de compreender os indivíduos em seus próprios termos (GOLDENBERG, 2001).

No campo da saúde mental e do envelhecimento, não se pode prescindir dos estudos qualitativos, pois se depara com emoções, sentimentos, pensamentos e vivências

possibilitando um grau elevado de subjetividade. Todo o conteúdo da vida mental, bem como os aspectos formais de que se reveste, não pode ser apreendido senão como qualidades (AMENDOEIRA, 2000). A pesquisa qualitativa visa a compreender a realidade, considerando-a como uma construção do ser humano e enfatizando o processo e os significados que os indivíduos atribuem aos fatos. Qualquer atividade científica de observação se faz acompanhar pela carga de valores, interesses, preferências e princípios que orientam o pesquisador. Seu olhar é, assim, indissociável do objeto estudado. A pesquisa qualitativa baseia-se em cinco tópicos (LUDKE e ANDRÉ apud PINTO, 1995):

- 1) As questões são estudadas em seu ambiente natural;
- 2) Todas as observações são relevantes para a compreensão da questão;
- 3) O dinamismo do processo que influencia os sujeitos da pesquisa é relevante;
- 4) Não há hipóteses prévias à entrada do pesquisador no campo;
- 5) Uma vez iniciada a observação, os significados atribuídos pelos participantes orientarão a formulação de hipóteses sobre a questão a ser trabalhada.

A pesquisa qualitativa etnográfica adquire cada vez mais importância. As metodologias quantitativa e qualitativa fazem perguntas diferentes, revelam visões de mundo distintas e a procura pela verdade somente tem sentido se feita no próprio universo pesquisado. Todas as metodologias têm a pessoa do autor como autoridade, mas a abordagem quantitativa transforma o mundo em objeto enquanto a abordagem qualitativa diferencia-se pelo envolvimento do autor, sem perda de objetividade. Através das interações diárias, o etnógrafo estabelece a confiança e entende os significados e experiências dos participantes de um sistema social. Todo fenômeno humano só pode ser compreendido pela determinação de seu sentido e as metodologias qualitativas procuram dar conta do significado, para o que a abordagem quantitativa é inadequada (LEIBING, 1999; NEWTON *et al.*, 2000).

Desde seu surgimento, a Antropologia Médica sempre demonstrou grande interesse pela doença mental por esta manifestar uma dimensão biológica menos evidente e aspectos sociais mais acentuados. Tanto a loucura como as respostas destinadas a lidar com ela emergem de determinados contextos sociais. Existem muitos pontos de contato entre a Psiquiatria e a Antropologia. Ambas as disciplinas empregam meios similares na compreensão do comportamento e existência humanos, fazendo-o mediante interação extensa e cara-a-cara com seus objetos e aprendendo indutivamente através de observações clínicas individuais dos sujeitos. A Etnografia, a prática da Antropologia, produz um

conhecimento distinto do conferido pela ciência positivista, pois co-interage com os sujeitos no contexto de seu mundo social, confiando na reflexão e interpretação do pesquisador como parte do processo analítico. Por outro lado, como o conhecimento leigo a respeito das doenças encontra-se embebido em contextos de ação, é aí que esse saber deve ser apreendido pelo pesquisador. Enquanto o questionário fechado divorcia o conhecimento da situação de sua produção, narrativas e discursos permitem que se mantenha o elo entre saber e contexto (RABELO, 1999; SOUZA, 1999b; NEWTON *et al.*, 2001).

Assim, em virtude das considerações apresentadas acima, optou-se pela abordagem qualitativa no trabalho de entrevistar os pacientes portadores de transtornos mentais internados no IMAS Juliano Moreira, de modo a obter respostas a respeito de como se dá entre eles a percepção do processo de envelhecimento e de sua própria velhice, bem como a influência dos projetos e programas terapêuticos disponibilizados na instituição. Priorizou-se as respostas dos pacientes idosos em entrevistas abertas e semi-estruturadas. Nesse aspecto, a pesquisa por si só já se reveste de importância na medida em que devolve aos usuários a palavra que lhes foi por tanto tempo negada, a expressão a cujo direito nunca foi dada a liberdade.

Ouvir vozes historicamente silenciadas, de que esta população recupere a dignidade que anteriormente a sociedade confiscou. Pensar que, através de reminiscências, estas pessoas possam resgatar sua auto-estima e identidade em um mundo que parece prescindir de sua existência. E, com um gravador, registrando todos os seus silêncios e lapsos de memória. (CORDOVIL, 1998).

A autora faz parte do quadro de funcionários do IMASJM desde junho de 2002, na posição de psicóloga e técnica de referência do Pavilhão 7 do Núcleo Rodrigues Caldas. Esse fato foi o fator predominante que condicionou a entrada no campo, permitindo o acesso às informações e aos pacientes a serem estudados. A partir do conhecimento da instituição, foi possível delimitar a área da coleta de dados e sua posterior análise. A autora foi vista pelos entrevistados e pelos outros técnicos como alguém “da casa”, o que facilitou sobremaneira o andamento da pesquisa, por permiti-la ter acesso a dados dificilmente divulgáveis se ela fosse encarada como alguém “de fora”, que não se identificasse com a proposta de trabalho. Por outro lado, o fato de pertencer ao quadro de funcionários da instituição, inclusive na posição de técnica de referência de um pavilhão, conduz a uma série de obrigações e atribuições exteriores à pesquisa, as quais preenchem normalmente a totalidade da carga horária. A consequência disso recaiu na forma de utilização do tempo

para a realização da pesquisa. Todas as tarefas referentes a este trabalho, como entrevistas com os usuários e visitas ao arquivo e à biblioteca da instituição, tiveram de ser levadas a cabo em horários alternativos, seja na hora do almoço, após o final do expediente ou aos sábados. No caso da biblioteca e do arquivo, os horários dos funcionários que lá trabalham coincidiam com os da pesquisadora, demandando soluções alternativas de sua parte a fim de consultá-los e dificultando, assim, uma coleta de dados mais rápida e eficiente.

Um fator adicional que permitiu à autora uma visão um pouco mais neutra durante a realização desta pesquisa foi o fato de esta ser recém-chegada ao IMASJM, estando livre, assim, dos vícios, conceitos e preconceitos que comumente acompanham profissionais trabalhando por muito tempo em um mesmo local, os quais podem ser repassados para a pesquisa que realizam. Segundo Velho, “... ao eleger como objeto de pesquisa elementos que compõem a sociedade do próprio pesquisador e que lhe são familiares, sua subjetividade não apenas deve ser levada permanentemente em consideração, mas também incorporada ao próprio processo de conhecimento.” (VELHO, 1986).

As entrevistas foram realizadas nos bancos e varandas que cercam o pavilhão, na sala da técnica de referência ou no quarto do entrevistado. O momento escolhido para a abordagem era geralmente ao final da tarde, após o expediente, ou aos sábados, ou seja, sempre fora do horário de trabalho da autora. O roteiro de entrevista, apresentado no Anexo II, buscou colher informações sobre o momento da internação, relações de parentesco e amizade, vida social anterior, trabalho, características do IMASJM e envelhecimento. Em muitas fitas é possível ouvir o canto dos pássaros e a voz de outros internos que tentavam chamar a atenção da pesquisadora. A transcrição das entrevistas permitiu delinear melhor o eixo da dissertação a partir da percepção do que realmente interessava ouvir e ser abordado, favorecendo uma definição mais precisa do objeto. No ato da transcrição, procurou-se registrar a forma como os pacientes falavam, preservando repetições e erros de concordância gramaticais.

As entrevistas foram analisadas a partir de uma triagem dos assuntos recorrentes nos discursos, classificados segundo algumas temáticas básicas a servirem de guia no decorrer da análise. A separação por categorias facilita a compreensão ao agrupar trechos de entrevistas de diferentes pacientes em um mesmo local, permitindo uma análise em conjunto e melhor generalização das conclusões obtidas. No decorrer do processo de análise, outras categorias surgiram, mostrando-se bem representadas e merecendo destaque próprio na elaboração dos resultados.

O estudo mais recente realizado no Núcleo Rodrigues Caldas data de maio de 2001, tratando-se de um levantamento dos aspectos clínicos e sociais da clientela a partir da análise dos prontuários. As informações apuradas nesse trabalho resultaram em documento de distribuição interna, não tendo sido publicado até o momento (QUINTELA, 2001). De acordo com dados encontrados nos prontuários médicos, a grande maioria (61%) dos pacientes do núcleo é composta por indivíduos acometidos de esquizofrenia residual. Tal quadro psicopatológico caracteriza-se por graves distúrbios na esfera da vontade, do pragmatismo e da afetividade, afetando secundariamente a memória e a inteligência. Outros diagnósticos encontrados são “retardo mental”, “epilepsia convulsiva” e “demência”. No que concerne a doenças clínicas associadas, um grande número de pacientes sofre de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Outras condições menos comuns são seqüelas de acidentes vasculares e de fraturas ortopédicas, hanseníase e deficiências visuais como catarata e glaucoma. Além disso, em virtude de sua idade avançada, observa-se co-morbidade para a doença de Alzheimer, havendo ainda alguns casos de hipertrofia prostática e câncer de próstata. Nota-se, entretanto, que 5% da população não faz uso de nenhum tipo de medicação, seja ela psicotrópica ou clínica.

Quanto aos aspectos sociais, o estudo revelou que os pacientes apresentam um longo percurso de internação, cerca de 40 anos, sendo quase todos provenientes do antigo Centro Psiquiátrico Pedro II (76%), atual Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. O abandono por parte da família e a ausência de uma rede social ocorreu em 84% dos pacientes, os quais não recebem visitas de familiares ou amigos há vários anos. No tocante à documentação, 78% dos pacientes não possuíam certidão de nascimento e 93% careciam de carteira de identidade. Além disso, 13% dos internos eram interditados pelo poder judiciário. As modificações ocorridas na população do núcleo nestes dois anos não alteram significativamente as percentagens listadas acima. No entanto, houve avanços no trabalho junto às famílias, permitindo a retomada de vínculos antigos ao mesmo tempo em que se estimulou a construção de novos. Os casos dos pacientes que se mantiveram sem qualquer tipo de referência familiar foram encaminhados ao Ministério Público para que se tomassem as providências legais cabíveis.

De modo a resguardar a privacidade dos usuários entrevistados, que narram suas histórias de vida, todos os nomes próprios apresentados nas páginas a seguir são fictícios, substituindo os nomes verdadeiros. As demais informações complementares, idade, diagnóstico, tempo de institucionalização e a existência de visitas, foram mantidas.

5.4. O Cotidiano do Pavilhão 7

A rotina diária do Pavilhão 7 inicia-se com a troca de plantão dos auxiliares de enfermagem às 7:00. Estes preparam e administram as medicações aos pacientes, os quais devem recebê-la ainda em jejum.

Por volta de 7:20, uma Kombi trazendo o café da manhã estaciona ao lado do pavilhão. A alimentação é terceirizada, ou seja, uma empresa particular de alimentação contratada pelo município fornece quatro refeições diárias (café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar), sendo que, no caso de usuários diabéticos ou desnutridos, esse número sobe a seis, pois oferece a colação (vitamina ou suco) e a ceia da noite. Nesse momento, a maioria aguarda a primeira refeição do dia já desperta, no leito, no refeitório, na varanda, no posto de enfermagem ou deambulando pelas dependências ou na área ao redor do pavilhão. O refeitório contém três mesas compridas com bancos de madeira destinados aos pacientes, uma média, onde se coloca a comida, e outra menor, para apoiar as garrafas térmicas ou bandejas. Muitos usuários se aglomeram em frente à mesa onde uma copeira separa e distribui o desjejum por nome e tipo de dieta. Em cada pavilhão, estão alocadas duas copeiras contratadas pela firma de alimentação, trabalhando em turnos de 12 horas em dias alternados. Os usuários sentam-se uns de frente para os outros nos lugares desocupados das mesas a eles destinadas, sem que haja outro critério de escolha de lugar que não o espaço vazio. Os lugares não são fixos. Poucos são os que se sentam sempre nas mesmas posições.

Após o café, a enfermagem administra a medicação diurna aos usuários, verifica sua pressão arterial anotando-a em folha específica e os encaminha para o banho com a ajuda de um funcionário auxiliar ocupacional de serviços diversos (AOSD), uma cuidadora e um funcionário da lavanderia, esta por sinal também terceirizada. O banheiro possui três chuveiros sem qualquer tipo de divisória a separá-los. A porta do banheiro permanece aberta de modo a permitir o acompanhamento do banho pelos funcionários. Cabe à enfermagem observar se a higienização está sendo realizada a contento, através do uso de sabonete e xampu, e detectar algum problema de ordem dermatológica eventualmente existente. Na hora do banho, portanto, quem passa em frente ao banheiro pode observar os usuários desnudos. No entanto, para obter alguma privacidade, alguns usuários preferem acordar mais cedo, por volta das 5:00, para tomar banho, ao passo que outros o fazem mais tarde, após os demais. O uniforme fornecido pela instituição compõe-se de camisa e calça

de cor cinza, porém alguns usuários utilizam doações de roupas, trajando-se com uma camisa comum e calça do uniforme, ou camisas e calças comuns.

Entre 8:00 e 8:30, chegam os demais profissionais que trabalham na unidade, entre eles a técnica de referência. Ela lê o livro de ocorrência da enfermagem de modo a ter ciência do que aconteceu após o término do seu horário no dia anterior e percorre o pavilhão a fim de verificar o bem-estar e o estado de higiene dos usuários e a troca da roupa de cama. Nesse momento, todas as dependências da unidade estão sendo lavadas.

No que concerne às atividades do Projeto de Reabilitação Individual, cada pavilhão, enquanto proposta terapêutica, estabelece uma grade própria de atividades, privilegiando a abordagem individual a cada usuário. Seu objetivo é intervir de forma prática e objetiva no desenvolvimento das habilidades e capacidades dos usuários. Através de jogos, grupos de estimulação cognitiva, grupos de escuta e terapêutico e do acompanhamento direto da cuidadora e recreadora quanto ao autocuidado, o usuário é estimulado pela equipe de profissionais a pôr em prática suas capacidades funcionais, emocionais e intelectuais. A grade de atividades do Pavilhão 7 encontra-se no Anexo III.

As atividades de arte, estimulação cognitiva e grupo de informação são realizadas no refeitório aproveitando as mesas que lá estão. A caminhada é realizada nas imediações dos demais núcleos ou próximo ao Rodrigues Caldas. Os grupos de escuta, terapêutico e de leitura de contos são realizados na varanda à frente do pavilhão, onde se sentam alguns usuários para desfrutar da natureza e observar a comunidade que atravessa as dependências do núcleo.

Ainda pela manhã, a copeira serve a colação para os diabéticos. A enfermagem incentiva a ingesta hídrica, servindo canecas de plástico com água em uma bandeja aos usuários que estão realizando uma atividade e àqueles que circulam pelo pavilhão. Nesse horário, quando alguma consulta médica ou exame específico está marcado, o usuário é transportado em veículo da instituição para a unidade do SUS onde será realizado o devido procedimento, sempre acompanhado de um auxiliar de enfermagem. A medicação de antes do almoço é administrada.

A hora do almoço chega por volta das 12:00, por vezes um pouco antes ou depois. Novamente estaciona o transporte da firma de alimentação, trazendo as quentinhas, sobremesa e suco para os usuários, que esperam em pé ansiosamente ou sentados no refeitório próximo ao local onde se apóiam as bandejas e os vasilhames térmicos com as quentinhas. Nas mesas, a cuidadora já distribuiu pratos e talheres para os usuários que fazem parte do Projeto de Reabilitação Individual. Por falta de pessoal e material de

trabalho, o projeto somente contempla dezoito usuários. A copeira distribui as quentinhas de acordo com o nome e a dieta. Os usuários do projeto retiram a comida da quentinha para colocar no prato. Os demais internos comem na própria quentinha, utilizando colheres de plástico. Uma televisão localizada no refeitório permanece ligada durante e após o almoço.

A refeição não se prolonga por muito tempo, salvo uma ou outra exceção. O suco é servido e, após o almoço, inicia-se a higienização oral dos pacientes sob a orientação da equipe. Essa higienização consiste em incentivar o bochecho com uma mistura de pasta de dente e água. Não é possível a utilização de escovas de dente devido à sua dentição precária ou ausente. Muitas vezes faz-se necessário trocar a camisa ou calça dos internos que se sujaram durante o almoço. Os membros da equipe costumam almoçar somente quando todos os usuários terminam.

Todas as refeições devem ter lugar preferencialmente no refeitório, sendo que, por vezes, um ou outro usuário prefere comer em sua cama, no sofá, na varanda, na mesa localizada na parte de trás do pavilhão ou em seus aposentos (os que dispõem de tais instalações). Os usuários devem obedecer rigidamente aos horários no que tange às refeições e deles se espera que as consumam integralmente. Quando algum usuário aceita pouco a dieta ou recusa-se a comer, tal fato transforma-se em ocorrência digna de registro no livro de ocorrências da enfermagem (cf. p.29).

O tabagismo é um problema particularmente freqüente no Pavilhão 7, pois dos 31 internos, 28 são fumantes. Nos outros três pavilhões do núcleo, o número de tabagistas é bem inferior. Os usuários recebem um cigarro pela manhã e três após o almoço. Depois da distribuição dos cigarros, muitos internos fazem a sesta.

Por volta das 14:00 a Kombi chega com o lanche. Neste momento, também é realizada a atividade da tarde, a qual pode ser uma atividade externa coletiva reunindo os usuários de todos os pavilhões do núcleo. Apesar de a copeira guardar o lanche de quem não estiver presente naquele momento, alguns usuários preferem deixar de participar da atividade ou nela permanecerem por pouco tempo, a fim de retornar para seu lanche. Novamente é incentivada a ingestão hídrica.

As atividades geralmente duram em torno de uma hora a uma hora e meia. O restante da tarde é utilizado para os atendimentos individuais e para anotações em prontuário de fatos ou intercorrências relevantes. Todos os usuários são chamados a participar das atividades. No entanto, há os que nunca participam de nada e outros que apresentam preferência por um determinado tipo de atividade.

O expediente para a recreadora e para a técnica de referência termina às 16:00. Alguns pacientes sentam-se no sofá localizado dentro do refeitório para assistir à televisão. Outros perambulam fora do pavilhão, sentam-se na varanda ou permanecem em seus leitos.

O jantar é servido às 17:00. A troca de plantão dos auxiliares de enfermagem se dá às 19:00, cabendo ao turno da noite a preparação e administração da medicação noturna.

Passeios fora do IMASJM são raros, devido à dificuldade em se conseguir transporte. Quando isso acontece, os demais pavilhões também são beneficiados. Por vezes, nos finais de semana, os usuários recebem a visita de membros de entidades não necessariamente religiosas, os quais trazem diversos artigos a serem distribuídos, como sabonetes, balas e peças de vestuário.

Os aniversários são comemorados em uma atividade denominada “aniversariantes do mês”, reunindo os aniversariantes de todos os pavilhões sempre na tarde da última quinta-feira de cada mês. Coloca-se música, enfeita-se a mesa com motivos decorativos, são distribuídos refrigerante, suco, cachorro-quente e bolo sem recheio ou confeitos e canta-se “Parabéns Para Você”. Se por algum motivo a festa não ocorrer naquele mês, esta fica transferida automaticamente para o mês seguinte, unindo-se os aniversariantes de ambos os meses. Todas as demais datas comemorativas são lembradas e comemoradas tais como Natal, Carnaval, Páscoa, Festas Juninas, entre outras.

A ausência ou saída de algum usuário no pavilhão é motivo de registro pela enfermagem em livro de ocorrência. Anota-se, ainda, o horário de sua volta e seu aparente estado físico e emocional. No caso de um interno sair sozinho ou com sua família, ele recebe uma licença institucional, marcando quem é o responsável por esta saída, o dia e a hora para o retorno.

A realização de reuniões em grupo que promovam a comunicação entre os usuários é uma tarefa árdua, exigindo do profissional grande capacidade de tolerância à frustração, pois poucos são os pacientes que “falam”, ou seja, conversam e contam casos. A grande maioria das pessoas que freqüentam os grupos aprecia ouvir e não falar. Gostam de ouvir contar histórias antigas do tempo da Colônia Juliano Moreira. Temas atuais não fazem parte de sua realidade. Assuntos como a guerra dos Estados Unidos contra o Iraque, a violência crescente no Rio de Janeiro e mesmo o nome dos atuais presidente da república, governador e prefeito parecem estar muito distantes da vivência dessas pessoas, as quais não se identificam como participantes da sociedade que se desenvolve extra-muros. Sob alguns aspectos, nem a de dentro lhes interessa. Nesse sentido, ao coletar informações para este trabalho, consegui fotos antigas e atuais da instituição e as levei para o grupo de

convivência na esperança de que as imagens do local onde passaram a maior parte de suas vidas seriam o estímulo necessário para que, enfim, surgissem as narrativas das várias histórias do IMASJM e seus habitantes. Contudo, a proposta não surtiu o efeito esperado. Os usuários se interessaram apenas em contemplar as fotos, mas suas histórias permaneceram apenas na memória, em silêncio.

5.5. O Momento da Internação

Vários entrevistados referem haver passado um período prévio no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII, atual IMAS Nise da Silveira) antes de serem transferidos para a Colônia Juliano Moreira (CJM, atual IMAS Juliano Moreira). Essa dinâmica está de acordo com a estruturação da assistência psiquiátrica da época, onde o CPPII destinava-se a internações de média permanência, ao passo que a CJM, para as internações de longa permanência (LOUGON, 1987; ANDRADE, 1992). Frequentemente a CJM era a destinação final dos pacientes que não se recuperaram durante a internação no CPPII. A atual clientela do IMAS Juliano Moreira evidentemente reflete esta política assistencial. Uma vez que novas internações estão proibidas, esse dado não tem como ser alterado.

A grande maioria dos usuários refere desconhecer o motivo de seu ingresso no sistema asilar, embora a lembrança das instituições por onde passaram permaneça vívida. No entanto, afirmam não ter ciência de seu diagnóstico de admissão, nem tampouco lembram das circunstâncias que os levaram a ser internados. Perguntas acerca do motivo da internação evocam a própria leitura dos entrevistados de acordo com o que julgam haver sido a razão de sua internação, sua separação do mundo exterior. Raramente os relatos contêm episódios ocorridos que demonstram alguma forma de reconhecimento de sua condição, havendo mesmo momentos onde eles negam, explicitamente ou não, o próprio fato de ser/estar doente.

A noção de desrazão e perda da capacidade de agir sobre si alcança a descrença na capacidade de este ser humano perceber-se e manifestar-se como doente, configurando, assim, a concepção do sujeito enquanto incapaz de falar de sua própria existência, destituído da consciência de si próprio. Não se pode descartar, por outro lado, a possibilidade de que o momento da institucionalização tenha sido percebido como uma experiência profundamente traumática, cuja lembrança necessitasse ser apagada da memória.

Paulo, 60 anos, 33 anos de internação; diagnósticos: esquizofrenia residual e demência não-especificada; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *O que aconteceu que você foi pro Pedro II?*

Paulo (P): *Me levaram pra lá.*

E: *Mas quem levou você?*

P: *Um amigo meu.*

E: *Mas você estava passando mal?*

P: *Eu não. Estava passando mal não. Foi ele que me levou pra lá.*

E: *E você foi?*

P: *Fui.*

E: *E você não falou nada?*

P: *Não.*

E: *Não achou estranho?*

P: *Não.*

E: *Aceitou bem?*

P: *Aceitei.*

E: *Você não sabe o que aconteceu para você estar aqui?*

P: *Aconteceu nada, não.*

João, 72 anos, 54 anos de internação; diagnóstico: demência não especificada; recebe visita da cunhada.

Entrevistador (E): *Você lembra o que te fez vir para cá?*

João (J): *Não.*

E: *Você veio direto para cá ou ainda passou no Pedro II?*

J: *Passei pelo Pedro II.*

E: *Ficou muito tempo no Pedro II?*

J: *Um mês.*

E: *E depois eles mandaram você para cá?*

J: *Sim.*

E: *O que foi? Você passava mal?*

J: *Não...A viagem...*

E: *Que aconteceu pra você ser internado?*

J: *Nada.*

E: *O que você sentia?*

J: *Nada.*

E: *O que aconteceu para você ir ao Engenho de Dentro e depois vir para cá?*

J: *É... (?) Eu não sei não...*

E: *O que aconteceu para você estar aqui dentro?*

J: *Não sei não.*

E: *Mas então você esteve no Engenho de Dentro e depois veio pra cá? Quanto tempo?*

J: *Sete anos aqui.*

Mateus, 74 anos, 35 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; recebe visita da irmã e do cunhado.

Entrevistador (E): *O que fez você vir para cá?*

Mateus (M): *Eu não lembro.*

E: *Não lembra nada?*

M: *Não lembro de nada. Coisa nenhuma.*

Tiago, 70 anos, 42 de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *O que aconteceu para você vir para cá?*

Tiago (T): *Para mim não ter câncer. Botar o capim para fora.*

E: *Mas o que aconteceu?*

T: *Passei mal. Pouca pressão.*

Em dois exemplos adicionais, os pacientes recordam-se exatamente das circunstâncias que precederam à internação, tendo sido possível correlacioná-las com suas histórias de vida. São os casos de Pedro e Raquel.

Pedro pouco tempo morou com sua família. Filho de pai desconhecido, foi abandonado pela mãe e internado pela avó no hospital de São Gonçalo, sendo em seguida transferido para o Juizado de Menores de Alcântara. Passou por internações prolongadas em Vassouras, no Aprendizado Agrícola Sacra Família, e no Abrigo Cristo Redentor. Ele saiu do abrigo para residir em Queimados com um amigo gaúcho com quem, ao que parece, mantinha um relacionamento homossexual. Para sobreviver, enquanto seu companheiro trabalhava em um restaurante, Pedro mendigava. De Queimados, eles viajaram para o Rio Grande do Sul, onde moraram por algum tempo. Posteriormente retornam para Queimados, aonde o companheiro de Pedro viria a falecer pouco tempo depois. Pedro ainda tentou residir com outro homem, mas o relacionamento terminou. Nesse ponto, começa seu relato.

Pedro, 64 anos, 33 anos de internação; diagnóstico: retardo mental grave; não recebe visitas.

Pedro (P): *Aí fiquei com outro. Não quis morar mais com ninguém. Aí fui pro Engenho de Dentro.*

E: *Você foi sozinho para o Engenho de Dentro?*

P: *Eu fui pro Engenho de Dentro e depois me mandaram pra cá. Já fui pra internação. Já tava assinado lá.*

E: *Você chegou a passar mal quando foi procurar o Pedro II?*

P: *Não! Eu comecei a fazer o tratamento lá com vinte e cinco anos.*

E: *Mas você tratava o quê?*

P: *Ataque. Dava ataque e eu caía.*

E: *Você perdia a consciência? Não lembrava de nada?*

P: *Não lembrava de nada. Eu caía.*

E: *Quando acordava?*

P: *Eu demorava a levantar.*

E: *E aí você foi fazer tratamento no Pedro II?*

P: *É. Eu passei mal na rua e me levaram eu pra lá, para o Engenho de Dentro.*

E: *E aí, você passou quanto tempo lá?*

P: *Aí depois que eu melhorei, voltei pra Queimados. Não quis morar com ninguém... Do Pedro II, me mandaram pra cá.*

Raquel conta com bastante riqueza de detalhes as circunstâncias que cercaram sua internação. Em seu depoimento, sua história de vida é revelada.

Raquel, 67 anos, 47 anos de internação; diagnóstico: epilepsia; não recebe visitas.

Raquel (R): *Eu nasci em Ouro Preto, Minas Gerais, [onde morava] com meu pai, minha mãe e meus irmãos. Um colega do meu pai matou o meu pai por causa de um cavalo. Roubou o cavalo do meu pai e matou ele. E a mamãe estava fazendo a comida quando uma vizinha do barraco em Minas falou assim: —‘Dona Olívia, seu marido está caído aí no chão!’ Quando foi, ela deixou a comida toda queimada. E a moça não deixou a gente ver. Era o meu pai, lá em Minas. Minha mãe tinha nove filhos. Cinco que morreu lá e três aqui. Morreu de doença. Antigamente tinha aquela doença; febre amarela e caxumba. A mais velha desobedeceu a mamãe em Minas e ela caiu do trem. O trem passou nela. Ficou só eu no mundo.*

Eu estava com nove anos. A mamãe estava viúva quando ela arranhou outro homem, um português, e ficou grávida dele. Ela foi ter o neném na Santa Casa e morreu aqui. Ela saiu de Ouro Preto com quatro filhos e veio aqui pro Rio. Três morreu aqui e fiquei só eu.

Eu estava com a minha mãe no Hospital lá na Santa Casa. Quando eu vi ela morta, eu fiquei nervosa. Era agarrada com ela.

Minha madrinha me botou lá no quarto porque eu gritava muito, queria me queimar. Eu caí na vela. Lá no centro dela, era um quarto. Eu ficava de castigo e a vela me queimou assim, na costa. Meu padrinho disse: ‘Cândida, que fumaça é essa aí?’ ‘É a Raquel de castigo!’ Ele abriu a janela e a porta e quando viu, eu estava toda queimada, chorando. O padrinho me botou na farmácia pra eu fazer curativo. Eu tomei um remédio por dentro e um remédio na boca. Meu padrinho é que me salvou. Eu vi a minha mãe dormindo. Eu fiquei com minha madrinha. Ela falou para o marido dela me internar. O juiz disse que, quando eu ficasse boa das queimaduras, eles podiam me internar. Eu fiquei doente, nervosa, de crise. O médico falou que era epilepsia. Eu fiquei no SAM²² dos nove aos dezoito anos e vim pra cá. Eu não sabia que era a colônia. Me enganaram. Disseram que eu ia pra casa.

Nos relatos destes pacientes, observa-se o quanto uma pessoa com história de institucionalização desde tenra idade permanece institucionalizada também na velhice. Pode-se traçar um paralelo com o estudo de Altoé (1990), desenvolvido em internatos para crianças, onde o desejo mais comum entre os internos adolescentes era o de ingressar nas forças armadas e seguir carreira militar, por já estarem habituados a viver sob as regras de uma instituição total e pelo fato de a vida militar se assemelhar à vida que sempre conheceram. A vontade de servir é compreendida como forma de buscar uma continuidade da vida institucional.

Cabe ressaltar ainda que, no caso de Pedro e Raquel, a família de origem foi perdida, não restando parentes ou uma rede social que possibilite outras alternativas de

²² Serviço de Assistência ao Menor.

cuidado e acolhimento em detrimento da institucionalização. Por essa razão, eles provavelmente passarão o restante de suas vidas no IMASJM, mesmo que não necessariamente no Pavilhão 7.

5.6. Vivendo na Instituição

De modo geral, os usuários estão satisfeitos com a instituição e não sentem falta de nada. Alguns chegam a referir que antigamente era melhor que hoje. Em meio às afirmativas de que nada lhes falta, é preciso levar em consideração o fato de muitas vezes o entrevistado poder alterar suas respostas de acordo com suas crenças no que o entrevistador deseje ouvir, temendo sofrer retaliações ou perder o direito ao atendimento recebido. Como o campo da saúde mental lida com aspectos de preferências e sentimentos, o conceito de satisfação dá margem a subjetividade nas respostas, gerando distorções, as quais podem ser mais significativas quanto maior for a inserção da pesquisadora na instituição analisada (CAVALCANTI, 1997).

Ao entrevistar os internos do IMASJM, a mudança mais sentida por eles na instituição é a mudança física. Em seus relatos, mencionam pavilhões que não existem mais e o grande número de internos que já houve em suas dependências, reflexo da superlotação em que se encontrava a colônia na década de 1970. A despeito da supressão dos castigos, da democratização da colônia e mesmo do projeto de reabilitação psicossocial atualmente em atividade levando a todas as mudanças implantadas no cotidiano dos usuários, a idéia de perenidade permanece, bem como um certo embotamento emocional, pelo qual parecem haver perdido a capacidade de desejar. Isso transparece melhor no trecho selecionado da fala de Abraão.

Abraão, 77 anos, 32 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

Entrevistador: *Para você, o que mudou na colônia?*

Abraão: *Não sinto nada. Nem falta de nada.*

Trabalhos anteriores buscando analisar o processo de democratização e desinstitucionalização da assistência psiquiátrica no IMASJM assinalam o fim dos eletrochoques e a abertura dos quartos fortes como um divisor de águas entre a “colônia velha”, autoritária e fechada, e a “colônia nova”, democrática e aberta, ficando marcados como eventos de grande importância simbólica para os funcionários entrevistados (LOUGON, 1987; ANDRADE, 1992). As impressões dos atores que implementaram as

medidas inovadoras ou dos funcionários que as exercem até hoje evidentemente divergem das percepções daqueles que foram o alvo principal das transformações, os usuários da instituição. Não importa para eles se o local onde vivem se chama CJM ou IMASJM ou se é de administração federal ou municipal. Apenas a mudança física é mencionada. Muito embora eles percebem que não são mais submetidos a ECT ou trancafiados em quartos-fortes, essas informações somente surgem em seus discursos indiretamente, nas respostas a perguntas de outra ordem. Ao serem questionados diretamente sobre o que mudou na instituição, o aspecto mais marcante é a impressão de que nada mudou. Até mesmo as atividades do projeto são percebidas por eles como “distração”, como visto na fala de Lucas e José.

Lucas, 66 anos, 39 anos de internação; diagnósticos: transtorno depressivo e uso abusivo de álcool; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *De onde você veio?*

Lucas (L): *Eu vim do Engenho de Dentro pra cá.*

E: *Você lembra do Engenho de Dentro?*

L: *Não, porque lá tinha muito choque, muito tratamento. Quer dizer que eu não me lembro muito bem não.*

E: *E aqui [colônia]?*

L: *Aqui não tem nada. Só tem você que distrai a gente às vezes. É ou não é?*

E: *Mas me conta alguma coisa daqui, alguma história que você lembra.*

L: *Não lembro não.*

E: *Como é morar aqui? Morar? Morar aqui? É bom morar aqui?*

L: *Não sei. É bom para quem está bom, pessoa que tá boa da cabeça. Morar aqui é bom, mas a pessoa que é doente está desamparada. A pessoa boa, é bom morar aqui. Acho que ajuda mais o pessoal que não pode trabalhar, pode conversar, se distrair, a pessoa boa ajuda a eles. A pessoa que é doente já não pode mais mesmo suportar a natureza.*

E: *Você se sente doente ou bom?*

L: *Não me sinto bom não. Desde que eu vim de lá que eu estou meio assim. Não passo muito bem não. Tenho dificuldade até para conversar.*

E: *Você gosta de conversar?*

L: *Gosto. Você sempre me procura para conversar um pouquinho. Aí eu converso com você um pouquinho.*

E: *E aqui?*

L: *Morar aqui é bom para pessoa que é boa. Que pode pagar casa, arrumar a casa, ter casa própria. É bom morar aqui. Mas a pessoa que é doente, não adianta não. Não consegue uma coisa certa, né?*

E: *Você já teve problemas aqui?*

L: *Não. Não tive problema nenhum, não. Comecei a passar mal, assim, em casa e fui para o hospital, do hospital eu vim para cá.*

E: *O hospital que você esteve foi o Pedro II?*

L: *Pedro II. Vim pra cá. Depois passou um tempo. Em vez de melhorar, piorava cada vez mais.*

E: *Como foi esse passar do tempo?*

L: *Passava o tempo mas eu sentia falta de casa, não podia fazer nada. Tinha que ficar aqui mesmo internado. E a doença não deixava eu voltar para casa.*

E: *Aqui mudou muito ou continua tudo a mesma coisa?*

L: *A mesma coisa, não mudou nada não. Porque sempre é tudo a mesma coisa. Não muda nada. É o mesmo dirigente. [fala da lavanderia] É igual Natal. Natal tem sempre Natal.*

José, 60 anos, 35 anos de internação; diagnóstico: uso abusivo de álcool; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *E aqui mudou muito?*

José (J): *Ah! Desde quando eu cheguei..mudou..né?*

E: *O que foi que mudou?*

J: *A vida que ficou mais lenta. Fiquei sem pensar em negócio de farra, bebedeira, essas coisas.*

E: *Mas antes você saía para farra, bebedeira, e hoje não?*

J: *Hoje eu não saio mais. Minha vida é voltada para o trabalho. Hoje eu não tenho mais companhia.*

E: *Mas aqui, o que você vê da Juliano Moreira? O que mudou? Aqui dentro?*

J: *Ah! [Desde] Quando eu vim pra cá mudou!*

E: *O que mudou?*

J: *Mudou assim. Você não quer. Aqui era mais organizado. Agora que tá assim.*

E: *E como era?*

J: *Era mais amplo, era mais conservado. Agora a administração abandonou. A diretoria também não quis nada.*

E: *Você sente aqui mais abandonado hoje. Antes não era abandonado assim não?*

J: *Ah! Antigamente, era bem tratado. Tudo limpo. Agora tá numa bagunça.*

E: *E quem limpava?*

J: *Era o próprio paciente! Era o paciente que limpava. Mas alguns faleceram, né?*

E: *Você já tentou sair daqui alguma vez?*

J: *Não.*

E: *Nunca deu vontade de sair?*

J: *Não. Depois que a gente acostumou aqui dentro, agora não tem necessidade de sair mais não.*

E: *Você sente falta de alguma coisa aqui?*

J: *Eu não.*

Vitor, 65 anos, 25 anos de internação; atualmente sem diagnóstico psiquiátrico (diagnóstico de admissão: uso abusivo de álcool); recebe visitas da sobrinha.

Entrevistador (E): *O que mudou aqui?*

Vitor (V): *A alimentação estava em primeiro lugar, agora está péssima. Apesar que nós não pode reclamar, nem eu nem José. Doentes, hipertensos. Antigamente era muitos funcionários da casa, do Ministério. Tem dia que chega o café de manhã e tem que esperar servir primeiro no Pavilhão 2 pra depois servir aqui, não tem funcionário. No tempo da Brasal era melhor, o Ministério. Apesar do roubo, vou falar de uma vez, teve funcionário que até fez mansão com o dinheiro da alimentação da colônia. Mas a comida era à vontade. O banho, aqui o paciente só tomava banho domingo, quando queria. Não era obrigado. Roupa de cama, só trocava aos domingos. Durante a semana, os pacientes tomava conta um do outro. Só trocava roupa de oito em oito dias.*

E: *O que a Juliano Moreira representa para você?*

V: *Se eu tivesse lá fora, já tinha morrido. É uma casa. Tenho remédio.*

A fala de Vitor demonstra o papel social que o IMASJM sempre exerceu, o de fornecer recursos mínimos de sobrevivência, como casa, comida e remédio, para indivíduos desassistidos. Em alguns casos, o asilo pode se constituir em uma forma de solução para problemas financeiros, garantindo as necessidades básicas, e também de suprir carências que de outro modo existiriam, uma vez que os usuários não teriam condições de satisfazê-las. Dessa forma, entrar na instituição pode não ser sentido como uma perda, chegando mesmo a representar a conquista de novas formas de sociabilidade, novos papéis e apoio social.

Vitor, José e Lucas apresentam o alcoolismo como diagnóstico de admissão. O alcoolismo faz parte, a exemplo da epilepsia, do grupo de condições consideradas como mazelas sociais, as quais tinham o asilo psiquiátrico como local de reclusão por excelência. Pacientes portadores de tais condições costumavam ser excluídos e mantidos em asilos, pois não havia outra forma mais adequada de assistência. A evolução do conhecimento médico acerca dessas condições alterou profundamente o tratamento que lhes era preconizado. A epilepsia é passível de controle por medicamentos em nível ambulatorial e atualmente sequer se cogita a internação psiquiátrica como forma admissível de tratamento. Já quanto ao alcoolismo, sabe-se que ele é bem melhor assistido na comunidade, com a inserção do paciente em programas específicos. No entanto, ainda se encontram muitos alcoólatras e epiléticos mantidos em instituições psiquiátricas. Sua presença como diagnóstico de admissão de indivíduos em internações de longa permanência constitui um verdadeiro registro vivo das antigas diretrizes da assistência psiquiátrica. O asilo era o grande depositário das mazelas sociais e, de uma certa forma, continua desempenhando esse papel até o presente.

Paulo, 60 anos, 33 anos de internação; diagnósticos: esquizofrenia residual e demência não especificada; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Me conte uma história daqui. Aqui mudou muito?*

Paulo (P): *Mudou. Transferiu um monte de gente lá pro 2.*

E: *Saiu muita gente? Eles foram fazer o quê lá no 2?*

P: *Foram todos transferidos pra lá.*

Pedro, 64 anos, 33 anos de internação; diagnóstico: retardo mental grave; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *E você pegou isso aqui cheio de gente?*

Pedro (P): *É, peguei cheio aqui cheio de gente! Eu cheguei a dormir lá. No um.*

E: *Mas lá era como aqui? Como é que era lá no um?*

P: Dormi um bocado lá no 1 e nos outros pavilhões. Dormi um bocado ali, no quatro, um pouco no três e ali naquele pavilhão de pedra. Era cheio de gente. Ali também, naquele pavilhão derrubado, dormia gente também.

E: Esse pedaço aqui era outro pavilhão?

P: Era o Pavilhão 8.

E: Mas derrubaram tudo?

P: Ali caiu tudo. Ali era o 8.

E: E vem cá, quando você chegou aqui, veio direto para o Rodrigues Caldas ou você já foi para outros núcleos?

P: Eu já vim direto pra cá. Pro Rodrigues... Não passei para o Ulysses Viana não. Vim direto pra cá.

E: Pedro, o que você mais gosta daqui?

P: É aqui é mais... aqui ando à vontade... eu andava muito... eu capinava na casa de um funcionário, andava lá pra baixo... trabalhava lá pra baixo.

E: Pedro, o que você sente falta aqui?

P: Eu não sinto falta de nada.

E: Como você é tratado aqui?

P: Aqui a pessoa anda para onde quer, anda à vontade. Lá no Ulysses Viana, antigamente, não podia sair ninguém de lá. Mas depois que ficou pouco paciente, eles deixam sair pra onde quer. Antigamente não saia ninguém de lá. Tinha bolo. A pessoa dormia um em cima do outro... lá no Ulysses Viana.

E: Mas você me falou que você não era do Ulysses Viana.

P: Ah! Mas eu descia lá. Mas eu não via.

E: Então isso é fofoca. Você não viu. Te contaram.

P: Não. Eu sabia que tinha bolo lá. Eu capinava lá e eu via onde era o bolo.

E: Mas o bolo era o quê?

P: Dormia um em cima do outro. Dormia tudo embolado.

E: Era assim mesmo ou as pessoas estavam fazendo sexo, estavam transando?

P: Não. Era paciente mesmo que dormia, um do lado do outro. Cagava ali, esticava ali mesmo, em cima da merda, mijava ali, ficava em cima do mijo. Era tudo embolado. Me contaram isso de lá... e lá era assim. Naquele tempo atrás. Ali, onde era o 8, dava choque. Ali dava. Aqui não sei se dava.

E: E pro quarto escuro, você já foi?

P: Não. Eu só tive preso lá no dois uma vez.

E: E por quê?

P: Porque eu fui reclamar da comida. Aí me prenderam. Era pouco... botava pouca comida no prato. Aí me prenderam só por isso.

E: Então você não podia falar nada? Só foi uma vez?

P: É! Depois não prenderam mais. Aqui tinha negócio de choque... meio variado... dava choque na pessoa... ali no oito. Era um médico que dava. Dava choque ali no oito.

E: Ele era diretor daqui?

P: Era médico. Ele que aplicava o choque. O diretor era outro. Tinha o Canela que capinava, só tomava conta da turma de capinar. Era funcionário daqui.

Marcos, 82 anos, 56 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; recebe visita da sobrinha.

Entrevistador (E): E aqui mudou muito?

Marcos (M): A Juliano Moreira está muito diferente. Diferente está toda a área. Os pavilhões foram muito reformados. Eu nem posso te dizer. Diferente, tá muito reformado. Tá uma reforma bonita. Tá tudo dividido em quarto, isso era direto. Esse era o Pavilhão 6

antigo. Depois acabou o Pavilhão 6 para construir o refeitório. O refeitório agora acabou. Quando eu falo essa cozinha antiga, a alimentação foi dar lá no Pavilhão 1. O pavilhão que era esse rosa tinha 298 leitos, quase 300 leitos. Lá é assombrado. Tem uma rampa de esquina, na frente, subindo a escada. Eu tive lá. Já tive nesses pavilhões todos. Já tive até no Pavilhão 10.

João, 72 anos, 54 anos de internação; diagnóstico: demência não especificada; recebe visita da cunhada.

Entrevistador (E): *Me conte uma história daqui.*

João (J): *Quem pode se socorrer, conta, mas quem não pode, não pode dizer nada, porquanto comove, uma beleza, uma atividade, um preço qualquer.*

E: *Você levou eletro-choque?*

J: *Já. Lá no Engenho de Dentro.*

E: *E aqui?*

J: *Aqui levei duas vezes.*

E: *E levava eletro-choque por quê?*

J: *Porque precisava.*

E: *E no quarto forte? Já ficou?*

J: *Já.*

E: *O que aconteceu?*

J: *Foi briga, né?*

E: *Como era lá?*

J: *Hein? Não sei.*

E: *Você brigava?*

J: *O colega me xingou, eu xinguei também. Não houve entendimento. Um correu pro lado do outro. Mandaram botar no quarto forte. Chamou o diretor, o diretor veio, você sabe o nome deles, o diretor falando fulano e fulano, bota no quarto forte.*

E: *Você foi muito pra lá?*

J: *Três vezes só.*

E: *Você teve três brigas?*

J: *Não. Custava a soltar. Menos de um mês, até um mês. E eles levavam café, almoço, tiravam pra tomar banho e fazer faxina, limpeza no quarto forte... é ordem do diretor. Ordem lá de cima. Aí a gente ficava bonzinho, trêmulo...*

Tiago, 70 anos, internação 42 anos, diagnóstico esquizofrenia residual, não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Você está satisfeito aqui?*

Tiago (T): *Estou.*

E: *Sente falta de alguma coisa?*

T: *Não.*

Isaías, 67 anos, 38 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia paranóide; recebe visita do irmão.

Entrevistador: *Aqui mudou muito?*

Isaías: *Não. Mudou não. A mesma coisa triste. Cidade é melhor. Cidade grande posso não. Não tenho dente, roupa bonita, sapato.*

Em conclusão, as respostas dos entrevistados demonstram um sentimento de vazio ou estranhamento, relacionado à sensação de abandono de si mesmo, encontrada com frequência nos pacientes crônicos. A perda dos referenciais existenciais é particularmente devastadora nesses indivíduos.

CAPÍTULO VI

LAÇOS SOCIAIS ENTRE INTERNOS:

6.1. Famílias, Interações e Sociabilidades

A dificuldade de se estabelecer laços de amizade dentro da instituição e a falta que faz para os usuários a visita dos familiares são preocupações freqüentemente encontradas nas entrevistas, assim como a impessoalidade dos encontros e a redução da rede social.

A situação familiar dos idosos reflete o efeito acumulado de eventos sócio-econômicos, de saúde e demográficos ocorridos ao longo de sua vida. A qualidade dos relacionamentos mantidos com seus parentes, conflitos e pendências anteriores coloca o idoso em situação de segurança ou de vulnerabilidade do ponto de vista emocional ou material (SANTA ROSA e ANDRADE FILHO, 1999). Por outro lado, a presença de uma doença de curso prolongado deteriora a qualidade das interações sociais de um indivíduo, reduzindo o tamanho de sua rede social e a possibilidade de acessá-la (SLUZKI, 1997).

O surgimento de um transtorno mental consiste em uma situação singular, que põe em movimento um complexo processo social de modo a lidar com ele, processo esse comumente desencadeado por membros do círculo de relações do indivíduo, muitas vezes os primeiros a perceber alterações em seus modos habituais de interação. Associando as mudanças no comportamento como resultantes de alguma anormalidade, reorientam suas ações para com ele. Em vista disso, o surgimento de um transtorno mental pode ser pensado tanto como um fenômeno individual quanto um fenômeno de rede social (SOUZA, 1999a).

Uma rede social é o nicho interpessoal de um indivíduo, a soma de todas as relações percebidas como significativas ou definidas como diferenciadas da massa anônima da sociedade, sendo uma das chaves centrais da experiência individual de identidade, bem-estar, competência e agenciamento ou autoria, incluindo os hábitos de cuidado da saúde e a capacidade de adaptação em uma crise (SLUZKI, 1997). Quando uma criança nasce, ela passa a fazer parte basicamente de dois universos. Um maior que é composto pelo contexto histórico, político, social, econômico e cultural de um país ou região e um universo menor, a rede social. Essa rede é a soma de todas as relações percebidas como significativas, sendo responsável pela construção do indivíduo e de sua auto-imagem. São as relações que temos na família, escola, trabalho e comunidade religiosa que estarão continuamente formando nossa identidade e auto-estima.

Aspectos estruturais das redes influenciam o momento da internação psiquiátrica. Indivíduos imersos em uma rede social bastante interconectada contam com mais apoio e recorrem menos ao auxílio de profissionais, retardando bastante a admissão no hospital. No momento em que um membro da família apresenta um transtorno mental, esta é obrigada a refletir sobre a natureza do problema e as providências que deve tomar para oferecer uma assistência adequada. Pode-se optar por tratar o doente em casa, em clínicas e ambulatorios, ou lançar mão do recurso da internação em hospital psiquiátrico. A última opção decorre, geralmente, da avaliação por parte da família que esta não está mais habilitada em garantir cuidado, bem-estar e segurança ao doente. O fato de ter um parente “doente mental” causa muito sofrimento e os familiares podem acabar se cansando de arcar com os custos elevados que essas pessoas representam tanto em termos emocionais, expressos como frustração, culpa, vergonha, os intermináveis cuidados diários, o medo da agressividade dos pacientes ou das crises recorrentes, quanto econômicos, sob a forma de hospitalizações e medicamentos (SOUZA, 1999b).

Existe, assim, uma tendência à internação quando o caso foge ao âmbito doméstico. A internação não é motivada pela perspectiva de cura ou melhora, sendo, isso sim, uma resolução para uma situação que tornou a rotina cotidiana insustentável. Logo, não depende inteiramente de critérios técnicos. Envolvendo elementos que fogem à competência do psiquiatra e interessam à família, a decisão de internar, ainda que precise passar por uma avaliação médica, é de iniciativa exclusivamente familiar (SOUZA, 1999b).

É a família quem determina até que ponto os comportamentos são aceitáveis e passíveis de resolução por meios próprios e qual o seu limite, além do qual ela não mais é capaz de suportar. O tratamento institucional é uma forma da família conseguir um certo alívio do sofrimento causado pelo paciente em crise. Da mesma forma, a alta do hospital tampouco obedece a critérios claros, devendo ser negociada com as famílias, a despeito de ser definida pela instituição mais até que o ato de internar (SOUZA, 1999b).

A repetição das internações de curta e média permanência, intercaladas com altas e um período variável de convívio domiciliar com o paciente pode gerar nos familiares um desejo mais ou menos consciente de diminuir os contatos com os parentes doentes. Tanto que quando estes ingressam em internações de longa permanência, as famílias repassam à própria instituição a tarefa de dispensar-lhes cuidados. Assim, os vínculos familiares vão se enfraquecendo com o passar do tempo. A institucionalização, portanto, pode ter como

efeito deletério a fragilização do vínculo familiar, caso a família não esteja realmente engajada em mantê-lo e em promover o cuidado de seu parente.

Quanto aos relacionamentos estabelecidos entre os usuários no interior da instituição, eles costumam ser superficiais. A julgar pela citação abaixo, de Esquirol, trata-se aparentemente de uma característica bastante freqüente na população institucionalizada de um modo geral.

Numa casa de loucos, os laços sociais estão partidos; os hábitos mudam, as amizades secam, a confiança se destrói: (...) cada um tem suas idéias, suas afeições, sua linguagem, não tendo nenhuma comunidade de pensamento, cada um vive só e para si; o egoísmo isola tudo. (ESQUIROL apud MACHADO *et al.* 1978).

Russell e Schofield (1999) conceituam isolamento social como um estado objetivo de manter contato mínimo com outras pessoas, enquanto que solidão refere-se a um estado subjetivo de sentimentos negativos associados às seguintes situações: isolamento social percebido, um nível de contato menor que o desejado ou a ausência de uma companhia específica desejada. São essas, precisamente, as questões que permeiam as narrativas dos idosos institucionalizados.

O isolamento social implica em escassez de relacionamentos significativos e satisfatórios quanto à qualidade dos relacionamentos que uma pessoa pode ter. Já o isolamento emocional refere-se ao modo como as pessoas se sentem com relação a si próprias. Ambas as formas fazem parte da experiência de solidão. Mas viver isolado pode não significar necessariamente sentir solidão, caso a pessoa apresente recursos internos pessoais, envolvimento em atividades produtivas e de lazer e uma rede social satisfatória. A solidão pode ser também uma construção social (CAPITANINNI, 2000).

Por outro lado, em um hospital psiquiátrico, a sistemática da organização das enfermarias é coletiva, não havendo espaço de privacidade pessoal. A disposição das camas em fileira, além de facilitar a vigilância, dificulta a formação de grupos primários e a comunicação interpessoal, reforçando a atitude de retraimento tão comum no portador de transtornos mentais. Aliado a isso, a situação intrínseca das instituições de um modo geral, com suas carências de pessoal qualificado, material ou instalações adequadas, cria dificuldades estruturais em grande parte responsáveis por fazer com que os usuários não consigam desenvolver adequadamente suas habilidades e aptidões e tampouco descobrir novas potencialidades e áreas de interesse. Isso prejudica até a sociabilidade entre os usuários, pois, uma vez que não há o que fazer, tampouco há sobre o que falar. Como nada acontece, cada um deles fica confinado a seu mundo interno.

É importante ressaltar que o IMASJM já foi um local onde esse quadro apresentado era característico (LOUGON, 1987). Hoje em dia, com a implantação do Projeto de Reabilitação Psicossocial, tenta-se lutar contra a ociosidade e favorecer a sociabilidade, mediante novas propostas de trabalho que promovam diversas atividades aos usuários. É um trabalho lento que favorece a alguns, enquanto outros ainda permanecem inativos e avessos a desenvolver a sociabilidade.

O sentimento de isolamento é bastante comum entre os usuários entrevistados. Conforme suas declarações, a maioria deles parece não contar com uma rede social forte dentro da instituição, sugerindo que o estabelecimento de laços sociais significativos dentro de uma instituição total seja bastante improvável, porém não impossível. Essas observações estão relacionadas ao estado de abandono de si mesmos, observado com frequência em pacientes crônicos (GOLDENSTEIN, 2001).

Raquel, 67 anos, 47 anos de internação; diagnóstico: epilepsia; não recebe visitas.

Entrevistador: *Você tem amizades aqui dentro?*

Raquel: *Tenho. Muita gente. Algumas morreram. Funcionários, pacientes... o Ari, eu gostava dele. Mas agora ele foi embora, né? Agora aqui, no Rodrigues Caldas, eu gostaria de ficar aqui. Porque no Franco da Rocha não podia dormir, roubava minhas coisas, eu ficava mais nervosa. Agora tô no meu quarto, bem sossegada. Tem tudo. Até minha morte.*

Lucas, 66 anos, 39 anos de internação; diagnósticos: transtorno depressivo e uso abusivo de álcool; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Como foi esse passar do tempo para você?*

Lucas (L): *Saudade eu tinha da família, mas não posso voltar mesmo.*

E: *Você deixou a família?*

L: *Deixei.*

E: *Quem você deixou?*

L: *Meu pai, minha mãe. Meu pai é internado também. Aqui no Ulysses Viana. Depois ele passou para cá, depois ele sumiu. Perdi o contato com ele.*

E: *Quando ele ainda estava aqui, você ainda encontrava com ele?*

L: *Encontrava, conversava. Depois, eu perdi o contato com ele, mas era meu pai. Minha mãe sempre visitava ele, com a minha família. Eu também assistia a visita dele com ela. Ela muito me visitou também, depois parou. Nunca mais ela veio me ver aqui.*

E: *Era pai, mãe, quem mais que ficou lá?*

L: *E os irmãos. Eu tinha 3 irmãos. 2 irmãos e 1 irmã. Comigo eram 4 irmãos.*

E: *Esses irmãos vinham visitar seu pai, também?*

L: *Vinha, vinha todo mundo. Eu ainda estava em casa ele era internado aqui. Naquela época eu ainda estava bom, ainda estava em casa, não tinha ido para o Hospital. E a minha mãe já visitava meu pai aqui. Depois eu fui para o Hospital, vim para cá, perdi o contato com eles. Mas não tinha um doente aqui que não conhecesse ele, meu pai. Tudo quanto era doente conhecia ele. Seu Joaquim de Freitas, era o nome dele. Os doentes conheciam ele. Quando minha mãe chegava para visitar ele, eram eles, os doentes, que*

recebiam ela. Foi todo mundo embora. Nunca mais ligaram, eu também nunca mais liguei, né? Nem sei o que aconteceu.

E: Você morava aonde?

L: Olaria.

E: Você fez amizade aqui?

L: Não costumo ter amizade com ninguém não. Sempre fui sozinho, não queria amizade com ninguém não. Aqui, eles vêm de vez em quando conversa com um ou outro, esbarra conversa com outro, mas amizade mesmo, nunca tive com ninguém não. Depois que está aqui, está conversando com a pessoa, sai dali e vê que a pessoa não é boa, é maluca. Dá aquele choque. Pôxa! Estava conversando com a pessoa tão bem. Sai dali, vê que a pessoa é maluca. Nunca fui amigo de ninguém não. Até hoje.

E: No tempo da Light, você também não tinha amigo não?

L: Não. Aquele pessoal que trabalhava lá, né, comigo. Uma rapaziadazinha jogava um futebol por lá. Quando acabava o serviço, eles jogavam um futebol de tarde, depois de trabalhar. Depois, ia para casa, mas muita amizade não tinha não.

Pedro, 64 anos, 33 anos de internação; diagnóstico: retardo mental grave; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *E a sua família?*

Pedro (P): *A minha mãe não tinha amor em mim não. Me entregou para minha vó. Minha vó foi e internou eu no hospital de São Gonçalo. E de lá fui entregue ao Juizado de menores em Alcântara.*

E: Você conheceu sua mãe?

P: Nem sei o nome dela. Nem sei o nome de pai e nome de mãe. Na minha ficha está inscrito ignorado...

E: E sua avó?

P: Eu não lembro mais de ninguém. Depois que eu vim para aqui, não lembro mais de ninguém. Eu sai com esse que eu fui morar no Rio Grande do Sul... Sai de lá com ele pra viajar pro Rio Grande do Sul...

E: Você tem amigos?

P: Eu nem sei se tenho amigos aqui. Mas depois eu não quis morar nem com ele nem com ninguém... eu voltei pro Pedro II.

Moisés, 68 anos, 50 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

E: E aqui na Juliano Moreira? Você fez amigos?

M: Não.

E: Mas se você ficar doente ou precisar de alguma coisa, as pessoas não te ajudam não? Raquel? Não fez amizades assim não?

M: Não.

Mateus, 74 anos, 35 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; recebe visita da irmã e do cunhado.

E: Você se lembra se antes de vir para cá você tinha amigos?

M: Não. Isso eu não me lembro.

E: Você aqui fez amigos?

M: Eu conheço alguns doentes, alguns doentes iguais a mim.

Josué, 75 anos, 61 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia paranóide; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Você fez amigos aqui dentro?*

Josué (E): *Que é isso? Amizade?*

E: *Uma pessoa que conversa, te ajuda se precisar*

J: *É difícil. Gosto de conversar com mulher, mas homem, puta que pariu.*

E: *Você não gosta de conversar com homem?*

J: *Gosto de conversar com mulher, mas tem mulher que come dinheiro do homem, não recebi pagamento, tinha uma mulata aí.*

Para a obtenção de bons resultados com a internação psiquiátrica, é importante a preservação dos vínculos familiares e sociais do paciente. Caso estes sejam inexistentes ou estejam enfraquecidos, é tarefa da equipe multiprofissional trabalhar a família e o paciente na tentativa de restabelecê-los. Muitos dos usuários continuam sem receber visitas, a despeito dos esforços da equipe em reconstituir os vínculos perdidos. A maioria destes não tem mais família, ou mesmo uma referência dela escrita em prontuário. Por outro lado, atualmente alguns deles passaram a receber mais visitas de seus familiares, graças ao trabalho desenvolvido pelos técnicos, constituindo-se em um resgate importante de um aspecto de suas vidas que lhes é bastante caro.

6.2. O Trabalho

A construção da identidade nas classes trabalhadoras articula-se em torno dos eixos da família e do trabalho, como valores fundamentais que orientam a vida dos indivíduos (ZALUAR, 1985; DUARTE, 1986). Para o trabalhador das classes populares, o trabalho não vale apenas pelo que representa enquanto meio de sobrevivência, mas sobretudo pelo valor de assegurar ao sujeito a qualidade do que o torna humano como os outros homens, pois ser um indivíduo produtivo constitui parte integrante de nosso papel no meio. O trabalho assume a função de um acontecimento social, construtor de identidade e processo de individuação e de sujeito coletivo. É um instrumento mantenedor da independência e fator de reconhecimento social (SILVA FILHO, 1995). É nesse sentido que os relatos se articulam, havendo tanto indivíduos que trabalhavam antes do ingresso na instituição e que continuaram trabalhando, como outros que deixaram de fazê-lo uma vez internados, havendo ainda aqueles que passaram a trabalhar apenas após a admissão.

O trabalho, uma atividade profissional ou mesmo a oportunidade de ser útil é fundamental para a motivação e realização de um indivíduo. Nesse sentido dirigem-se as aspirações das pessoas pela maior parte de suas vidas. No idoso, a ausência de motivações

pelo afastamento muitas vezes compulsório do trabalho é um obstáculo importante para se atingir os sentimentos de satisfação e bem-estar. A redução de estímulos e a restrição de seu círculo de realizações diminuem sua capacidade de inserção social e de realização de perspectivas futuras.

Pedro, 64 anos, 33 anos de internação; diagnóstico: retardo mental grave; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Pedro, você trabalhava, capinava? Quando parou de capinar?*

Pedro (P): *Depois que entrou o pessoal da Companhia, aí parou.*

E: *Então você trabalhou até agora há pouco?*

P: *Não! Eu parei há muito tempo.*

E: *Mas antes de você vir pra cá, já tinha trabalhado?*

P: *Eu capinava lá no Abrigo, mas pra fora eu não capinava não. Eu pedia esmola, depois eu não quis pedir mais esmola, eu me internei no Pedro II e de lá me mandaram pra cá.*

Paulo 60 anos, 33 anos de internação; diagnósticos: esquizofrenia residual e demência não especificada; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Você já trabalhou aqui na Juliano Moreira?*

Paulo (P): *Trabalhei.*

E: *Você fazia o quê?*

P: *Eu trabalhava na Lavanderia e depois eu larguei.*

E: *O que você fazia na lavanderia?*

P: *Eu levava roupa daqui pra lá.*

Os indivíduos entrevistados enfrentam a exclusão tanto pelo fato de ser velhos, como de serem portadores de transtornos mentais. A importância do trabalho na vida dessas pessoas é inquestionável. Por outro lado, a disposição para o trabalho está relacionada à força ou plena posse das capacidades físicas e mentais, opondo-se à fraqueza que caracteriza a doença. Tornar-se velho pode estar ligado à perda da capacidade de trabalho e à perda da saúde, sendo que estas perdas muitas vezes se confundem.

Consta na história do IMASJM, inclusive na do Pavilhão 7, o fato de a equipe técnica já haver incentivado a participação dos usuários nos trabalhos de manutenção, cabendo a eles a faxina e o trabalho nas copas devido à falta de funcionários. Este trabalho não tinha fins terapêuticos, sendo utilizado como “estímulo” à distribuição de cigarros os quais funcionavam como verdadeira moeda corrente. Assim, instaurou-se uma distinção entre usuários que não trabalhavam e os que trabalhavam, sendo permitido a esses últimos a utilização do refeitório (atual Lar de Pedra) comum aos funcionários. Esta função do cigarro está expressa no trecho abaixo:

Pedro, 64 anos, 33 anos de internação; diagnóstico: retardo mental grave; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *E você trabalhava aqui?*

Pedro (P): *Eu capinava. Antigamente tinha capina aí... tinha enxada para capinar.*

E: *Ganhava dinheiro?*

P: *Não! Não ganhava nada não! O que fumava ganhava em três dias um maço de cigarro.*

E: *E quem não fumava não ganhava nada?*

P: *Não ganhava nada!*

6.3. O Vazio Social e o Lapso do Tempo

Dentre todas as categorias analisadas neste trabalho, certamente não houve nenhuma que houvesse chamado a atenção de modo tão inquietante e conspícuo como a questão denominada aqui de “lapso do tempo”. Os usuários não aparentam ter a noção de há quanto tempo encontram-se internados. Em alguns casos, como os de Lucas e Tiago (o primeiro e o último a serem apresentados), essa discrepância assume proporções absurdas. Noutros exemplos, os usuários desconhecem a data exata e até mesmo o atual nome do Estado onde residem. A perda da capacidade de se orientar no tempo é consequência do processo de desculturação pelo qual passam os indivíduos em uma instituição total. Em outras palavras, reflete a impossibilidade de se adquirir os hábitos e comportamentos necessários para a vida em sociedade ou a perda dos mesmos.

Lucas, 66 anos, 39 anos de internação; diagnóstico: transtorno depressivo; não recebe visitas.

E: *Você está aqui há muito tempo?*

L: *Tô. Faz uns dois anos ou três.*

Paulo, 60 anos, 33 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual e demência não especificada; não recebe visitas.

E: *Você sempre foi aqui do Rodrigues Caldas ou esteve em outro núcleo?*

P: *Estive no Engenho de Dentro. E de lá eles mandaram eu pra cá. Tem dez anos...que eu estou aqui na Colônia Juliano Moreira.*

Moisés, 68 anos, 50 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

E: *Você está há muito tempo aqui?*

M: *10 anos.*

Abraão, 77 anos, 32 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

E: *O que você menos gosta daqui?*

A: *Eu gosto daqui.*

E: *Não tem nada de que você não goste?*

A: *Eu gosto da Guanabara.*

João, 72 anos, 54 anos de internação; diagnóstico: demência não especificada; recebe visita da cunhada.

E: *Quero que você me conte histórias aqui da Juliano Moreira.*

J: *A Juliano Moreira antigamente, quando eu tinha vindo, não era assim. Eu vim para cá em ... acho que foi em oitenta e... sete. Oitenta e sete.*

(...)

E: *Mas então você esteve no Engenho de Dentro e depois veio para cá? Quanto tempo?*

J: *Sete anos aqui.*

(...)

E: *Quantos anos você tem?*

J: *Estou com 53.*

Mateus, 74 anos, 35 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; recebe visita da irmã e do cunhado.

E: *Você está há muito tempo aqui?*

M: *Estou há muito tempo.*

E: *Há quanto tempo?*

M: *Mais de sete anos.*

E: *Você está com quantos anos?*

M: *Sessenta. Não estou muito velho não.*

Tiago, 70 anos, 42 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

E: *Quando você veio para cá?*

T: *26 de setembro*

E: *De que ano?*

T: *1999. É isso mesmo. 26 de setembro de 1999.*

E: *Então você está aqui há quanto tempo?*

T: *3 anos.*

A noção de tempo tem merecido muito destaque na Antropologia como socialmente construída e suscetível a diversidades culturais e históricas. Ocorre a tensão entre o tempo contínuo dos grupos sociais e o tempo descontínuo do indivíduo, fazendo com que as pessoas, apesar de suas descontinuidades vivenciadas, sejam capazes de projetar e reconstruir uma duração social a partir de formas diversas de sociabilidade.

A aparência de atemporalidade na vida dentro do IMASJM já foi interpretada como consequência de um longo período de internação em uma instituição total. Relatos anteriores da população do IMASJM descrevem situações que contribuíam para dar ao local uma aparência ociosa e indolente, onde o tempo custava a passar. Mostram indivíduos deambulando de um lugar para outro, pessoas falando sozinhas e outras se

mantendo em silêncio, as quais recusavam-se a responder a quaisquer perguntas ou o faziam com o uso de monossílabos, gestos ou frases curtas, e ainda os que pediam dinheiro e cigarros a quem quer que aparentasse possuí-los. Esse quadro era interpretado como decorrente da ausência total de quaisquer atividades a preencher os intervalos entre as refeições (LOUGON, 1987).

Seria possível levantar a hipótese segundo a qual, para indivíduos em internações de longa permanência, a marcação do tempo se daria a partir do registro de eventos que marcassem a história do local onde estão institucionalizados. No entanto, observou-se, a partir dos relatos, que os usuários não demonstram ter ciência de quaisquer marcos importantes nesse sentido. Não registram fatos históricos, mudanças de diretor ou no quadro de funcionários que lidam com eles diretamente, percebendo apenas as mudanças em seu dia-a-dia que esses eventos proporcionam. A inexistência de parâmetros marcando a passagem do tempo leva a uma situação onde passado e presente se interpõem e confundem. A inexistência de eventos de significação pessoal ou de calendários disponíveis para consulta conduz muitos pacientes a uma condição de vida mais ou menos atemporal, imobilizados em um estado de suspensão histórica, cristalizados no período em que foram internados e deixaram de participar do mundo exterior (LOUGON, 1987).

Atualmente se observa um grande esforço por parte da equipe técnica em garantir a existência de atividades voltadas para os usuários. Busca-se marcar a passagem do tempo mediante a realização de festas e comemorações de datas especiais, tais como aniversariantes do mês, Ano Novo, Natal, Carnaval, Festas Juninas, Dia das Mães, Dia dos Pais, Páscoa, entre outras. Realiza-se, ainda, grupos de informação, nos quais tem lugar a leitura comentada de jornais e revistas recentes, onde as últimas notícias do Brasil e do mundo são discutidas. Apesar disso, no entanto, os usuários parecem haver perdido a noção da passagem do tempo enquanto elemento mensurável e contido nos calendários e relógios.

O tempo dos relógios é um processo físico padronizado pela sociedade e decomposto em seqüências-modelo de recorrência regular, como as horas ou os minutos. Relógios e calendários são instrumentos já incorporados ao mundo simbólico do homem, a ponto de serem considerados como dotados de existência natural, alheia ao próprio homem que os inventou, mas sem o qual não haveria tempo e, portanto, tampouco as invenções destinadas a medi-lo, regulando as diversas atividades desempenhadas pelo homem. Dessa forma, não se pode compreender o homem sem o tempo e sem a atividade. Somente refletindo sobre o tempo compreende-se a transformação em seus símbolos e significados.

A experiência do tempo como um fluxo contínuo só foi possível com a internalização do conceito de medição do tempo a partir dos relógios de movimento contínuo, a sucessão dos calendários e o passar dos anos e séculos. Quando faltam estes instrumentos, a experiência do tempo também está ausente (ELIAS, 1998).

O tempo interliga estruturas psicológicas individuais com estruturas sociais mais amplas. A crescente importância dada ao tempo em nossa sociedade tende a ser fruto do próprio desenvolvimento social, que fez dele um item primordial para a regulação da vida em sociedade. O tempo é produto da evolução da sociedade ocidental e do desenvolvimento da capacidade humana de síntese e representação simbólica. Presente em diversas comunidades e desde tempos remotos, o tempo é uma convenção social acompanhando nosso desenvolvimento enquanto civilização e enquanto indivíduos imersos na civilização de que fazemos parte, pois como não nascemos com um sentido temporal pronto, este deve ser aprendido juntamente com outros valores culturais. O impacto da organização temporal nas relações humanas varia de época para época e afeta a todos em graus distintos. As exigências temporais demandam ritmos acelerados, dando a impressão de estarmos sempre correndo contra o tempo. Uma sociedade que respeite diferentes temporalidades e ritmos parece uma utopia.

Indivíduos pertencentes a sociedades sem calendário, e portanto, sem símbolos precisos para marcar o tempo, não sabem dizer com certeza a sua idade. Para essas pessoas, o tempo seria um dado natural, representação subjetiva enraizada na natureza humana, uma forma inata de experiência, logo, um dado não modificável da natureza humana. A consciência temporal solidamente enraizada da sociedade moderna leva a uma preocupação constante com o tempo, do qual ela é cada vez mais dependente. “Os homens vivem em um mundo de símbolos que eles mesmos criaram.” (ELIAS, 1998).

Talvez a razão para a questão do lapso do tempo ser tão inquietante resida no fato de os técnicos e funcionários fazerem parte de uma sociedade moderna, onde o tempo exerce um papel primordial para a regulação da vida, ao passo que os usuários institucionalizados vivem em um mundo à parte, no qual a função reguladora e normativa do tempo não se faz com a mesma intensidade. Por outro lado, o estranhamento se origina a partir dos técnicos e funcionários e não dos pacientes. Eles têm todo o tempo do mundo, têm o tempo de uma vida. Dessa maneira, o passado e o presente se misturam nos relatos dos internos sem maiores constrangimentos, tornando suas vidas um eterno presente, onde 42 anos de internação vêm-se transformados em apenas três. O papel da equipe técnica é auxiliar os pacientes a lidarem com a própria temporalidade e a internalizar uma nova.

Quando se resgata historicamente o tempo, o homem pode repensar sua vida e transformá-la, tornando-se o sujeito de sua própria história.

6.4. A Comida e o Ritmo Institucional

A preocupação com a alimentação foi observada no discurso de todos os usuários entrevistados. Nos trechos selecionados, observa-se que a categoria “comida” é fundamental na articulação de seu pensamento sobre alimentação e a própria vida institucional, já que variações nesse campo caracterizam diversas fases de seu tempo de internação. O tempo dentro de uma instituição total é regulado pelo horário das refeições, as quais constituem-se comumente no único acontecimento digno de nota para os internos, uma vez que nada fazem em seus intervalos (LOUGON, 1987). Mesmo no IMASJM, onde o cotidiano dos usuários é preenchido por diversas atividades às custas do Projeto de Reabilitação Psicossocial, as quais ocupam suas manhãs e tardes, a preocupação com a comida ainda preenche a maior parte de seus relatos. Além disso, caso alguma das atividades esteja ultrapassando o horário das refeições, são os próprios usuários que se encarregam de interrompê-la para se dirigirem ao refeitório, demonstrando bem seu senso de prioridade. Para eles, o alimento é uma tentativa de compensação das muitas frustrações e impossibilidades características da vida institucional.

Segundo Zaluar (1985), a comida tem uma importância fundamental na hierarquia de consumo nas classes trabalhadoras, constituindo o termômetro do papel masculino bem desempenhado. Enquanto ao homem cabe a tarefa de botar a comida dentro de casa, à mulher cabe o seu gerenciamento e cuidar para que o dinheiro para a comida dê até o fim do mês. A comida é o principal veículo através do qual os pobres urbanos pensam sua condição. Ao falarem do que comem, sua primeira associação é com a pobreza, pois ela é quem vai justificar o que e o quanto comem. Mesmo no IMASJM, onde os usuários não têm como escolher o que vão consumir, a comida está presente enquanto indicador indireto de sua qualidade de vida.

É importante ressaltar que a quantidade de comida oferecida também é importante e não apenas a qualidade. Isso também está de acordo com observações em indivíduos de classes populares, para quem o papel da comida é o de “encher barriga”, em contraposição à preferência de alimentos “saudáveis” e “leves” observada nas classes dominantes. A valorização da magreza cresce na mesma proporção que o poder econômico, pois à medida que se ascende na classe social, aumenta a importância dada à questão da aparência física,

de modo que dois indivíduos de mesma corpulência podem ser considerados magros nas classes populares ou gordos nas classes mais abastadas (BOLTANSKI, 1989).

As escolhas alimentares são culturais e dependem, em última análise, da organização do trabalho nas sociedades industriais modernas, que leva os trabalhadores de classes menos abastadas a consumirem alimentos de fácil armazenagem e preparo rápido, freqüentemente gordurosos e de difícil digestão, de modo a permanecer por mais tempo com a sensação de plenitude gástrica ou “barriga cheia”. Preferem sempre os mesmos alimentos e por isso, sua dieta é monótona, estereotipada e pobre em nutrientes, fruto da luta cotidiana contra a fome (ZALUAR, 1985). A importância da quantidade de comida dentro do prato está bastante representada nos discursos dos pacientes do IMASJM, nos quais a quantidade age como verdadeiro termômetro de seu grau de satisfação com a instituição e consigo mesmos, por relacionarem seu estado de saúde ao volume de alimento ingerido.

Raquel, 67 anos, 47 anos de internação; diagnóstico: epilepsia; não recebe visitas.

Entrevistador: *E a Colônia, mudou muito?*

Raquel: *Não sei, porque antigamente era melhor. A gente comia, parece até uma “porca”. Um pratinho de comida aqui que a gente comia até não poder mais. Era aquele pratinho grande. Todo mundo dizia assim: - Ah! Raquel está forte, bonita! Eu comia mesmo. Fruta à beça.*

Pedro, 64 anos, 33 anos de internação; diagnóstico: retardo mental grave; não recebe visitas.

Entrevistador: *A Juliano Moreira mudou?*

Pedro: *Mudou, né? Mudou a comida. A comida é pouca. Antigamente era bastante. Enchia o prato de comida. Na bandeja botava bastante comida. Dava até pros porcos comer. Quem não queria comer botava na vasilha de resto e dava pros porcos.*

Paulo, 60 anos; 33 anos de internação; diagnósticos: esquizofrenia residual e demência não especificada; não recebe visitas.

Entrevistador: *Paulo, o que você mais gosta daqui?*

Paulo: *Comida.*

Moisés, 68 anos, 50 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *E aqui, Moisés, a Juliano Moreira mudou muito?*

Moisés (M): *Não sei....mudou a comida.*

E: *Mudou para melhor ou para pior?*

M: *Para pior.*

E: *O que mais?*

M: *Antigamente vinha um caminhão de comida e agora não vem mais.*

E: *A comida é pouca?*

M: *É pouca.*

E: *Mudou a comida e o que mais?*

M: *Só.*

Mateus, 74 anos, 35 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; recebe visita da irmã e do cunhado.

Entrevistador (E): *De que você mais gosta?*

Mateus (M): *Aqui eu gosto de escutar música, comer, fumar...*

E: *A comida daqui é boa?*

M: *A comida daqui é boa. Boa comida. Sempre foi. Fumar. Mudar de roupa sempre. Toda semana. Andar por aí... outras coisas.*

Davi, 64 anos, 31 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Aqui a Juliano Moreira mudou muito?*

Davi (D): *Mudou.*

E: *O que mudou?*

D: *A comida.*

E: *O que mudou na comida? Como era antes e como está agora?*

D: *Boa.*

E: *Antes a comida era ruim*

D: *Era.*

Os entrevistados referem com frequência o fato de a comida oferecida a eles haver se reduzido em quantidade com o passar do tempo. Uma razão para isso pode ser a terceirização do fornecimento da alimentação, a qual chega em embalagens individuais (“quentinhas”), substituindo a refeição preparada na própria instituição. Ainda com relação à alimentação, cabe acrescentar que não se trata de uma atividade compartilhada de forma prazerosa, capaz de servir-lhes como momento de descontração. A despeito de tratar-se de uma atividade coletiva, realizada ao mesmo tempo por todos os usuários, cada um a desempenha individual mente.

6.5. Sexualidade e Interação

O tema “sexualidade” costuma ser pouco abordado e trabalhado entre os profissionais do núcleo assim como dentro do pavilhão, sendo frequentemente relegado a segundo plano. Apenas torna-se assunto em reuniões ou conversas informais quando acarreta algum problema mais evidente a necessitar de intervenção por parte da equipe. Na verdade, todos os profissionais da unidade têm conhecimento ou já presenciaram algum tipo de atividade sexual entre os usuários. As reações a esta situação podem variar de uma repressão a ignorar o fato por completo. Cada profissional reage a esta situação segundo

seu julgamento pessoal e o controle da sexualidade dos internos cabe à enfermagem e à vigilância.

O homossexualismo é a prática utilizada por alguns usuários. Outros optam pelo relacionamento hetero ou bissexual. A masturbação é outro comportamento observável em um simples caminhar pelo pavilhão. Na posição de técnica de referência, já presenciei cenas de masturbação e já fui chamada a intervir em um caso específico, onde Renato, um usuário mulato, alto e forte, manteve relações sexuais com Sérgio, magro, franzino e com comprometimento motor, causando lesão local. Os usuários envolvidos neste episódio foram atendidos pelas psicólogas de seus respectivos pavilhões. Em conversa com Renato, ficou claro que não houve violência, mas consentimento de ambas as partes. Outros exemplos são os casos de Marcelo, que me abordou para relatar sua indignação ao presenciar uma cena de sexo oral entre dois internos nas dependências do pavilhão, me pedindo para conversar com os dois de modo a evitar que isto se repetisse, e Raquel, a qual, durante um grupo, identificou os usuários homo e bissexuais.

Lembrando que a estrutura física do pavilhão é a de uma enfermaria, sem nenhum tipo de divisão entre os leitos, fica evidente que no ambiente institucional não há espaço ou privacidade para as manifestações da sexualidade. As atividades sexuais terminam sendo realizadas no mato, em alguma construção desativada ou em meio à observação dos demais usuários e técnicos.

Os comportamentos sexuais dos usuários não se devem apenas a conflitos internos, porém é prática comum nas instituições reduzi-los à perspectiva individual de modo a apagar a manifestação sexual do indivíduo, recolocando-a exclusivamente como disfunção de seu corpo ou desregulação de seu espírito. Não se considera que a sexualidade dos internos tenha outros significados, oriundos das relações sociais e práticas específicas tendo lugar em espaços fechados. A atividade sexual é vista como perigosa para ambos os sexos, uma das várias proibições que sustentam a ordem asilar. Para Birman (1980), a sexualidade é a tentativa do indivíduo de reencontrar seu lugar social a partir de seu corpo, seu único bem que lhe resta, uma vez que seus emblemas lhe foram removidos ao ingressar em uma instituição total. Após o processo de mortificação do eu, o indivíduo assimila o novo papel, o de doente mental, oferecido no processo de cura. Qualquer oposição ao funcionamento asilar é sinal de que o estado de corpo doente não foi aceito e a sexualidade, marca distintiva do sujeito, é vista como sinal dessa não aceitação, evidência da impossibilidade do controle total da instituição sobre os pacientes.

A sexualidade de um indivíduo é uma parte importante de sua psique, vista pela psicanálise como núcleo significativo da individualidade e não como sintoma mórbido de conotação negativa. No entanto, sempre foi posta em segundo plano, seja porque não recebia o estatuto de dimensão essencial do humano ou porque a individualidade do enfermo desaparecia na construção dos sistemas nosográficos. O desejo sexual é desvalorizado em sua singularidade, reduzido a um sintoma de enfermidade psíquica, traço de uma estrutura patológica de personalidade (BIRMAN, 1980).

As manifestações de sexualidade dos internos não necessariamente são reações à estrutura totalitária da instituição, podendo ser interpretadas como expressão de um comportamento natural e indissociável do ser humano. No entanto, a política das instituições sempre foi a de ignorá-las ou negá-las, ocupando-se de coibi-las quando possível. No caso do IMASJM, sempre houve alguns usuários cuja sexualidade não se deixou inibir, sendo capazes de pular muros e passar noites fora de seus núcleos. Há relatos de uma paciente que chegou a construir um local, algo afastado de seu pavilhão, destinado a encontros amorosos (LOUGON, 1987). O trecho selecionado mostra a maneira como esse processo ocorreu para uma usuária, a quem a direção autorizou que convivesse com seu parceiro em um quarto separado.

Raquel, 67 anos, 47 anos de internação; diagnóstico: epilepsia; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Me conte a história de sua vida aqui no IMAS Juliano Moreira.*

Raquel (R): *A minha vida aqui foi muita boa. Quando eu estava aqui, eu entrei em 52. Eu estava no Teixeira. Eu estava com 18 anos. Eu depois briguei no Teixeira com um guarda e depois o médico me mandou para o Franco da Rocha em 1955. Eu fiquei lá. Depois, eu fui namorando. Depois eu estava em um pavilhão, arrebentei a janela, fui e namorei um rapaz. Eu fiz um filho ali. Um garoto, o primeiro filho, foi um menino, agora ele tem 47 anos. O segundo [filho], eu fui lá no mato. Agora ela é professora. Ela é filha de outro homem. Depois eu fui, demorei um pouco, tive outro filho, que é uma menina com outro homem. Cada filho tem um pai diferente. Não é funcionário, é doente. Controlado, né?*

E: *Conta como era namorar aqui?*

R: *A gente namorava muito, se beijava e tudo. Dava as coisas. Eu gostava dele. O primeiro, ele morava aqui no Rodrigues Caldas. Eu fiquei grávida. Ele queria levar eu e o menino pequeno, aí não podia. Ele queria levar para São Paulo, para a casa da irmã dele. Ela morava lá, mas não podia. Eu não podia ir. Então ele jogou uma pedra na cara do médico. Ele mesmo fez a besteira no pavilhão dele aqui no 3. Ele bebeu uma porcaria, ficou inchado o estômago, foi no bloco e morreu. Eu dei o garoto de papel passado. Agora ele é militar da Marinha, a garota é professora e a outra, ela costura na fábrica onde ela trabalha em Santa Tereza. Eu dei todos os meus filhos de papel passado. Eu não quero os meus filhos aqui, junto comigo. Porque internação de filho e mãe é muito ruim. Dei para uma pessoa criar, para ser mãe de criação. Aqui tinha muita gente. Mãe, filho, tudo internado. Então eu, com minha cabeça boa, dei eles de papel passado. Eu dei a uma moça.*

E: *Mãe e filho aqui não é bom por quê?*

R: *Eu com 3 filhos aqui internados? É ruim, hein? Eu não sei aonde eles iam ficar. Eu queria que eles trabalhassem.*

E: *Mas os pacientes aqui não trabalhavam também?*

R: *Eles tinham os filhos, elas não tinham a cabeça boa [falando dos demais pacientes]. Têm algumas que não tinham a cabeça boa. O médico mesmo falava com as pessoas, iam visitar as crianças na creche, queria ver para criar. Eu dei a minha. Hoje eles estão lá fora, bem. Tinha tantas mulheres, tinha 39 mulheres grávidas. Cada uma tinha o filho e colocava na creche.*

E: *Como era viver na Juliano Moreira?*

R: *Aqui era só homem, no Rodrigues Caldas. Não tinha mulher que morava aqui não. Depois é que tiraram os doentes para outros pavilhões.*

E: *Como você veio morar neste pavilhão?*

R: *Eu pedi à assistente social. Eu queria ficar perto do Ari, que era o meu quarto namorado, para que eu não ficasse namorando na chuva, no sol quente, nem no escuro. Fiquei 23 anos com ele. Ele morreu em 99. Agora eu não tenho mais nada.*

6.6. Envelhecendo Entre Quatro Paredes

Cada indivíduo envelhece de acordo com seu patrimônio genético e as influências sofridas pelo ambiente onde vive e viveu, pois as mudanças relacionadas à idade se dão em momentos diferentes, de acordo com seus próprios ritmos biológicos e variando entre os diferentes órgãos, tecidos e células. Se o envelhecimento biológico, que é ao menos acessível aos olhos, desafia formas fáceis de mensuração, mais difícil ainda de apreender é o envelhecimento social. Fatores não biológicos marcam profundamente o ritmo, natureza, funções e significados da velhice. Não há traços psicológicos específicos da terceira idade e sim remanejamentos necessários à adaptação a uma existência em longo prazo, considerando o idoso, seu círculo de relações e suas imagens da velhice. O envelhecimento psicológico é um processo individual e único, com especificidades relacionadas à personalidade formada no decorrer da vida. Por isso não existe um modo único de viver bem a velhice, pois as pessoas envelhecem de vários modos. Envelhecer bem seria substituir por novos projetos e relacionamentos aquilo que a idade lhes tenha tirado. As perdas devem ser superadas por novas conquistas (NOVAES, 1995; ATALIBA, 1999).

O envelhecimento social é um lento processo levando à perda progressiva de contatos sociais significativos, do poder de decisão e do diálogo intergeracional e, por fim, à morte social. A sociedade dispõe de mecanismos institucionais visíveis (a burocracia das aposentadorias e asilos), mecanismos técnicos (a dependência de próteses e a dificuldade em adquiri-las), mecanismos científicos (pesquisas “demonstrando” a incapacidade e incompetência sociais dos idosos) e principalmente mecanismos psicológicos sutis e quase

invisíveis (a recusa do diálogo e reciprocidade, forçando o idoso a comportamentos repetitivos, tutela e falsa tolerância, escondendo a exclusão e a discriminação). Todos eles são as várias formas mediante as quais a sociedade realiza a opressão da velhice e dos idosos (CHAUI, 1994).

A velhice não é uma concepção absoluta, mas interpretações sobre o percurso da existência e as concepções anteriores vão se transformando em seu decorrer. A representação do envelhecimento vai depender do ambiente sócio-cultural em que o idoso se insere. É digno de nota ressaltar que muitas pesquisas já realizadas com a população idosa revelam que os entrevistados não se consideravam velhos, reservando essa denominação aos que, mesmo com menos idade, já haviam perdido a lucidez. Os estereótipos comumente associados aos velhos são usados pelos idosos ao se referirem à velhice em geral ou a outras pessoas que se comportam como velhas. A maneira como eles se referem ao seu envelhecer é função do modo como viveram e como encaram a vida em geral. Mas de um modo geral, todos os entrevistados têm a noção do quanto envelheceram (ATALIBA, 1999).

Ao considerar-se o envelhecimento como fenômeno externo, alheio à vontade do indivíduo e freqüentemente indesejado, pode-se traçar um paralelo com a noção de doença. O surgimento de uma enfermidade constitui uma situação-problema, demandando dos indivíduos medidas normalizadoras que lhes permitam enquadrar a experiência de ruptura em esquemas interpretativos e reintegrá-la ao sistema normal de representações cotidianas. A idéia de experiência remete ao corpo, fundamento de nossa inserção no mundo. Antes de ser um objeto para a Medicina, o corpo é dimensão do nosso próprio ser, o local onde se inscrevem e se mostram as várias dimensões da vida, integradas em um esquema corporal expressando uma modalidade particular de ser no mundo. Possuir um corpo nos coloca no papel de seres em situação. Através dele, os objetos e o espaço ganham sentido para nós (ALVES, RABELO e SOUZA, 1999).

De modo análogo, o envelhecimento também representa uma ruptura com a idéia de juventude e demanda novas elaborações para ser enquadrado a uma nova realidade, a que salta aos olhos diante do espelho ou dos sinais de declínio nas funções biológicas. A diferença com relação à doença é que esta constitui um processo agudo. Mesmo no caso de uma doença crônica, é possível remeter a uma situação anterior onde ela não existia. Já o envelhecimento é um fenômeno de evolução lenta e progressiva, ao mesmo tempo em que natural e irreversível. As perdas inerentes a ele são sentidas no corpo e é pelo reflexo da imagem desse corpo ao espelho que o indivíduo tem a percepção de estar entrando em uma

nova fase de sua vida, durante a qual ele pode elaborar suas perdas enquanto busca novas satisfações e novos papéis. Sendo assim, a experiência do envelhecimento envolve mudança de papéis sociais, onde alguns são adquiridos e outros abandonados.

Os trechos selecionados das entrevistas com os dezesseis usuários demonstram como os estereótipos da velhice encontram-se arraigados em suas crenças, estando presentes nas respostas de todos eles ao serem perguntados sobre o que acreditam ser uma pessoa idosa. Para eles, o envelhecimento está associado a “cansaço”, apatia, recusa alimentar, limitações físicas e funcionais, inatividade, andar “por aí”, comportar-se feito criança, ser imprestável, falar sozinho e cabelos brancos. Muitos deles limitam seu conceito de envelhecimento a características externas, das quais a mais citada é a canície (“cabelos brancos”). Outros associam a velhice à idade avançada, muito embora não se possa estabelecer um consenso com relação à idade a partir da qual se está velho. Nos relatos, a idade variou de “mais de vinte” a oitenta anos. A ausência de investimento afetivo que perdurou por muitos anos em suas vidas influenciou o envelhecimento psicológico, gerando sentimentos de inutilidade, baixa auto-estima, fracasso e insegurança, presentes nos relatos.

Pelos trechos selecionados, observa-se ainda que os usuários do IMASJM têm noção de que envelheceram, mas não se reconhecem como velhos. A exemplo do que ocorre com os idosos sem transtornos mentais (MESSY, 1993; MANNONI, 1995), em sua opinião, velhos são os outros. A percepção de seu próprio envelhecimento não está associada a suas definições e demarcações da velhice, colocando-se invariavelmente de fora delas.

Raquel, 67 anos, 47 anos de internação; diagnóstico: epilepsia; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Você se sente velha?*

Raquel (R): *Eu? Mais ou menos. Eu tenho 67 anos.*

E: *Como é esse mais ou menos?*

R: *Canseira, não pode trabalhar muito, a gente não pode ficar muito no sol que a gente sente, ficar muito sentada a gente fica cansada. Meu joelho está quebrado. Eu quebrei o joelho, eu dava nervoso. Eu caia no chão, eu quebrava, eu quebrava tudo na rua. Eu quebrei meu joelho. Depois eu fui não podia andar, mandavam o motorista me levar para o bloco médico. Eu botei o gesso no joelho. Não podia nem andar direito.*

E: *A gente estava falando de como você se sente velha.*

R: *Cansada e muito, assim, nervosa. Eu não posso me aborrecer que eu sinto aquele nervo muito fraco.*

E: *Antes não era assim?*

R: *Não era assim. Agora eu estou muito fraca.*

E: *Como a gente sabe quando se está velho?*

R: *Agora eu estou com 67 anos. Estou me sentindo muito assim, caída. Muito fraca. Já fiquei muito de cama.*

E: *Mas isso você acha que tem a ver com a idade?*

R: *Quando eu era de menor, eu era mais forte. Eu dançava, requebrava e tudo, agora não. Agora eu não posso porque minhas cadeiras doem. O rapaz me chamando para dançar, eu não. Eles gostam de eu dançar com eles, na festa, eu não vou não. O corpo dói, aí eu fico assim, com aquela moleza. Fico com vontade de dormir.*

Lucas, 66 anos, 39 anos de internação; diagnósticos: transtorno depressivo e uso abusivo de álcool; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Você se sente velho?*

Lucas (L): *Ah! Sinto que quase não posso andar. Ali você vê que eu só paro ali para ajudar na rouparia. Nesse trabalho de arrumar as camas, ajudar a dar banho quando aparece, tem sempre vindo. Quer dizer que eu ajudo um pouquinho. Quando é preciso. Quando não é preciso, eu não ajudo.*

E: *Como a gente sabe quando a gente está velho?*

L: *Pelo tempo, pelo decorrer dos anos. A gente vai ficando velho, ficando velho sem saber, né?*

E: *Como é uma pessoa velha?*

L: *Por exemplo, a pessoa hoje em dia é nova. Por exemplo, você nasceu em que ano?*

E: 1967.

L: 1967! *É bastante nova, né?!*

E: *Mas é pelo ano que a pessoa nasceu?*

L: *É! 67. Quer dizer que você não tem nem 20 anos, né?!*

E: *Tenho 35.*

L: *Bastante tempo, né?! Bastante idosa, né?!*

E: *Quando a gente sabe quando se está velho?*

L: *Eu me sinto velho porque aquele hospital não é sopa não. Passar ali. É que o tempo passa. A gente passa, esquece. Quem vai para aquele hospital é difícil voltar bom. Nunca mais volta. Vai dali, dali vai embora. Quando cai naquele hospital Pedro II, quando volta de lá, a pessoa volta sem cérebro. É difícil a pessoa voltar a conversar, a ficar alegre, a ter alegria, a brincar, é difícil! A pessoa fica sempre amuada, triste, fica murcha, fica sem paradeiro. O tratamento é muito choque. Todo dia é choque. Todo dia é choque. Dava 400 choques na cabeça, que leva ali no mínimo cada pessoa quando aparece ali. Aquele hospital é um hospital que é difícil. A pessoa volta de lá morta. 400 choques, né? Acho que eu morri. Eu morri, Ana²³?*

Aqui é importante fazer alguns comentários. O envelhecimento é um fenômeno cuja percepção sempre surpreende. Segundo Mannoni (1995), o momento em que a sensação de velhice nos atinge é inesperado. A despeito de estarmos envelhecendo paulatinamente, somos quase sempre despreparados para tomar consciência não apenas de nossa finitude, mas principalmente do momento em que esta se avizinha. Aqui se insere o comentário de Waldir, onde ele diz que envelhece-se sem saber. Por outro lado, Lucas já se submeteu a várias sessões de ECT durante sua vida institucional. O embotamento psíquico

²³ Grifo da autora.

e o sentimento de passividade, gerados ao mesmo tempo pelo envelhecimento dentro de uma instituição total, pelo transtorno mental e pelas medicações destinadas a tratá-lo, levam-no a questionar até mesmo se está vivo ou morto. Em seu entender, para suportar a carga de sofrimento por que passou, só mesmo morrendo. Ou então estando morto, sendo vivo. Como uma morte em vida.

José, 60 anos, 35 anos de internação; diagnóstico: uso nocivo de álcool; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Quando é que a gente sabe que uma pessoa está idosa?*

José (J): *Quando vai passando o tempo da idade, o cabelo vai caindo.*

E: *A pessoa vai ficando idosa quando o cabelo vai caindo?*

J: *Quando chega a 62, sessenta e poucos...*

E: *Quantos anos você tem?*

J: *Cinqüenta e pouco.*

E: *Você se sente idoso?*

J: *Ah! Por enquanto ainda não. Cinqüenta e cinco.*

E: *Mas aí você não se sente idoso?*

J: *Não.*

E: *E aqui no Pavilhão tem muito idoso?*

J: *Tem...O Cunha...*

E: *Você se sente velho?*

J: *Não.*

E: *Como é uma pessoa velha?*

J: *É a pessoa velha que tem uma certa idade.*

E: *Essa idade é a partir de cinqüenta e pouco?*

J: *Ah! É sessenta e pouco... cinqüenta e cinco, sessenta, setenta... aí tá velho.*

E: *E você acha que vai ficar velho?*

J: *Não. Aí é o destino, né?*

Pedro, 64 anos, 33 anos de internação; diagnóstico: retardo mental grave; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Você se sente velho?*

Pedro (P): *Eu não!*

E: *E quando é que a gente sabe que se sente velho?*

P: *Eu faço nesse ano 64 e no ano que vem 65 e, em 2004, faço 66.*

E: *E quando agente sabe que fica velha?*

P: *Quando não pode andar mais... Fica meio abobado...*

E: *Como é que é uma pessoa meio abobada?*

P: *Não quer andar em lugar nenhum, só quer ficar na cama...*

E: *E você gosta de ficar na cama?*

P: *Eu já andei muito... capinava lá, pra lá do Ulysses Viana...*

E: *Então a pessoa fica velha quando fica abobada e não anda?*

P: *Não quer comer, não quer fazer mais nada! Eu nunca larguei de comer. Eu como tudo.*

E: *Então velho você não está?*

P: *Eu tô novo, com 64 anos.*

E: *E aqui tem muito velho?*

P: *Antigamente tinha. Agora esvaziou. Tinha muito paciente...Aqui ...Dormia paciente aqui, dormia ali no três, lá no um, embaixo, em cima, era cheio.*

E: *E aqui no 7, tem velho?*

P: *Ah! Eu não vejo ninguém abobado. Quem era abobado saiu, foi lá pro 2.*

E: *Tem muito velho lá no 2?*

P: *Lá a pessoa não é tão velha mas já é abobada. Não sai mais da cama, é paralisado. Anda na cadeira de roda. Por isso é que eu nunca pensei de ficar só na cama. Por isso eu capinava lá embaixo... na casa de uma dona lá embaixo... almoçava, jantava, tomava café...*

E: *Idoso é diferente de velho?*

P: *Idoso é meio pra lá, meio pra cá.*

E: *Como é uma pessoa meio pra lá, meio pra cá?*

P: *Não quer saber de passear, só fica na cama.*

E: *Você se sente idoso?*

P: *Eu não. Eu não sou idoso não.*

Paulo, 60 anos, 33 anos de internação; diagnósticos: esquizofrenia residual e demência não especificada; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Como você sabe que uma pessoa está velha? Está idosa?*

Paulo (P): *É...quando faz anos.*

E: *Mas pra uma pessoa ficar idosa tem que fazer quantos anos?*

P: *Vinte anos pra cima.*

E: *E aí tem muita idade? É velho?*

P: *É.*

E: *Você acha que é idoso?*

P: *Eu tenho vinte e sete anos.*

E: *Você se sente velho?*

P: *Sinto não.*

E: *Você se sente novo?*

P: *É.*

Moisés, 68 anos, 50 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Como a gente sabe quando uma pessoa está velha?*

Moisés (M): *A pessoa fica idosa...*

E: *Você se sente idoso, Moisés?*

M: *Não.*

E: *Você se sente velho?*

M: *Eu não me sinto velho.*

E: *Quem você acha que está velho aqui no pavilhão?*

M: *Eu não tenho notado não.*

Isaías, 67 anos, 38 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia paranóide; recebe visita do irmão.

Entrevistador (E): *Quando a gente sabe quando uma pessoa está velha?*

Isaías (I): *Certa idade, né?*

E: *Com que idade a gente é velho?*

I: *É 80 anos. Papai já tá com quase 80 anos. Tá velho já.*

E: *Aqui tem muito velho?*

I: *Muito velho? Vi lá na copa ontem. Vi passar ali agora. Lá na copa também via. Lá não tinha velho não. Mais ou menos, né?*

E: *Você se sente velho?*

I: *Hã? Tô meio novo ainda. Vô me embora daqui enquanto não fico velho. Enquanto tô meio novo. Aí fica ruim porque fica velho de cabeça. É muito triste, é triste, é muito triste.*

João, 72 anos, 54 anos de internação; diagnóstico: demência não especificada; recebe visita da cunhada.

Entrevistador (E): *Você se sente idoso?*

João (J): *Como?*

E: *Idoso?*

J: *Eu sinto que preciso de tomar o remédio. Depois não sei.*

E: *Você se sente velho?*

J: *A isso não sei, não sei, sei. Isso quem pode dizer é quem toma remédio. Se é por pouco tempo.*

E: *Quando a gente sabe que uma pessoa está velha?*

J: *Quando a gente sente desanimada, aqui a gente sente... perseverança assim... não tem remédio pra gente.*

E: *Quando a gente sabe que uma pessoa está velha?*

J: *Não sei. Sei não. Tá vendo? Eu tô com 96 anos nas costas. Não sei.*

E: *Tem a ver com a idade?*

J: *Tem.*

E: *E você se sente velho?*

J: *Não.*

E: *Quantos anos você tem?*

J: *Estou com 53.*

Mateus, 74 anos, 35 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; recebe visita da irmã e do cunhado.

Entrevistador (E): *Quando a gente sabe que uma pessoa está velha?*

Mateus (M): *Às vezes a pessoa perde a atenção. E a gente vê logo se é jovem ou se é velho.*

E: *Se a pessoa não tem atenção, a pessoa é velha?*

M: *Não sei. Estou acostumado a analisar com outras pessoas e a gente vê logo. Verificando a situação como anda por aí, a gente sabe.*

E: *Tem alguma pessoa que você diz: fulana é velha?*

M: *Ah, isso é!*

E: *Tem alguém?*

M: *Não. Ter eu não tenho.*

E: *Você se sente velho?*

M: *Eu não. Eu sou novo ainda.*

E: *Pra você, como é uma pessoa velha?*

M: *Não trabalha, não passeia, fica parado, só descansando... Aí fica velha... Aí fica legal, né? Só quer descansar, não tem vontade de fazer exercícios, de andar por aí despreocupada, sem fazer coisa nenhuma... aí fica velha.*

Tiago, 70 anos, 42 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Quando a gente sabe quando uma pessoa está idosa?*

Tiago (T): *A velhice. Cabelo branco. Eu estou com cabelo branco.*

E: *Você se sente velho?*

T: *Não. Me sinto novo.*

E: *Então a gente sabe que a pessoa é velha pelo cabelo branco e o que mais?*

T: *É pelo respeito, cabelo branco, barba. É o espelho.*

E: *Olha no espelho e vê o quê?*

T: *A velhice.*

Adão, 73 anos, 47 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; recebe visita da irmã.

Entrevistador (E): *Quando é que uma pessoa está idosa?*

Adão (A): *Depende da idade.*

E: *Mas com que idade uma pessoa está idosa?*

A: *80 anos.*

E: *Então a partir de 80 anos é que a pessoa está idosa? Por quê?*

A: *Cansada, cabelo branco...*

E: *Você se sente velho?*

A: *Não.*

Josué, 75 anos, 61 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia paranóide; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Quando a gente sabe que uma pessoa está idosa?*

Josué (J): *Dá trabalho pro outro. Chama pra trabalhar, cai do cavalo.*

E: *Você se sente velho?*

J: *Não.*

E: *Tem alguma pessoa velha aqui no Pavilhão 7?*

J: *Uma porção.*

Vitor, 65 anos, 25 anos de internação; atualmente sem diagnóstico psiquiátrico (diagnóstico de admissão: uso abusivo de álcool); recebe visita da sobrinha.

Entrevistador (E): *O que fez você ficar aqui?*

Vitor (V): *Bebida. Tô com 65 anos. Sou de 4 de agosto de 1937.*

E: *Como é ter 65 anos?*

V: *65 anos sofridos. Cachaça.*

E: *Você se sente idoso?*

V: *Não.*

E: *Se sente velho?*

V: *Velho é trapo.*

E: *Mas como a gente sabe que uma pessoa está idosa?*

V: *Vira criança. Fala sozinha. Brinca sozinha.*

Abraão, 77 anos, 32 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Quando é que a gente sabe que uma pessoa está idosa?*

Abraão (A): *Eu não sei.*

E: *Quando é que a gente sabe que uma pessoa está velha?*

A: *Eu não sei.*

E: *Você não sabe o que é uma pessoa velha?*

A: *Não.*

Davi, 64 anos, 31 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Como a gente sabe quando uma pessoa está idosa?*

Davi (D): *Cabelo branco.*

E: *Mais alguma coisa?*

D: *Não.*

E: *Você se sente velho?*

D: *Não.*

6.7. Olhando Adiante: Há Futuro?

Perguntas sobre o futuro normalmente evocam projetos, planos, metas e desejos mais profundos das pessoas acerca do que esperam e virão a realizar. Aparentemente o tema “futuro” é uma incógnita para quase todos os entrevistados, cujas respostas não denotam nenhum planejamento nesse campo. Alguns deles sequer compreenderam a pergunta. De acordo com suas respostas, a principal expectativa dos usuários é a de permanecer na instituição onde passaram a maior parte de suas vidas. Colocam-se em uma posição submissa com relação ao futuro, como se este não estivesse atrelado a seus desejos e atitudes. Até que ponto isso é verdade, depende de uma série de circunstâncias. Quanto à possibilidade de deixar o IMASJM, a maioria deles sequer cogita essa hipótese, havendo, no entanto, alguns dentre eles que esboçaram desejo de retornar ao seio familiar.

Lucas, 66 anos, 39 anos de internação; diagnóstico: transtorno depressivo; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Você pensa no futuro?*

Lucas (L): *Hoje em dia, se eu não tivesse feito aquele tratamento, eu podia pensar no futuro, mas fiz aquele tratamento todo, é difícil pensar no futuro. Pode vir a melhorar as coisas, mas não pode melhorar mais do que é. Porque é assim, hoje está tudo bom, está você aqui, está tudo bem. Mas, mal você sai daqui, eu volto para o mesmo lugar, sabe como é. Eu volto para lá de novo. Eu volto para o choque. Pensar naquilo.*

E: *E hoje, o que você quer e deseja para você?*

L: *Atualmente, eu não estou desejando mais nada não. Sofri muito naquele hospital. Sofri o pão que o diabo amassou com o rabo. Todo dia naquele choque. Foram 400 choques que eu levei lá. Aí morri. Eu acho que eu morri porque eu não me lembro de mim mais. Acho que morri mesmo, de tanto choque. A pessoa com um choque só, acho que fica maluca. O que dirá com 400 na cabeça? Aquela força que eles têm de apertar aquilo e esmagar aqui assim? Quer dizer, que a pessoa não dá mais nada. Bateu ali, pode contar, não volta nunca mais.*

Paulo, 60 anos; 33 anos de internação; diagnósticos: esquizofrenia residual e demência não especificada; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Você pensa no futuro?*

Paulo (P): *Não.*

E: *O que você quer pra você? Pra sua vida?*

P: *Boa saúde, boa sorte, boa alimentação, bom repouso, bom conforto.*

E: *O que você chama de conforto? O que está faltando aqui?*

P: *Tá faltando... dinheiro e cigarro. O resto tem tudo.*

Moisés, 68 anos, 50 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Você pensa no futuro?*

Moisés (M): *Mudança.*

E: *Tem alguma coisa que você gostaria que acontecesse para você?*

M: *Não.*

E: *Tem alguma coisa que você queira?*

M: *Não.*

E: *Você está satisfeito com sua vida aqui?*

M: *Estou satisfeito.*

E: *Você já tentou sair daqui?*

M: *Não.*

José, 60 anos, 35 anos de internação; diagnóstico: uso abusivo de álcool; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *O que você quer pra você?*

José (J): *Eu não penso nessa altura. Penso em ficar nessa. Ver o resultado que vai dar nessa vida.*

E: *Você tem alguma coisa que você queira fazer?*

J: *Nada! Futuro aqui dentro. Pra voltar depois, é pro trabalho.*

E: *Você não espera nada lá de fora?*

J: *Não.*

E: *Você faz planos pra você?*

J: *Como assim?*

E: *Fazer planos.*

J: *Nada. Pretendo ficar aqui dentro mesmo. Quem não tem pra onde ir...*

Mateus, 74 anos, 35 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia residual; recebe visita da irmã e do cunhado.

Entrevistador (E): *Você pensa no futuro?*

Mateus (M): *Não. Penso não! Penso que tá bom!*

E: *Você não pensa no futuro?*

M: *Eu penso.*

E: *O que você pensa?*

M: *Ficar bom e ir pra casa.*

E: *Você tem vontade de ficar bom e ir pra casa?*

M: *É. Tenho.*

E: *Você pensa em mais alguma coisa?*

M: *Não. Penso não.*

E: *Quando você pensa no futuro e em ir embora pra casa?*

M: *É. Se a família vier buscar, eu vou.*

E: *E você pensa em mais alguma coisa?*

M: *Não. Só isso que eu penso. Ficar legal aí. Tomar sempre o remédio, como a gente está acostumado aí.*

Josué, 75 anos, 61 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia paranóide; não recebe visitas.

Entrevistador (E): *Você pensa no futuro?*

José (J): *O que é futuro?*

E: *Futuro é o que a gente quer conseguir mais para frente.*

J: *Já foi tempo. Tudo isso já foi faz tempo.*

E: *O que você queria conseguir agora?*

J: *Sei lá.*

Isaías, 67 anos, 38 anos de internação; diagnóstico: esquizofrenia paranóide; recebe visita do irmão.

Entrevistador (E): *Você pensa no futuro?*

Isaías (I): *Como assim?*

E: *Uma coisa boa que você queira que aconteça com você.*

I: *Não. Penso não.*

Em uma população de idosos institucionalizados por transtornos mentais, eles carregam tanto o estigma de crônico como o de velho, juntamente com todas as características negativas por eles geradas. Cabe ressaltar que uma perda não constitui necessariamente um término. Muitas vezes dá lugar a novas aquisições, mas para tanto, pressupõe-se uma estrutura psicológica a capacitar o indivíduo a lidar com as perdas, ao considerá-las como parte da vida e, sublimando-as, preparar-se para o futuro. A consciência da velhice e da proximidade da morte faz com que muitas pessoas percam a vontade de empreender e, junto com ela, a capacidade de transformarem seu futuro.

A perda da perspectiva da vida fora da instituição é uma consequência da vida institucional que influencia profundamente a noção de futuro por parte dos usuários. A instituição está contida em seus discursos ao falar do passado, é a sua realidade no presente e o seu destino no futuro, preenchendo, assim, a totalidade de seu tempo. Ela passa a ser o único modo de vida para os usuários, o único ambiente que os acolhe. Somente desejam lá permanecer até o fim de suas vidas. A instituição, assim, completa o seu percurso, com relação aos que nela são forçados a habitar. Aprisionando-lhes o tempo, o desejo e até a vida, também lhes reserva a morte, como nesta fala de Raquel (cf. p. 115), ao dizer: *“...Agora tô no meu quarto, bem sossegada. Tem tudo. Até minha morte.*

O trabalho de reabilitação psicossocial está intimamente relacionado ao tema “futuro”, pois implica em desenvolver nos usuários a capacidade de desejar, que um dia

possuíram e com a qual terão a possibilidade de transformar suas vidas. Trata-se de uma tarefa árdua e lenta, mas espera-se que seja possível e realizável para a maior parte deles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste trabalho, o processo de envelhecimento foi analisado sob diversos aspectos, a partir da vivência de institucionalização a que estão submetidos os indivíduos que passam a maior parte de suas vidas dentro de uma instituição psiquiátrica. A singularidade do envelhecer de dezesseis usuários de uma instituição psiquiátrica de longa permanência foi apreendida por meio da coleta e análise de suas memórias. Mostrou-se que eles são capazes de objetivar seu sofrimento.

Constatou-se que os usuários do IMASJM envelheceram como viveram, internalizando o rótulo da instituição, por vezes manifestando embotamento emocional, apatia, desligamento e desinteresse quanto à realidade exterior à instituição. Observou-se, também, que esses indivíduos acabam duplamente marginalizados, por receberem a marca dos estigmas de velho e de paciente crônico. Velho, por estarem envelhecendo cronologicamente, psicologicamente e socialmente. E crônico, por esse processo estar acontecendo em uma instituição de características totalitárias como o asilo psiquiátrico, sem haver atingido os parâmetros do ideal terapêutico e sem responder às tentativas de reabilitação. Estes dois estigmas, reproduzidos e internalizados, vão acompanhá-los em seus pensamentos e atitudes ao longo da vida. E essa marginalização, conforme observado nas entrevistas, reflete-se nas percepções de velhice que apresentam.

A análise dos resultados mostrou que os idosos institucionalizados, embora mantenham noções vagas dos limites cronológicos da velhice, manifestam facilidade em reconhecer o envelhecimento do outro, mas não o de si próprios. Nesse ponto, estão de acordo com observações em idosos sem transtornos mentais, os quais também manifestam dificuldade em internalizar a própria velhice (MESSY, 1993; MANNONI, 1995). Além de estar relacionada à idade cronológica, a velhice está localizada no corpo, pois sua percepção se dá através de suas manifestações externas e superficiais.

Analogamente, manifestam percepção similar no que concerne à instituição onde residem. No plano institucional, as entrevistas mostraram que as mudanças mais sentidas estão igualmente localizadas no plano físico, restritas aos aspectos do seu cotidiano. Ao serem questionados sobre o que mudou na instituição, os usuários referem as mudanças na comida, a demolição de pavilhões, a transferência de um pavilhão a outro e a superlotação, mas não falam na supressão das formas repressivas de terapêutica, leia-se quartos-fortes e ECT, como seria de se esperar, uma vez que, por estarem há décadas institucionalizados, certamente têm lembranças de um tempo onde elas faziam parte do arsenal terapêutico que

experimentavam em seu cotidiano. Muito embora eles percebam que não são mais submetidos a elas, o aspecto mais marcante de suas respostas é a impressão de que nada mudou no IMASJM.

Para os usuários entrevistados, passado e presente mesclam-se nos relatos, na medida em que não aparentam ter ciência de acontecimentos exteriores ao seu cotidiano direto, aparentemente retornando a um estado atemporal onde calendários e relógios são desnecessários, uma vez que se referem à temporalidade do mundo externo ao qual não mais pertencem. Como a vida institucional não favorece o contato dos usuários com a realidade exterior, parecem haver perdido a referência do tempo mensurável, preservando, no entanto, a noção do tempo enquanto dado natural da natureza humana, refletindo um lapso do tempo.

Seus relatos mostram a grande importância conferida à comida e ao trabalho como eixo de construção de sua identidade enquanto indivíduos. Os mesmos processos são encontrados fora do contexto do asilo, onde a importância destas categorias já foi identificada (ZALUAR, 1985; DUARTE, 1986). Com relação à rede social dos usuários, ela está bastante esgarçada e fragilizada. Os relatos revelaram que esse tema está bem representado, sendo igualmente importante na elaboração de sua inserção no mundo. De fato, de todos os aspectos da vida institucional abordados na pesquisa, constitui aquele do qual mais se ressentem. A sexualidade, por sua vez, é uma categoria pouco mencionada tanto na instituição como na visão dos entrevistados.

A união entre as percepções do indivíduo com relação à loucura e ao processo de envelhecimento é construída por meio de sua interação com o contexto em que se inserem. A experiência de ser paciente crônico e idoso ao mesmo tempo resulta de constantes ações da experiência sobre o eu, codificadas pelos esquemas de conhecimento que direcionam nosso ser no mundo. Tais esquemas são as expectativas quanto às pessoas, objetos, eventos e ambientes, continuamente confrontadas e revistas. A importância da noção de esquemas de conhecimento para acolher as diferentes maneiras de conceber e interpretar o mundo já foi estabelecida em indivíduos portadores de transtornos mentais. A análise do discurso desses pacientes revela que eles percebem entre si e a equipe uma relação dicotômica, despersonalizada e totalmente assimétrica, muito embora possa haver instâncias onde ambos os grupos sejam co-participantes no processo de negociação de significados, estabelecendo uma relação mais horizontal e menos assimétrica (BEZERRA Jr., 1992; PINTO, 1995).

Alguns trabalhos sugerem que indivíduos em internação psiquiátrica têm percepção mais negativa de sua qualidade de vida do que se permanecem na comunidade (LEHMAN, SLAUGHTER e MYERS, 1991). No entanto, os resultados obtidos na realização das entrevistas desta pesquisa não apontam para essa afirmação diretamente, uma vez que os usuários expressaram satisfação com sua condição atual. Muito embora ninguém discorde da melhoria na qualidade de vida do paciente com o tratamento na comunidade, questões referentes a desempenho psicossocial, autonomia, planejamento, natureza e custos dos serviços disponíveis permanecem em aberto. Não se trata apenas de criar uma rede de cuidados, serviços e acomodações na comunidade e sim uma preparação adequada dos pacientes, dispendiosa e longa, que lhes permita viver fora do asilo. Essa é a tarefa das propostas de reforma psiquiátrica que têm, como objetivo não apenas desfazer o aparato e a cultura manicomial ainda presentes no cenário psiquiátrico, mas também construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura. A desconstrução do manicômio implica em reinventar não somente a Psiquiatria como a própria sociedade em que vivemos, a mesma sociedade que extirpou aos pacientes o direito de pensar em seu futuro, pois os esqueceu em uma internação que perdurou pela maior parte de suas vidas.

Nesse aspecto, observou-se nas entrevistas que a onipresença da instituição é absoluta, pois ela perpassa o discurso de todos os usuários. Está contida em suas respostas ao falar do passado, é a sua realidade no presente e o seu destino no futuro, preenchendo, assim, a totalidade de seu tempo. Ela passa a ser o único modo de vida para os usuários, o único ambiente que os acolhe. A cronificação passa a ser aceita como algo natural e imutável, levando ao seu abandono e esquecimento. E os próprios usuários internalizaram-na de tal forma que a maioria deles não se imagina fora de lá, e tampouco o deseja.

A instituição psiquiátrica construiu, ao longo de sua história, a categoria médica do doente mental, hoje denominada “indivíduo portador de transtorno mental”, a partir do louco não medicalizado, que se confundia com criminosos, prostitutas, mendigos, entre outros, avocando para si os encargos de sua assistência e custódia de modo a protegê-los da sociedade e, ao mesmo tempo, protegê-la deles. A extinção do asilo significa interromper o funcionamento da máquina de cronificação que ele representa. A negação do hospital colônia como espaço terapêutico a partir da denúncia de suas finalidades implícitas de marginalização e seqüestro da cidadania de pessoas consideradas indesejáveis ao convívio social é fundamental de modo a reconstruir toda a assistência ao portador de transtornos mentais. Nessa proposta, a Psiquiatria, com o movimento de desinstitucionalização da assistência, está devolvendo o louco que outrora seqüestrou do convívio social ao propor

que a mesma comunidade que o excluiu redefina suas representações da doença mental e o receba de volta (LOUGON, 1987).

A Psiquiatria tradicionalmente tem representado o papel de legitimar, com a chancela do saber médico, a segregação sistemática de indivíduos previamente marginalizados pelo sistema, por oferecer um respaldo “científico” a essa prática. Com os diagnósticos muitas vezes subjetivos e os tratamentos freqüentemente resumidos ao aspecto da reclusão e medicalização, a Psiquiatria constitui-se em importante engrenagem de uma verdadeira máquina de exclusão social que é o asilo, onde a doença mental seria um mero pretexto. Seus perversos mecanismos de funcionamento produzem excluídos com a mesma velocidade em que nele adentram pessoas sob as razões mais diversas e dele saem pacientes com transtornos mentais crônicos. Como dizia Basaglia, a instituição psiquiátrica é um local de violência onde se processa uma invasão sistemática do corpo do doente, verdadeiro receptáculo de corpos esperando que alguém os ocupe para fazê-los viver de outra maneira, definitivamente confiscados (LOUGON, 1987; BASAGLIA apud DESVIAT, 1999).

Tanto os transtornos mentais como as respostas destinadas a lidar com eles emergem de determinados contextos sociais. A não observância desse fato foi uma das razões do fracasso das primeiras tentativas de desinstitucionalização. Procurava-se mostrar que, como a loucura enquanto entidade psiquiátrica e o manicômio tiveram um início, também poderiam ter um fim. No entanto, esse ideal foi muito generalizante, quando não ingênuo. A extinção do asilo sem se fazer acompanhar do suporte de tratamento comunitário simplesmente expulsou os pacientes do ambiente onde viviam e lhes deu as ruas em troca, já que suas famílias ou são incapazes de fornecer-lhes os cuidados básicos, ou não desejam seu convívio diário ou simplesmente inexistem (CAVALCANTI *et al.*, 2001). Mesmo se internados, esses pacientes costumam demandar investimento muito grande por parte da equipe multidisciplinar em troca de respostas muitas vezes exíguas, o que vai de encontro às expectativas idealizadas pelos profissionais. Os pacientes com transtornos mentais crônicos necessitam contar com o apoio de instituições residenciais de boa qualidade, tenham estas o nome de asilo ou qualquer outro. A Psiquiatria atual exige versões modernas e de boa qualidade de seus espaços terapêuticos. E ainda, para que haja um trabalho adequado com relação aos pacientes crônicos, é imprescindível ter em mente que a loucura não é eliminável da condição humana. Ao contrário, somente o ser humano a reconhece e experimenta, sob a forma de dimensão trágica de sua própria humanidade

(BEZERRA Jr., 1992a; SOUZA, 1999; CAVALCANTI *et al.*, 2001; MELO e TAVARES, 2002).

O modelo do hospital-colônia não logrou êxito em superar as características de instituição total por haver conservado o caráter custodial do asilo tradicional. A proposta terapêutica que o modelo representava era o que de mais avançado havia à época de sua concepção e persistiu até ser substituída pela desinstitucionalização da assistência psiquiátrica. No entanto, sua permanência se deu por preencher funções importantes para a sociedade que o criou, às quais as propostas alternativas criadas posteriormente não conseguem atender até o presente. O papel atual de todo o trabalho com a população de indivíduos que nele residem é o de, ao fornecer-lhes um tratamento mais humanitário, prepará-los para uma eventual reinserção na sociedade de onde provêm (LOUGON, 1987; LEVCOVITZ, 1988).

Conhecer a fundo essas pessoas que constituem a clientela do asilo deve ser o primeiro passo no sentido de proporcionar-lhes assistência adequada e digna e isso demanda inúmeras pesquisas no âmbito da assistência e da avaliação de sua qualidade. Dar atenção a elas é abrir as portas para a compreensão de seu complexo mundo interno, de suas representações da velhice e de sua vida passada em uma instituição total.

As diferentes interpretações que os usuários têm de si mesmos e de sua dupla condição de idoso e crônico refletem diferentes esquemas de conhecimento, os quais só são apreendidos ou passíveis de compreensão caso haja uma interação menos vertical entre eles e o pesquisador, de modo a obter-se a confiança mútua. Somente o contato aprofundado com o local pesquisado, uma reflexão teórica consistente e abrangente e, principalmente, um grande desejo de compreender o que se passa ao seu redor pode fazer o pesquisador alcançar seu propósito. Essa crença perpassou todas as fases desta pesquisa e devem nortear todas as propostas de trabalho a serem realizadas nessa população, visando à melhoria de sua qualidade de vida e, em última análise, uma possível alta hospitalar. Acompanhar as lembranças desses pacientes, entendidas como tentativas de manter o sentimento de identidade, pode se constituir em verdadeira ponte para atingir esse objetivo.

Com relação ao IMASJM, anteriormente às profundas mudanças nele ocorridas, não havia o direito ao discurso e tampouco a oferta da escuta. Não havia o acolhimento e o sentir-se acolhido. Ganhos importantes nesse aspecto foram obtidos com o trabalho da equipe no Projeto de Reabilitação Psicossocial, que contribuem sobremaneira para efetuar um importante resgate na vida dessas pessoas e só isso já bastaria para justificá-lo. Para superar o modelo manicomial, o sofrimento psíquico individual deve ser visto como fruto

da associação entre a experiência subjetiva singular e o contexto sócio-cultural em que essa experiência emerge e ganha existência para o próprio sujeito e aqueles à sua volta. Por outro lado, existe uma inércia à reintegração dos pacientes em seu meio social, advinda da noção de que o asilo seria o lugar mais adequado à sua terapêutica ou simples permanência. Isso se torna bastante evidente nas entrevistas com os usuários do IMASJM, pois alguns deles realmente expressam seu desejo de lá permanecerem até o fim de suas vidas (LOUGON, 1987; BEZERRA Jr., 1992b).

Mesmo assim, não há garantias de que os esforços de reabilitação psicossocial serão frutíferos, especialmente em se tratando de indivíduos tão díspares entre si, agrupados sob a mesma denominação de “pacientes mentais crônicos”, cujo único fator em comum é o fato de haverem envelhecido em uma instituição total. Somente isso já torna o seu envelhecimento uma experiência bastante singular. O simples aspecto de se estar em uma instituição total tem implicações nocivas no envelhecimento dos usuários do IMASJM, conforme observado nas entrevistas. Quem viveu a maior parte de sua vida em uma instituição total não almeja mais nada para sua velhice além de continuar sob sua influência. Ratifica-se assim, a noção de que envelhece-se da mesma forma como se vive.

Por outro lado, a tendência atual na Psiquiatria é acabar com as internações de longa permanência e, principalmente, com os grandes hospitais psiquiátricos onde tais internações sempre tiveram lugar. O IMASJM não recebe mais nenhum paciente novo há quase vinte anos. Isso significa que todos os pacientes psiquiátricos que, em décadas passadas, preenchiam os critérios para ali se internarem vêm permanecendo sob outras modalidades de tratamento, seja em internações de curta ou média permanência ou em acompanhamento ambulatorial. Será que assim que morrer o último usuário atualmente internado no IMASJM, suas portas simplesmente serão fechadas e ele deixará de existir?

Nesse caso, seu terreno e construções servirão, da mesma forma que os pacientes epiléticos ou alcoólatras atualmente ali internados, como verdadeiro registro de um modelo anterior de assistência psiquiátrica, o dos hospitais-colônia, que, a despeito de ter sido um avanço para a época em que surgiu, hoje é visto como um refugio, anacronismo sem fundamento científico, engrenagem de uma máquina perversa geradora de exclusão, algo a ser esquecido ao invés de lembrado com orgulho na história da Psiquiatria. No entanto, esse esquecimento que se quer manifestar para com o espaço físico da instituição não deve **de forma alguma** atingir os indivíduos que nele residem.

Os pacientes que estão internados no IMASJM nesse momento, caso não consigam ser desinstitucionalizados, irão certamente envelhecer e falecer lá dentro. A percepção do

envelhecimento nesses pacientes, que evoluíram para a cronicidade sem a possibilidade de alta e terminaram por envelhecer no asilo pode ser bem diferente daquela dos que conseguiram sair. Os novos pacientes psiquiátricos atualmente diagnosticados não irão mais para instituições como o IMASJM e vão envelhecer na comunidade, ao lado dos pacientes outrora asilados e que sofreram as consequências da Reforma Psiquiátrica. Existe a urgente necessidade de realizarem-se estudos nessa população para compreender como ela está atravessando o processo de envelhecimento de modo a comprovar (ou não) o sucesso da Reforma Psiquiátrica no âmbito do próprio paciente, comumente alvo e objeto das propostas e raramente sujeito.

Outra coisa é saber que tipo de assistência pode ser aplicável a essas pessoas com tal nível de comprometimento. O que pode fazê-los sair da apatia em que se encontram? Não se pode esquecer que foram entrevistados 16 dentre 23 pacientes com mais de 60 anos residentes no Pavilhão 7. Os outros sete eram incapazes de falar ou colaborar com a pesquisa, encontrando-se freqüentemente restritos ao leito ou em estado de apatia. O que fazer com eles? A reforma os atingirá? A desinstitucionalização os expulsará do IMASJM? Que tipo de assistência lhes é reservada? Ao lá permanecerem, o que está sendo ou pode vir a ser feito para melhorar sua qualidade de vida?

Cada vez mais serão necessárias as terapias de apoio para fornecer uma assistência melhor e mais abrangente aos usuários, com profissionais das mais diversas áreas mas com interesse ou formação voltados para essa parcela específica da população: o idoso com transtorno mental crônico. Psiquiatria, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Antropologia, Sociologia, Ciências Políticas, entre outras são apenas alguns dos exemplos de áreas cada vez mais necessárias dentro do asilo e fora dele, de modo a permitir uma visão interdisciplinar e abrangente, de modo a planejar e efetuar ações voltadas para a velhice e a saúde mental. Será que a sociedade está estimulando a formação desses profissionais tão necessários e dos quais ela tanto carece? Muitas vezes já é por demais complicado estimular o interesse de profissionais dessas áreas para o trabalho com o idoso, que dirá para com o idoso portador de transtorno mental crônico e em internação de longa permanência.

A partir dos depoimentos de idosos em internações de longa permanência, pretendeu-se nesta dissertação conhecer as influências que a condição de portador de transtorno mental crônico possa ter tido no processo de envelhecimento que estão atravessando. Através das entrevistas, tentou-se resgatar histórias que traduzissem os sentimentos que a vivência de institucionalização despertou. É imprescindível que haja

informações suficientes de modo a conhecer a fundo a população idosa que será alvo e objetivo de futuras políticas públicas. Em outras palavras, é preciso que se saiba quem envelhece, onde e como. Para a realização desta pesquisa, foram dados o quem (indivíduos idosos em internação de longa permanência) e o onde (Pavilhão 7 do Núcleo Rodrigues Caldas do IMAS Juliano Moreira). E esta dissertação procurou contribuir para responder ao como.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F.G.; SELESNICK, S.T. **História da Psiquiatria**. São Paulo: Ibrasa, 1968. 573 p.
- ALTOÉ, S. **Infâncias Perdidas**. Rio de Janeiro: Xenon, 1990. 271 p.
- ALVES, P.C.B.; RABELO, M.C.M.; SOUZA, I.M.A. Introdução. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 11-39.
- AMARANTE, P. Asilos, Alienadois e Alienistas: Pequena História da Psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 73-84.
- AMENDOEIRA, M.C.R. **Avaliação da Satisfação com Serviços Psicogerítricos. Um Estudo Sobre Idosos Com Deficiência em Serviços Abertos e Fechados**. 2000. 202 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- ANDERSON, P. **As Origens da Pós-Modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. 165 p.
- ANDRADE, M.S. **Democratização no Hospital Psiquiátrico: Um Estudo da Colônia Juliano Moreira nos Anos Oitenta**. 1992. 156 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.
- ARAÚJO, T.C.N.; ALVES, M.I.C. Perfil da População Idosa no Brasil. In: VERAS, R.P. *et al.* **Velhice Numa Perspectiva de Futuro Saudável**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2001. p. 99-134.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. 279 p.
- ASSIS, M. O Envelhecimento e Suas Consequências. In: CALDAS, C.P. (Org.). **A Saúde do Idoso: A Arte de Cuidar**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998. p. 39-48.
- ATALIBA, L.A.F. **Envelhecer no Asilo: O Lugar da Velhice no Universo Psiquiátrico**. 1999. 118 f. Monografia (Residência em Saúde Mental). Centro Psiquiátrico Pedro II, Rio de Janeiro, 1999.
- BAHURY, A.M.N. **Idosos em Asilos: O Processo de Transição da Vida Privada para a Vida Institucional** 1996. 162 f. Dissertação (Mestrado). Instituto Universitário de Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.
- BARROS, M.M.L. A Representação das Mudanças Sociais da Família por Avós de Camadas Médias Urbanas. In: **Debates Sociais: Família Ontem Hoje e Amanhã**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais, 1991.

BASSIT, A.Z. O Curso de Vida Como Perspectiva de Análise do Envelhecimento na Pós-Modernidade. In: GOLDSTEIN, D.M. (Org.). **Políticas do Corpo e o Curso da Vida**. São Paulo: Sumaré, 2000. p. 217-234.

BEAUVOIR, S. **A Velhice**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711 p.

BECKER, H.S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 178 p.

BEERS, C.W. **Um Espírito Que Se Achou a Si Mesmo**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1958. 207 p.

BERQUÓ, E. Considerações Sobre o Envelhecimento da População no Brasil. In: NERI, A.L. e DEBERT, G.G. (Org.). **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papirus, 1999. p. 11-40.

BEZERRA Jr., B. Da Verdade À Solidariedade: A Psicose e os Psicóticos. In: BEZERRA Jr., B. AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992a. p. 31-37.

BEZERRA Jr., B. Cidadania e Loucura: Um Paradoxo? In BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992b. p. 113-126.

BIRMAN, J. **Sexualidade na Instituição Asilar**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980. 55 p.

BIRMAN, J. O Futuro de Todos Nós: Temporalidade, Memória e Terceira Idade na Psicanálise. In: VERAS, R.P. (Org.). **Terceira Idade: Um Envelhecimento Digno Para o Cidadão do Futuro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UnATI/UERJ, 1995. p. 29-48.

BOBBIO, N. **O Tempo da Memória**. *De Senectute* e Outros Estudos Autobiográficos. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 205 p.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191 p.

BORTZ, W. Disuse and Aging. **JAMA**, Chicago, v. 248, n. 10, p. 1203-1208, Sep 10, 1982.

BOSI, E. **Memória e Sociedade. Lembranças de Velhos**. 3 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. 484 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SUS. A Trajetória da Municipalização**. Brasília, 1994.

BRODY, E.M.; SCHOONOVER, C.B. Patterns of Parent Care When Adult Daughters Work and When They Do Not. **The Gerontologist**, Saint Louis, v. 26, n. 4, p. 372-381, Aug, 1986.

BUISCHI, Y.P. **Promoção da Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

BUTLER, R.N. Dispelling Ageism: The Cross-Cutting Intervention. In: ENRIGHT, R.B. (Ed.). **Perspectives in Social Gerontology**. Boston: Allyn and Bacon, 1994. p. 3-10.

CALDAS, J.A.R. O Fim das Velhas Colônias da Ilha do Governador e Suas Transferências Para a Nova Colônia no Continente. (documento de 30 de março de 1924). **Cadernos do NUPSO**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 18-21, maio, 1988.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica In: FREITAS *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 58-71.

CAMARANO, A.A. *et al.* Como Vive o Idoso Brasileiro? In: CAMARANO, A.A. (Org.) **Muito Além dos 60. Os Novos Idosos Brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 19-71.

CAMARANO, A.A.; EL GHAOURI, S.K. Idosos Brasileiros? Que Dependência É Esta? In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Muito Além dos 60: Os Novos Idosos Brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 281-304.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. 307 p.

CAPITANINNI, M.E.S. Solidão na Velhice: Realidade ou Mito? In: NERI, A.L.; FREIRE, S.A. (Org.). **E Por Falar em Boa Velhice**. Campinas: Papirus, 2000. p. 69-80.

CAVALCANTI, M.T. Ética e Assistência À Saúde Mental. In: FIGUEIREDO, A.C.; SILVA FILHO, J.F. **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p. 73-84.

CAVALCANTI, M.T. Saúde Mental e Saúde Pública. In: LOYOLA, C.; MACEDO, P.R.A. (Org.). **Saúde Mental e Qualidade de Vida. I Simpósio Internacional de Saúde Mental e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2002. p. 148-149.

CAVALCANTI, M.T. **O Tear das Cinzas. Um Estudo Sobre as Relações Entre Psicose e Instituição Psiquiátrica**. 1992. 355 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

CAVALCANTI, M.T. **A Trama do Tear. Sobre o Tratar em Psiquiatria**. 1997. 288 f. Tese (Doutorado). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

CAVALCANTI, M.T. *et al.* A Loucura na Rua. In: FIGUEIREDO, A.C.; CAVALCANTI, M.T. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica e os Caminhos da Desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2001. p. 101-136.

CHAUÍ, M. Os Trabalhos da Memória. In: BOSI, E. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994. p. 17-33.

CHEKOV, A. The Seagull. In: BLOCK, H.M.; SHEDD, R.G. (Ed.). **Masters of Modern Drama**. Nova York: Random House, 1962. 1198 p.

CLARK, J.A.; MISHLER, E.G. Prestando Atenção Às Histórias dos Pacientes: O Reenquadre da Tarefa Clínica. In: RIBEIRO, B.T.; LIMA, C.C.; DANTAS, M.T.L. (Org.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2001. p. 11-53.

COLÔNIA JULIANO MOREIRA. **Relatório de Atividades – Núcleo Rodrigues Caldas**, jul, 1980, mimeo.

COONEY, R.S.; DI, J. Primary Family Caregivers of Impaired Elderly in Shangai, China. **Research on Aging**, Los Angeles, v. 21, n. 6, p. 739-761, Nov, 1999.

CORBISIER, C. A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica. In: BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. **Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 9-15.

CORDOVIL, C. Vozes da Memória? Encontro Sobre História Oral Consolida Técnica Desprezada Pela Historiografia Oficial e Resgata, Com o Passado Recente, a Dignidade de Grupos Marginalizados. **Jornal do Brasil**, Caderno B, p. 1-3, Rio de Janeiro, Terça-Feira, 23 de junho de 1998.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Documentário, 1976. 135p.

COSTA, J.F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 282 p.

COSTA, W. **História de Jacarepaguá Capítulo VIII**. Disponível em: <http://www.acija.org.br/cap08.html>. Acesso em: 8 de janeiro de 2003.

DAUTZENBERG, M.G.H. *et al.* The Competing Demands of Paid Work and Parent Care. **Research on Aging**, Los Angeles, v. 22, n. 2, p. 165-187, Mar, 2000.

DEBERT, G.G. Envelhecimento e Representação da Velhice. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 44, p. 60-68, jul, 1988.

DEBERT, G.G. A Construção e a Reconstrução da Velhice: Família, Classe Social e Etnicidade. In: NERI, A.L. e DEBERT, G.G. (Org.). **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papirus, 1999a. p. 41-68.

DEBERT, G.G. **A Reinvenção da Velhice. Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento**. São Paulo: Edusp, 1999b. 266 p.

DELGADO, P.G.G. Perspectivas da Psiquiatria Pós-Asilar no Brasil. In: **Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

DELGADO, P.G. G. O SUS e a Lei 10.216: Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social. In: LOYOLA, C. e MACEDO, P.R.A. (Org.); **Saúde Mental e Qualidade de Vida. I Simpósio Internacional de Saúde Mental e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2002. p. 31-39.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 166 p.

De VITTA, A. Atividade Física e Bem-Estar na Velhice. In: NERI, A.L.; FREIRE, S.A. (Org.). **E Por Falar em Boa Velhice**. Campinas: Papirus, 2000. p. 81-89.

DOUGLAS, M. **Como as Instituições Pensam**. São Paulo: Edusp, 1998. 141 p.

DUARTE, L.F.D. **Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986. 290 p.

ECKERT, C. Tempo e Memória: Da Duração Contínua à Dialética da Duração. In: DEBERT, G.G.; GOLDSTEIN, D.M. (Org.). **Políticas do Corpo e o Curso da Vida**. São Paulo: Sumaré, 2000. p. 153-166.

ELIAS, N. **Sobre o Tempo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. 165 p.

ESTES, C.L.; BINNEY, L. The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas. **The Gerontologist**, Saint Louis, v. 29, n. 5, p. 587-596, Oct, 1989.

ESTEVES, B. O Brasil de Cabelos Brancos. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 137, p. 18-21, abr. 1998.

FEATHERSTONE, M. O Curso da Vida: Corpo, Cultura e Imagens do Processo de Envelhecimento. In: DEBERT, G.G. *et al.* **Antropologia e Velhice**. Campinas: IFCH/UNICAMP Textos Didáticos, n. 13, jan. 1998. p. 45-64.

FEINSTEIN, A.R. The Pre-Therapeutic Classification of Co-Morbidity in Chronic Disease. **Journal of Chronic Diseases**, Saint Louis, v. 23, n. 7, p. 47-55, dez, 1999.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1995. 551 p.

FREIRE, S.A. SOMMERHALDER, C. Velhice e Pós-Modernidade. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, v. 25, n. 2, p. 47-55, dez, 1999.

FRIES, J.F. Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 303, p. 130-135, 1980.

FRIES, J.F. The Compression of Morbidity; Miscellaneous Comments About a Theme. **The Gerontologist**, Saint Louis, v. 24, p. 354-359, 1984.

GERALDES, P.C. **Co-Gestão: Um Modelo de Administração de Serviços Públicos de Saúde. A Experiência da Regionalização e Hierarquização da Assistência Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro**. 1990. 115 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

GIDDENS, A. **As Conseqüências da Modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991. 177 p.

GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização Reflexiva**. São Paulo: Unesp, 1994. 264 p.

GIDDENS, A. **A Constituição da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 1992. 312 p.

GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar. Como Fazer Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais**. 5 ed. Rio de Janeiro: Record, 2001. 107 p.

GOLDFARB, D.G. **Corpo, Tempo e Envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. 125 p.

GOLDENSTEIN, N. A Gozação de Rosenhan e a Anti-Psiquiatria: Sobre Semiologia, Psicopatologia e Terapêutica Psiquiátrica. In: FIGUEIREDO, A.C.; CAVALCANTI, M.T. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2001. p. 39-49.

GONÇALVES, S. *et al.* Avaliação das Limitações no Comportamento Social em Pacientes Psiquiátricos de Longa Permanência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 105-113, 2001.

GORDILHO, A. *et al.* **Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio Pelo Setor Saúde na Atenção ao Idoso**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2000. 92 p.

GRIMLEY-EVANS, J. Prevention of Age-Associated Loss of Autonomy: Epidemiological Approaches. **Journal of Chronic Diseases**, Saint Louis, v. 37, p. 353-363, 1984.

GUERREIRO, T.; RODRIGUES, R.; MARTINS, R. Desempenho Mnésico em Adultos Idosos: Uma Reflexão Sobre Suas Potencialidades. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 223-228, 1997.

HAFNER, A. Do We Still Need Beds for Psychiatric Patients? **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 75, p. 113-126, 1987.

HAFNER, H.; HEIDEN, W. The Evaluation of Mental Health Care System. **British Journal of Psychiatry**, Londres, v. 155, p. 12-17, 1989.

HAREVEN, T.K. Novas Imagens do Envelhecimento e a Construção Social do Curso da Vida. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 13, p. 11-35, 1999.

HAVIGHURST, R. Personality and Patterns of Aging. **The Gerontologist**, Saint Louis, v. 8, p. 20-23, 1968.

HAYFLICK, L. **Como e Por Que Envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1996. 366 p.

HOBBS, C. *et al.* Deinstitutionalization for Long-Term Mental Illness: A 2-Year Clinical Evaluation. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 34, p. 476-483, 2000.

HOBBS, C. *et al.* Deinstitutionalization for Long-Term Mental Illness: A 6-Year Clinical Evaluation. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 36, p. 60-66, 2002.

JECKEL-NETO, E.A.; CUNHA, G.L. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: FREITAS *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 13-19.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O Envelhecimento da População Mundial. Um Desafio Novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KEHL, R. A Campanha da Eugenia no Brasil. **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 93-96, mar-abr-maio, 1931.

LAPSLEY, H.M. *et al.* Deinstitutionalization for Long-Term Mental Illness: Cost Differences in Hospital and Community Care. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 34, p. 491-495, 2000.

LASLETT, P. The Emergence of the Third Age. **Ageing and Society**, Nova York, v. 7, p. 133-160, 1987.

LEHMAN, A.; SLAUGHTER, J.G.; MYERS, C.P. Quality of Life in Alternative Residential Settings. **Psychiatric Quarterly**, v. 62, n. 1, p. 35-49, 1991.

LEIBING, A. Velhice e Saúde Mental no Brasil e no Mundo. In: LOYOLA, C. MACEDO, P.R.A. (Org.). **Saúde Mental e Qualidade de Vida. I Simpósio Internacional de Saúde Mental e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2002. p. 127-132.

LEIBING, A. Rita Hayworth Também Envelhece? Doença de Alzheimer e Saúde Mental Neste Século. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 15-22, abr-jun, 1999.

LEITE, F.; DE MEIS, L. A Complexidade do Saber Moderno e a Ética Científica. In: FIGUEIREDO, A.C.; SILVA FILHO, J.F. **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p. 61-67.

LEVCOVITZ, S. Evolução das Instituições Psiquiátricas. **Cadernos do NUPSO**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 15-17, maio, 1988.

LIMA, M.A. A Gestão da Experiência de Envelhecer em um Programa Para a Terceira Idade: A UnATI/UERJ. In: VERAS, R.P. *et al.* **Velhice Numa Perspectiva de Futuro Saudável**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2001. p. 33-98.

LOPES, J.L. Discurso Proferido Pelo Professor José Leme Lopes por Ocasão do Centenário de Miguel Couto. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1-2, p. 105-116, jan-jun, 1965a.

LOPES, J.L. A Psiquiatria e o Velho Hospício. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1-2, p. 117-130, jan-jun, 1965b.

LOPES, L.P.M. Práticas Narrativas Como Espaço de Construção das Identidades Sociais: Uma Abordagem Socioconstrutivista. In: RIBEIRO, B.T.; LIMA, C.C.; DANTAS, M.T.L.

(Org.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2001. p. 55-71.

LOUGON, M. **Os Caminhos da Mudança: Alienados, Alienistas e a Desinstitucionalização da Assistência Psiquiátrica Pública**. 1987. 198 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1987.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P.; SILVA, N.A.S. Hipertensão Arterial e Outros Fatores de Risco de Doença Cardiovascular: Prevalência em Uma População de Idosos. In: VERAS, R.P. **Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UnATI/UERJ, 2002. p. 97-161.

MACHADO, R. *et al.* **Danação da Norma. A Medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559 p.

MACEDO, P.R.A. Programa de Saúde Mental no Maranhão. In: LOYOLA, C.; MACEDO, P.R.A. (Org.). **Saúde Mental e Qualidade de Vida. I Simpósio Internacional de Saúde Mental e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2002. p. 55-65.

MANNONI, M. **O Nomeável e o Inominável. A Última Palavra da Vida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. 149 p.

MEDEIROS, T. Uma História da Psiquiatria no Brasil. In: RUSSO, J.A.; SILVA FILHO, J.F. **Duzentos Anos de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993. p. 71-83.

MELO, A.C.; TAVARES, A. O Estranho Caminho de Alguns Esquizofrênicos: Do Hospital Psiquiátrico Para o Asilo. **Jornal Brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 23-28, jan, 2002.

MESSY, J. **A Pessoa Idosa Não Existe. Uma Abordagem Psicanalítica da Velhice**. São Paulo: Aleph, 1993. 116 p.

MINAYO, M.C.S. Quantitativo e Qualitativo em Indicadores de Saúde: Revendo Conceitos. In: COSTA, M.F.L., SOUSA, R.P. (Org.) **Qualidade de Vida. Compromisso da Epidemiologia**. Belo Horizonte: COOPMED; ABRASCO, 1994. 290 p.

MINKLER, E. Aging and Disability: Behind and Beyond the Stereotypes. In: ENRIGHT, R.B. (Ed.) **Perspectives In Social Gerontology**. Boston: Allyn and Bacon, 1994. p. 11-23.

MONTEIRO, M.F.G.; ALVES, M.I.C. Aspectos Demográficos da População Idosa no Brasil. In: VERAS, R. (Org.). **Terceira Idade: Um Envelhecimento Digno Para o Cidadão do Futuro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UnATI/UERJ, 1995. p. 65-78.

MORGADO, A.F.; LIMA, L.A. Desinstitucionalização, Suas Bases e a Experiência Institucional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 19-28, 1994.

MOREIRA, J. Assistência aos Epilépticos: Colônias Para Eles. **Archivos Brasileiros de Psychiatria e Ciências Afins**, Rio de Janeiro, ano I, n. 2, p. 167-182, 1905.

MOREIRA, J. Fatores Hereditários em Psiquiatria. **Archivos Brasileiros de Higiene Mental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 29-34, out, 1929.

NERI, A.L. Qualidade de Vida no Adulto Maduro: Interpretações Teóricas e Evidências de Pesquisa. In: NERI, A.L. (Org). **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas: Papirus, 1993. p. 9-55.

NERI, A.L.; FREIRE, S.A. Apresentação: Qual É a Idade da Velhice? In: NERI, A.L.; FREIRE, S.A. **E Por Falar Em Boa Velhice**. Campinas: Papirus, 2000. p. 7-19.

NEWTON, L. *et al.* Deinstitutionalisation For Long-Term Mental Illness: An Ethnographic Study. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 34, p. 484-490, 2000.

NEWTON, L. *et al.* Moving Out and Moving On: Some Ethnographic Observations of Deinstitutionalisation in an Australian Community. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 25, n. 2, p. 152-161, Fall, 2001.

NOVAES, M.H. **Psicologia da Terceira Idade: Conquistas Possíveis e Rupturas Necessárias**. Paulo de Frontin, RJ: Grypho, 1995. 136 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10**. São Paulo: Edusp, 1996. 1192 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE OPAS/OMS. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001. Saúde Mental: Nova Conceção**, Nova Esperança. 173 p.

OUSLANDER, J.G.; BECK, J.C. Defining the Health Problems of the Elderly. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto CA, v. 3, p. 55-83, 1982.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTES, J.R. Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In: PAPALÉO NETTO, M. (Ed.) **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 3-12.

PASCHOAL, S.M.P. Qualidade de Vida na Velhice. In: FREITAS *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 79-84.

PASSOS, M.D. Considerações Sobre a Fala: Um Jeito de Ouvir. In: RIBEIRO, B.T.; LIMA, C.C.; DANTAS, M.T.L. (Org.). **Narrativa, Identidade e Clínica**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2001. p. 241-257.

PEIXOTO, C. Entre o Estigma, a Compaixão e os Termos Classificatórios: Velho, Velhote, Idoso, Terceira Idade. In: BARROS, M.M.L. (Org.). **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000. p. 69-84.

PEREZ, H. **20 Meses de Direção na Colônia Juliano Moreira**. Relatório Anual de 1946/47, 1947, mimeo.

PINTO, D.S. **A Percepção da Loucura: Análise do Discurso de Pacientes Internadas em Uma Instituição Psiquiátrica**. 1995. 207 f. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.

PITTA, A.M.F. O Que É Reabilitação Psicossocial no Brasil Hoje? In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

PORTOCARRERO, V. Psiquiatria, Liberdade e Trabalho: Da Escravatura à Disciplinarização. **Cadernos do NUPSO**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 4-8, maio, 1988.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da Loucura. Juliano Moreira e a Descontinuidade Histórica da Psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 150 p.

QUINTELA, H.A. **Estudo Multicêntrico no Núcleo Rodrigues Caldas**. Maio de 2001, mimeo.

RABELO, M.C.M. Narrando a Doença Mental no Nordeste de Amaralina: Relatos Como Realizações Práticas In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 75-87.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento Populacional: Uma Realidade Brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 211-224, 1987.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do Envelhecimento In: FREITAS *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 72-78.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil. In: RUSSO, J.A.; SILVA FILHO, J.F. **Duzentos Anos de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993. p. 7-10.

RIBEIRO, R.M. *et al.* Estrutura Familiar, Trabalho e Renda. In: KALOUSTIAN, S.M. (Org.). **Família Brasileira. A Base de Tudo**. São Paulo: Cortez; Brasília: UNICEF, 1994.

RODRIGUES, N.C.; RAUTH, J. Os Desafios do Envelhecimento no Brasil. In: FREITAS *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 106-110.

ROWE, J.W. Health Care of the Elderly. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 312, p. 827-835, 1985.

RUSSEL C, SCHOFIELD T. Social Isolation in Old Age: A Qualitative Exploration of Service Providers' Perceptions. **Ageing and Society**, Cambridge University Press, v. 19, p. 69-91, 1999.

SÁ, V.M.T.P.L. **O “Novo Velho” e as Políticas Sociais: E o Setor Saúde, Como Se Manifesta?** 1997. 199 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1997.

SANTA ROSA, A.L.C. **A Identidade do Idoso: A Terceira Idade e Seu Encontro Com a Vida.** 1995. 128 f. Monografia (Graduação). Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

SANTA ROSA, A.L.C.; ANDRADE FILHO, A. **Doença de Alzheimer: O Desafio de Cuidar.** 1999. 119 f. Monografia (Especialização). Curso de Especialização em Terapia Familiar, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

[SANTOS, M.] **Projeto de Implantação do Programa de Reabilitação dos Recursos Individuais no IMASJM.** [2001]. Mimeo. 8 p.

SCHNEIDER, E.L.; BRODY, J.A. Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity: Another View. **New England Journal of Medicine**, Boston, v, 309, p. 854-856, 1983.

SEEMAN, T. *et al.* The Health Consequences of Multiple Morbidity in the Elderly. **Journal of Aging and Health**, Los Angeles, v. 1, p. 50-66, 1989.

SERPA Jr., O.D. Lacunas e Dobras das Relações da Psiquiatria Com a Medicina. In: RUSSO, J.A.; SILVA FILHO, J.F. **Duzentos Anos de Psiquiatria.** Rio de Janeiro: UFRJ, 1993. p. 97-107.

SHAKESPEARE, W. King Lear. In: LOTT, B. (Ed.). **New Swan Shakespeare Advanced Series.** 11th ed. Hong Kong: Longman, 1987. 212 p.

SILVA FILHO, J.F. Trabalho e Doença Mental. **Cadernos do IPUB. Organização do Trabalho e Saúde Mental.** v. 1, n. 2. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1995. (2 ed. 1996). p. 119-121.

SIMÕES, J.A. “A Maior Categoria do País”: O Aposentado Como Ator Político. In: BARROS, M.M.L. (Org.). **Velhice ou Terceira Idade?** 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000. p. 15-34.

SIQUEIRA, M.E.C. Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In: FREITAS *et al.* (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 49-57.

SLUZKI, C.E. **A Rede Social na Prática Sistêmica. Alternativas Terapêuticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 147 p.

SOARES, N.E. **A Velhice e Suas Representações Sociais em Instituições Públicas de Saúde.** 1997. 203 f. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

SOLDO, M.E.C.; AGREE, E.M. America's Elderly. **Population Bulletin**, Washington DC, v. 43, p. 5-52, 1988.

SOUZA, I.M.A. Na Trama da Doença: Uma Discussão Sobre Redes Sociais e Doença Mental. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999a. p. 89-124.

SOUZA, I.M.A. O Asilo Revisitado: Perfis do Hospital Psiquiátrico em Narrativas Sobre Doença Mental. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999b. p. 139-168.

SPILLMAN, B.C.; PEZZIN, L.E. Potential and Active Family Caregivers: Changing Networks and the "Sandwich Generation". **The Milbank Quarterly**, Nova York, v. 78, n. 3, p. 347-374, 2000.

SUDHA, S.; MUTRAN, E.J. Ethnicity and Eldercare. Comparison of Attitudes Toward Adult Care Homes and Care By Families. **Research on Aging**, Los Angeles, v. 21, n. 4, p. 570-594, July, 1999.

TORRE, E.H.G.; AMARANTE, P. Protagonismo e Subjetividade: A Construção Coletiva no Campo da Saúde Mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

VELHO, G. **Subjetividade e Sociedade: Uma Experiência de Geração**. Rio de Janeiro, Zahar, 1986.

VENANCIO, A.T.A. Saúde Mental: Constituição de um Campo e seus Desafios. In: LOYOLA, C.; MACEDO, P.R.A. **Saúde Mental e Qualidade de Vida. I Simpósio Internacional de Saúde Mental e Qualidade de Vida**. Rio de Janeiro: CUCA-IPUB/UFRJ, 2002. p. 46-51.

VERAS, R.P. **País Jovem de Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UERJ, 1994. 224 p.

VERAS, R.P. Desafios e Conquistas Advindas da Longevidade da População: O Setor Saúde e as Necessárias Transformações. In: VERAS, R.P. (Org.). **Velhice Numa Perspectiva de Futuro Saudável**. Rio de Janeiro, UERJ; UnATI, 2001. p. 11-32.

VERAS, R.P. *et al.* Novos Paradigmas do Modelo Assistencial no Setor Saúde: Consequência da Explosão Populacional dos Idosos no Brasil. In: VERAS, R.P. **Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UnATI/UERJ, 2002. p. 11-79.

VERAS, R.P. CAMARGO, K.R. Idosos e Universidade: Parceria Para a Qualidade de Vida In: VERAS, R.P. (Org.). **Terceira Idade: Um Envelhecimento Digno Para o Cidadão do Futuro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; UnATI/UERJ, 1995. p. 11-27.

VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da População Idosa no Brasil: Transformações e Consequências na Sociedade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, 1987.

VERTZMAN, J.; CAVALCANTI, M.T.; SERPA Jr., O.D. Psicoterapia Institucional: Uma Revisão. In: BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 17-30.

WEYGANDT, W. Juliano Moreira. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, a. 95, v. 1, n. 1, p. 60, abr-jun, 1999.

WILDE, O. **The Picture of Dorian Gray**. 7th ed. Penguin Popular Classics. Londres: Penguin Books, 1994. 256 p.

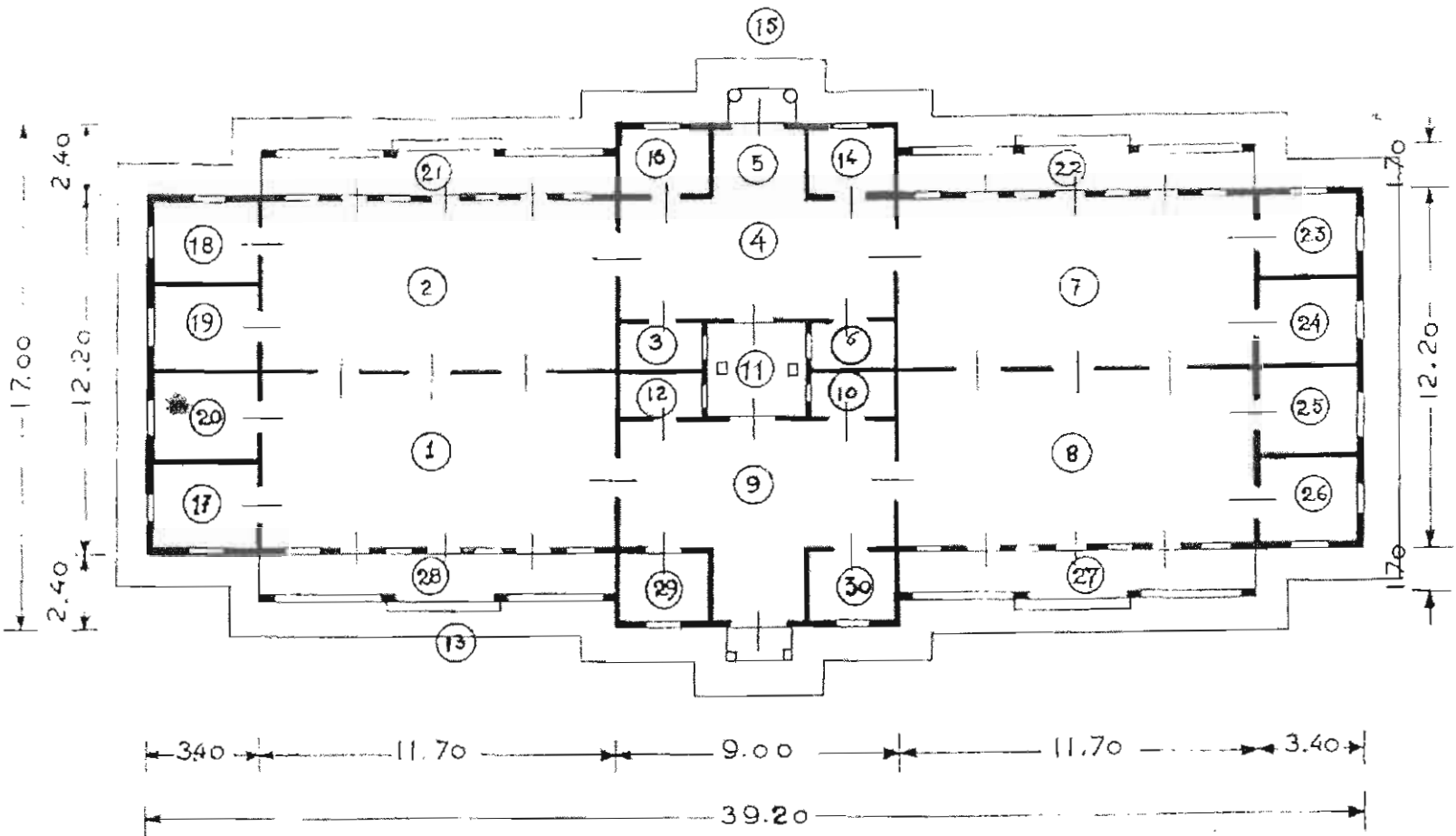
WYKES, T.; STURT, E. Assessment Schedule for Chronic Psychiatric Patients. **Psychological Medicine**, v. 17, p. 485-493.

ZALUAR, A. Cultura da Violência. In: **Rio de Todas as Crises**. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, 1981. p. 56-64.

ZALUAR, A. **O Utilitarismo Sociológico e as Políticas Públicas**. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 146, dez, 1996. 36 p.

ZALUAR, A. **A Máquina e a Revolta. As Organizações Populares e o Significado da Pobreza**. São Paulo: Brasiliense, 1985. 256 p.

ANEXO I
PLANTA-BAIXA DO PAVILHÃO 7



Fonte: Arquivo do IMASJIM

ANEXO II
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Naturalidade:

Situação familiar atual:

1. Por que você foi internado aqui?
2. Como era sua vida social anterior? Amigos, trabalho?
3. Como era a sua família?
4. Qual a sua opinião sobre a maneira que você é tratado aqui. Dê exemplos.
5. Você está satisfeito com sua vida aqui? Do que você sente falta? Você sente alguma mudança aqui dentro? Qual?
6. Qual o significado da Colônia Juliano Moreira em sua vida?
7. Para você o que é uma pessoa idosa?
8. Você se sente idoso (a)? Em que momentos?

ANEXO III

ATIVIDADES DO PAVILHÃO 7

ATIVIDADES	OBJETIVOS
CAMINHADA	Produzir um trabalho muscular completo em todo o corpo, favorecendo um sono mais tranquilo. Evita a inatividade e o confinamento no leito.
GRUPO DE CONVIVÊNCIA	Propicia um espaço onde os usuários podem efetuar reivindicações, queixas ou sugestões relacionadas ao dia-a-dia no pavilhão. É o momento onde são transmitidos os informes institucionais.
GRUPO DE INFORMAÇÃO	Através da leitura do jornal promover a atualização e o exercício da cidadania dos usuários, desenvolvendo-lhes o senso crítico.
LEITURA DE CONTOS	Propiciar maior aproximação entre as pessoas e a oportunidade de compartilhar histórias, idéias e emoções.
OFICINA DO CORPO	Compõe-se de exercícios que promovem a conscientização corporal e a movimentação do mesmo.
ESTIMULAÇÃO COGNITIVA	Intervir de forma concreta em processos cognitivos básicos, visando melhorar o funcionamento e a autonomia.
ARTETERAPIA	Busca, através da utilização de materiais artísticos, explorar outras formas de expressão.
GRUPO TERAPÊUTICO	Proporcionar um espaço de acolhimento e escuta das falas dos usuários, naquilo que faz referência à angústia e ansiedade Promover o relacionamento interpessoal.
ATENDIMENTO INDIVIDUAL	Espaço experiencial onde o usuário verbaliza seus pensamentos, sensações e sentimentos mais íntimos, ensaiando novas possibilidades de relacionamento.