

ROBERTO TYKANORI KINOSHITA

B C

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

Campinas, 13 de Fevereiro de 2001.

Gastão Wagner de Sousa Campos
Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Orientador

O Outro da Reforma:

CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DA AUTOPOIESE PARA A PROBLEMÁTICA DA CRONICIDADE NO CONTEXTO DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

CAMPINAS

2001

i



ROBERTO TYKANORI KINOSHITA

O Outro da Reforma:

CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DA AUTOPOIESE PARA A PROBLEMÁTICA DA CRONICIDADE NO CONTEXTO DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

CAMPINAS

2001

iii

200115764

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

K624o

Kinoshita, Roberto Tykanori

O outro da reforma : contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas / Roberto Tykanori Kinoshita. Campinas, SP : [s.n.], 2000.

Orientador : Gastão Wagner Sousa Campos

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Mental. 2. Planejamento. 3. Política de saúde. 4. Autopoiese. I. Gastão Wagner Sousa Campos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Membros:

1. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

2. Profa. Dra. Maria Cristina Magro

3. Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade

4. Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado

5. Profa. Dra. Regina Duarte Benevides de Barros

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

Data: 13/02/2001

DEDICATÓRIA

*Para Palmira, Antonieta e
todos aqueles do outro lado do muro .*

AGRADECIMENTOS

Estes estudos têm o sentido de um balanço e de um acerto de contas de uma vida profissional como médico, como militante antimanicomial e como técnico do saber prático (ou intelectual tipo C). As reflexões aqui apresentadas certamente não constituem nenhuma originalidade radical, uma vez que necessariamente são decorrência de quase vinte anos de trabalho e convivência contínuos com tantos amigos, colegas e pacientes.

A todos os amigos triestinos, em especial a Roberto e Maria Colapietra, Giancarlo Carena, Carmem Roll, Fabio Pituco, Maria Grazia Giannichedda, Renate Goergen e Franco Rotelli, que me ensinaram como *la liberta è terapeutica*.

A todos os companheiros que, desde a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, durante quase oito anos, construíram o programa de saúde mental de Santos com inigualável dedicação, inteligência, coragem e alegria.

Esta tese não teria iniciado sem a insistência da Prof. Dra. Florianita Braga Campos (Anita). Sua amizade, confiança e insistência convenceram-me a tentar a sorte no exame de seleção de 1994.

Desde então, a recepção calorosa e o convívio com todos os colegas e amigos do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp serviram como caldo de cultura para meus estudos e a todos devo meus agradecimentos. Destaco a presença sempre solícita e tranquilizadora da Leo, pessoa sem a qual creio que ninguém sobreviveria aos meandros institucionais.

Agradeço à Fernanda Nicácio pela sua amizade, companheirismo e solidariedade nas inúmeras horas de conversações durante todos estes anos.

Agradeço ainda ao Prof. Dr. Emerson Merhy, a quem devo o incentivo e o debate enriquecedor e suas sugestões.

Devo agradecer à Prof. Dra. Cristina Magro que, pelo seu “modo de viver” generoso, possibilitou-me inúmeras conversações que abriram o meu entendimento para a Teoria da Autopoiese, numa demonstração viva do fazer/conhecer e da aceitação do Outro como legítimo ser humano linguajante.

Agradeço ainda à Silvana Cobucci pela sua inestimável ajuda técnica na preparação e redação final dos originais;

Ao meu orientador, Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos, a quem devo antes de tudo, a paciência pela espera, a tolerância aos vãos em searas desconhecidas, a confiança nos momentos incertos e a firmeza nas críticas. Apenas sua amizade e generosidade permitiram o debate intelectual que conduziu e garantiu a conclusão da tese. Se há algum mérito neste trabalho, deve ser creditado ao Gastão.

A Carla, Isabella e Marco, que no conviver e no conversar cotidiano aprendo que a vida é bela.

E registro um especial agradecimento e uma pequena homenagem ao professor de todas as horas, que nos ensinou a generosidade como política, a boa luta como a grande diversão, o conhecimento e o saber como riqueza, a intolerância contra a barbárie, a indignação diante da injustiça, o “fazejamento” contra a inércia das instituições e, contra a prisão das ideologias, a liberdade como modo de ser.

Ao amigo, para sempre presente, camarada Dr. David Capistrano da Costa Filho (*in memoriam*).

A abertura do manicômio evidencia, além da mistificação da relação curante-curado regulada pela norma institucional, a produção adjuntiva de uma condição de anormalidade na vida manicomial que vem a ser a anormalidade da anormalidade: vale dizer que o doente, que já está anormal porque não está na norma, uma vez que entre no manicômio está anormal duas vezes: anormal de uma anormalidade construída em torno aos muros do manicômio.

Franco Basaglia, *A memória do manicômio*

Dizer o sangue e as chagas espantosas, que eu vi neste lugar, quem poderia em livre prosa e em vezes numerosas? Nenhuma língua, certo bastaria; fraca a palavra, inábil nossa mente para horror tanto compreender seria.

Dante Alighieri, *Divina Comédia*

	Pág.
RESUMO	xix
APRESENTAÇÃO	xxi
1. Cronicidade: O Outro da Reforma	23
1.1. Duzentos anos de manicômio: conhecer um hospital psiquiátrico é conhecer todos.....	26
1.2. Cronicidade e os movimentos de reforma.....	28
1.2.1. A primeira reação à cronicidade – o início do século XIX.....	29
1.2.2. O paciente crônico na América do século XIX.....	31
1.2.3. O retorno da cronicidade.....	35
1.3. A psiquiatria “científica” no início do século XX.....	37
1.4. Movimentos de reforma nos EUA do século XX – o período após a Segunda Guerra Mundial.....	40
1.5. Basaglia em Nova York.....	59
2. Questões conceituais sobre a cronicidade, doença mental crônica e os pacientes psiquiátricos crônicos	61
2.1. Cronicidade como problema.....	63
2.2. Conceito de crônico.....	65
2.2.1. Protótipo de cronicidade.....	69

2.2.2. Doente mental Crônico – a esquizofrenia como protótipo.....	70
2.2.3. Outros mitos sobre pacientes crônicos.....	76
2.2.3.1. Isolamento.....	76
2.2.3.2. Acomodação no papel de crônico.....	77
2.2.3.3. O uso prolongado de medicação como causa da cronicidade.....	77
2.3. Em busca de uma melhor descrição do que seja crônico.....	77
3. Complexidade, Autopoiese.....	83
3.1. Um breve passeio pela complexidade.....	87
3.1.1. Antecedentes: das partes e do todo.....	89
3.1.2. As ciências da vida: o todo maior que a soma das partes.....	91
3.1.3. A teoria sistêmica.....	95
3.1.4. Cibernética de segunda ordem.....	101
3.2. Desinstitucionalização revisitada.....	103
3.2.1. A “demarche” basagliana.....	104
3.2.2. Na academia, o primeiro contato com a psiquiatria organicista.....	104
3.2.3. A aproximação com a fenomenologia.....	105
3.2.4. O encontro com o manicômio.....	106
3.2.5. O confronto com a sociedade: A liberdade é terapêutica.....	107
3.3. Introdução à Autopoiese – A autonomia do vivo.....	109

3.3.1.. Origens da teoria da autopoiese.....	110
3.3.2. Primeira questão: O que é a organização do vivente?.....	111
3.3.3. Segunda pergunta: O que acontece no fenômeno percepção?.....	113
3.3.4. Um sistemismo renovado.....	118
3.4. Tudo o que é dito é dito por um observador.....	119
3.4.1. Distinções.....	120
3.4.2. Unidades simples e compostas, Organização e Estrutura.....	121
3.4.3. Sistemas estruturalmente determinados.....	124
3.4.4. Domínios de realidade.....	124
3.4.5. Explicação e explicação científica.....	125
3.4.6. Distinções e racionalidade dialética.....	127
3.5. Do inorgânico ao corpo vivo.....	128
3.5.1. Acoplamento estrutural.....	129
3.5.2. Constituição do Corpo – organismos metacelulares.....	130
3.5.3. Condutas.....	132
3.5.4. Comunicação e domínios consensuais.....	133
3.5.5. Linguagem.....	134
3.5.6. Emoções.....	135
3.5.7. Seres humanos e o “viver na linguagem”.....	136

4. Pavilhão “p” – vários mundos para todos.....	139
4.1. Corpo institucionalizado.....	140
4.1.1. Antes de sair foram verificadas fechaduras e doentes.....	142
4.1.2. Doente até que se prove o contrário.....	143
4.1.3. Segunda doença: Design manicomial.....	147
4.2. Caracterização sistêmica do manicômio.....	148
4.2.1. Manicômio e sociedade: unidade simples.....	148
4.2.2. O circuito do controle.....	150
4.2.3. Manicômio e sua dinâmica como unidade composta.....	152
4.2.4. Estruturação do corpo institucionalizado.....	154
4.3. Uma Intervenção intra-institucional: tempo de despertar.....	165
4.3.1. Con-vivendo com crônicos no pavilhão “P”.....	166
4.3.2. Antonieta J.	174
4.3.3. Palmira S.	177
5. Desmontagem da Organização manicomial.....	183
5.1. Transformar a estrutura para romper com a Organização.....	184
5.1.1. Entre dois domínios.....	185
5.2. O que nos ensina a escola do manicômio?.....	187
5.2.1. Dissolvendo a Hierarquia.....	189

5.2.2. A grande Conversação.....	191
5.2.3. As ideologias como opressão e liberação.....	193
5.2.4. A legitimidade imanente do Outro.....	194
5.3. Saúde e doença e a defesa da Vida.....	196
5.3.1. A defesa da Vida	198
5.3.2. O que é a vida?.....	198
5.3.3. A doença entre parênteses – A objetividade entre parênteses.....	202
5.3.4. Saúde e doença.....	205
6. Últimas proposições – à guisa de conclusão.....	215
6.1. Recursão sobre o texto.....	215
6.1.1. Doença mental crônica.....	215
6.1.2. Autopoiese e complexidade	217
6.1.3. Planejamento de serviços	218
7. Abstract.....	221
8. Bibliografia.....	223

A presença do problema da cronicidade é verificada nos diversos contextos das reformas da assistência psiquiátrica e em particular na história americana. Uma revisão das publicações a respeito das questões da cronicidade mostrou-nos que, apesar de ser amplamente utilizado, esse é um tema que traz muitas divergências e que o conceito de doente crônico propriamente é um conceito equivoco. Retomando o pensamento crítico de Franco Basaglia e o conceito de institucionalização como esquema explicativo da cronificação institucional, identificamos o chamado “enigma do corpo” como problemática central. A ambigüidade do corpo de ser, simultaneamente, sujeito e objeto para o ser humano mostra-se como questão histórica. Argumento que uma aproximação com a Teoria da Autopoiese, proposta por Maturana e Varela, nos possibilitaria investigar a cronicidade como fenômeno que observamos no domínio da ontogenia dos seres vivos, e suas correlações com a dinâmica fisiológica. Argumento que as novas concepções de linguagem, de cognição e de seres vivos, alternativas à tradição ocidental científica e filosófica, possibilitariam uma explicação para a cronicidade, de modo a orientar as ações na esfera das inter-relações individuais (profissional/paciente), bem como a servir de referência para o planejamento de ações e serviços em saúde mental

PALAVRAS-CHAVE: 1. Saúde mental. 2. Planejamento. 3. Política de saúde
4. Autopoiese.

A questão da tutela dos doentes mentais foi tema de debates teóricos e embates político-ideológicos durante todo o século XX. Suscitou uma sequência de reformas da assistência psiquiátrica e teve sempre como seu núcleo duro o doente mental crônico. Na atualidade há uma tendência irreversível à lenta e gradual substituição dos grandes manicômios por novos dispositivos e serviços e espera-se que possa desaparecer a figura do paciente crônico. No entanto, a história mostra que as reformas não transcorrem de forma tão linear, sempre trazendo novas contradições. Esta tese tem por objetivo investigar e elaborar uma proposta teórica para o fenômeno da cronicidade observado nos hospitais psiquiátricos, particularmente na era asilar. Buscou-se inicialmente situar a questão no contexto histórico das reformas da assistência psiquiátrica que vêm sendo implementadas em diversos países, em particular a experiência americana. (Cap.1) Realizamos uma revisão bibliográfica sobre a questão da cronicidade, em especial nos seus aspectos conceituais (Cap.2). Constatando-se as limitações das abordagens correntes, buscamos constituir um referencial teórico que desse conta de maior complexidade e investigamos as possibilidades da contribuição da teoria da autopoiese e biologia da cognição, para a elaboração de um modelo explicativo para a cronicidade (Cap. 3 e 4). Em seguida procuramos verificar as possíveis consequências dessas formulações para as experiências da reforma psiquiátrica, em especial a transformação institucional do sistema de saúde mental ocorrida em Santos, no período de 1989 a 1996. (Cap. 5).

“Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, entre outros, serão os principais protagonistas de um movimento de reforma através do qual, pela primeira vez, os loucos seriam separados de seus colegas de infortúnio e passariam a receber cuidado psiquiátrico sistemático.”(Resende, 1987)

O espírito iluminista do final do século XVIII reage contra uma certa situação dos loucos nas casas de internação instituindo a doença mental e o seu doente; falso profeta, mito pineliano, como nos apresenta Foucault (1978), ou herói fundador, como querem outros, é inegável que tanto Pinel como aqueles outros atores do período contrapuseram-se a um estado de coisas que afrontava a sensibilidade humanista de seu tempo.

A própria crítica que se fez a Pinel, a de ter liberado os loucos de grilhões de ferro para, em seguida, novamente encarcerá-los em uma trama mais sutil, mas não menos violenta e desumana nos hospitais psiquiátricos, nos indica a permanência de algo que não deixou de ser.

Foucault (1978), ao apresentar os jogos de transformações de verdades sobre a loucura, ocorridas no período subsequente à Revolução francesa, fornece-nos uma passagem instigante sobre o mito da libertação dos loucos:

“Um segredo é descoberto: é que a bestialidade não residia no animal, mas em sua domesticação; esta, apenas através de seu rigor, é que a constituía. O louco se vê assim purificado da animalidade ou pelo menos dessa parte de animalidade que é violência, predação, raiva, selvageria; só lhe restará uma animalidade dócil, a que não responde à coação e ao ensino pela violência.”(Foucault, 1978::472, grifos nossos)

O que nos interessa destacar aqui é que se operava uma distinção entre o louco e a sua loucura (animalidade) e o modo como se lidava com estes problemas (domesticação) e seus "efeitos" (bestialidade). Em outras palavras, o modo como os loucos eram tratados nos locais de internamento passa a ser percebido como relacionado ao estado de bestialidade em que se encontravam os pacientes. Nesse sentido é que a loucura migra para o lado dos guardiões

1. Cronicidade: O Outro Da Reforma

Introdução

No Brasil, a década de 1990 foi marcada por um intenso processo de mudança na questão do atendimento aos doentes mentais, acompanhando um amplo movimento de transformações no continente latino-americano. Segundo Venturini (1995), "atualmente, a Organização Mundial de Saúde revela que o Brasil é o país onde está se realizando o mais importante passo à frente desse quadro de mudanças".

De fato, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica é um marco histórico para as políticas de saúde mental para o continente e para o Brasil. Consolida um consenso crítico quanto ao papel hegemônico do hospital psiquiátrico como modalidade assistencial convencional, considerando-o incompatível com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo. Identificado como fonte geradora de maior incapacidade social que põe em perigo os direitos humanos e civis do enfermo, consumidor da maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países à saúde mental, além de gerar distorções no ensino. Também o considera insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços e de outros setores. Esse é o documento oficial mais contundente de crítica coletiva que condena o modelo hospitalocêntrico (Declaração de Caracas, 1990; Organização Panamericana de Saúde, 1992).

Essa onda de mudanças chega com décadas de defasagem em relação aos processos de transformação e reformas da assistência psiquiátrica, ocorridos na Europa nos anos 40, no período pós-guerra, nos EUA na década de 1960 e na Itália desde a década de 1970. Mas, a bem dizer, a questão dos loucos na sociedade é antiga e poderíamos estender o período de reformas dos modos de cuidar e tutelar os doentes mentais até os primórdios da psiquiatria (Amarante, 1996).

“[...] os que encerram os loucos como animais são os que agora detêm toda a brutalidade animal da loucura; é neles que a besta impera, e a que aparece nos dementes não passa de um turvo reflexo da primeira.”(id., ibid.)

De fato Battie, já desde 1742, antes mesmo de Pinel, propunha um “[...] sistema de cuidados médicos dos doentes mentais baseado na eliminação das medidas de força e em uma forma de tratamento humanitário orientado na linha do que a partir de então se denominaria tratamento moral (moral management).” (Morales Meseguer, 1982:13)¹

Na Europa do século XVIII, John Conolly é tido como um dos precursores a tomar iniciativas críticas contra uma instituição manicomial. Ainda no contexto dos tratamentos morais, entre 1839 e 1844, Conolly dirigiu o hospital psiquiátrico de Hanwell, Inglaterra, eliminando os meios de contenção física e viabilizando a abolição das restrições institucionais (apud Bruzzone, 1979:4).

Essa tendência de reformas iniciada no final da década de 1750 expandiu-se por toda a Europa, e no século XVIII alcançou os Estados Unidos, inspirando reformadores sociais como Dorothea Dix e Horace Mann (Goldman, 1982; Lamb, 1988).

Não queremos retomar o fio, já bem desatado por tantos, das relações genéticas da psiquiatria com o manicômio, nem seguir o caminho dos percalços da relação entre a sociedade, com suas instituições, e a loucura ou a sua faceta de doença mental (Foucault, 1978; Castel, 1978; Goffman, 1974; Figueira, 1978; Tundis & Costa 1987).

O que pretendemos aqui é apenas tentar demarcar que, desde há muito tempo, um certo estado de coisas que aparentemente perdura e resiste nos locais de internamento para loucos tem gerado diversas ondas de reações reformadoras por parte da sociedade. E é o padrão desse movimento de crítica seguida de reforma, crítica, reforma da reforma, crítica e reforma da reforma da reforma, iniciada com as casas de internamento no século XVII, que nos parece evidente (Gomez, 1983:213). Segundo Goldman, "A história dos serviços de

¹ [...] sistema de cuidado médico de los enfermos mentales basado en la eliminación de las medidas de fuerza y en una forma de trato humanitario orientado en la línea de lo que a partir de entonces se denominaria *moral management* (Morales Meseguer, 1982:13; trad. livre).

saúde mental pode ser vista como uma série de ciclos de reforma e negligência" (1984:158).

Pode-se deduzir daí que há algo que perdura, pois, nos momentos de críticas, estas apontam exatamente para a insuficiência da reforma precedente, ou seja, que não se cumpriu devidamente o que se almejava. E, indo além, podemos ressaltar, a partir de um certo ethos humanista que envolve esses movimentos reformistas, que este algo está relacionado com a apreensão de um fenômeno que afronta a sensibilidade humana. De que se trata então?

1.1. Duzentos anos de manicômio: conhecer um hospital psiquiátrico é conhecer todos

Um fenômeno extremamente regular e constante nos hospitais psiquiátricos, verificável empiricamente, diz respeito a uma experiência incomum. Para um observador, é possível apreender um certo padrão geral: o ambiente de ar pesado, que parece estancar o tempo silencioso, escorre com viscoso penar, um lugar onde a dinâmica da vida parece não ter passado por ali. A experiência vai além. A imagem triste dos pacientes é caricata: a cabeça pendida, a boca desdentada sem palavras, o corpo alquebrado, o olhar estagnado, os movimentos lentos, o andar sem rumo, formando uma massa disforme.

David H. Clark publicou seus trabalhos na década de 1960, no contexto das reformas da psiquiatria institucional ocorridas na Grã-Bretanha após a Segunda Guerra Mundial, em particular das comunidades terapêuticas. Mas seu ponto de partida

“[...] é o mundo do hospital mental dos anos trinta. Naquele mundo começaram suas vidas profissionais todos os principais psiquiatras de hoje, surgiram a maioria das enfermeiras que formam hoje o pessoal de enfermagem mais antigo, e que então eram jovens cheios de esperança; e como perplexos adolescentes esquizofrênicos chegaram os que agora são esses pesados autômatos de rostos cinzentos nos quartos do fundo dos hospitais.”(Clark, 1973:17; grifos nossos)

Uma conta simples indica-nos que alguns jovens pacientes, "adolescentes esquizofrênicos" permaneciam por mais de três décadas internados; a forma descritiva de que se utiliza Clark, embora possa ser vista como "literária" e "pouco objetiva", não nos parece despropositada, mas sugestiva de uma aguda percepção: a longa passagem do tempo não conduziu aqueles "perplexos adolescentes esquizofrênicos" à velhice; eles não se tornaram "velhos esquizofrênicos", e sim "pesados autômatos de rostos cinzentos". Clark dá a entender assim que outro processo ocorreu, distinto do envelhecimento ou da evolução da doença, e seu tom quase irônico ("chegaram os que agora são") sugere-nos um certo mal-estar, talvez porque aqueles pacientes restem como que esquecidos "nos quartos do fundo dos hospitais". Mas nem sempre as coisas foram percebidas assim. Segundo Clark, na década de 1930, a "maioria dos pacientes continuava em um estado de desorganização e loucura – violentos ou perdidos em uma apatia alucinada – apesar de alguns atingirem um estado de excentricidade estável e trabalharem nos departamentos do hospital." (1973:17)

Até então, poucos eram os recursos terapêuticos, e os próprios profissionais encontravam-se em um estado de apatia. E a atitude dos profissionais em relação aos pacientes era de resignação. "A pequena equipe preservava a ordem, prevenia as fugas e cuidava para que os pacientes fossem alimentados e vestidos adequadamente." (idem)

Naquele tempo, a grande homogeneidade de comportamentos que se observa entre os pacientes psiquiátricos internados nos manicômios em toda a parte (Saraceno, 1995) não chamava a atenção. É certo que, desde este fundo amorfo, sempre se destacam algumas figuras bizarras, como a figura de Napoleão, outro que dá gargalhadas sozinho ou ainda "aquele que veio de Marte" ou "é vítima de uma conspiração", verdadeiros personagens oníricos que rompiam o silêncio, e até hoje justificam certas imagens sobre a loucura. Mas, se realizamos uma mudança de gestalt e fixamos a atenção na massa de fundo, não podemos ver diferenças significativas que permitam operar as distinções que as diversas nosografias clássicas tentaram constituir, tema do grande embate teórico da psiquiatria do século passado de Esquirol, Kahlbaum, Kraepelin. Basta visitar os "juqueris", os "adauto botelhos", e outros tantos. Não é de estranhar que se tenha proposto que todas as

doenças mentais, em realidade, são apenas a variação de um único e mesmo processo degenerativo que tinha por destino certo este trágico final comum.²

“Na formulação de Kraepelin, tratava-se de uma concepção tomada da teoria da degeneração, elaborada pela psiquiatria francesa a partir da obra de Morel (1857). Recordemos que, situada em um contexto evolucionista, a tese fundamental desta doutrina era a consideração dos transtornos psíquicos como expressão da constituição anormal dos organismos que os apresentavam por se tratar de variações degenerativas da espécie humana.” (Morales Mesenguer, 1982)

Mas, observando um pouco melhor, percebemos que os funcionários se distinguem pelo sempre característico molho de chaves e muitas vezes apenas pelo eventual uniforme. Esse tipo de experiência parece ser planetária, dos manicômios brasileiros aos italianos, passando pela ilha de Leros, às instituições norte-americanas. Aparentemente, seja qual for a língua, a história do país, seus costumes e tradições, os pacientes nos hospitais psiquiátricos parecem tender sempre para um mesmo padrão. Em toda parte, o que se pode observar, de modo sintético, é a predominância do Mesmo. Esse fenômeno, geralmente identificado como cronicidade, parece ser o fio condutor comum da crítica de todos esses movimentos de reforma.

1.2. Cronicidade e os movimentos de reforma

Se a história da psiquiatria tem na loucura o seu Outro, parafraseando Foucault, podemos dizer que a cronicidade é o Outro das reformas psiquiátricas. As reformas nascem na emergência da questão dos crônicos, iniciam tendo como objetivo a superação da condição de crônicos que os loucos apresentam e terminam, aparentemente, por reproduzir a mesma cronicidade.

² Este tipo de teoria tem retornado por exemplo com Crow, T.J., 1997.

É preciso situar uma revisão histórica, embora o nosso interesse seja apenas colher um perfil geral do problema dos pacientes crônicos, a partir de dados particulares. Neste sentido, estaremos aqui reportando-nos a "uma" história, centrada nas experiências de transformação psiquiátrica nos EUA, sem a pretensão de desvelar "a história", embora alguns aspectos já tenham se tornado um consenso histórico. Por outro lado, mesmo com a distância oceânica, as influências da história européia estão sempre presentes no novo continente, incluindo o Brasil. A opção tem diversos motivos, sem guardar uma hierarquia entre si: a) a experiência americana, como ex-colônia, tem alguns aspectos particulares distintos em relação à história européia, muito marcada pela experiência do Grande Internamento (Foucault); b) a disponibilidade de bibliografia; e c) uma certa curiosidade, uma vez que entre nós tornou-se corrente sintetizar as reformas americanas como "movidas principalmente por motivos de corte nas despesas públicas" o que, de certa forma, contrasta com a abundante literatura médico-psiquiátrica publicada, indicando um intenso debate a respeito.

Gomez (1983) propõe um recorte histórico com três períodos de importância para a história do doente mental crônico: a) o início do século XIX; b) o início do século XX; e c) o período após a Segunda Guerra Mundial.

1.2.1. A primeira reação à cronicidade — o início do século XIX

Pinel, visto como um reformador das instituições, estava convencido de que "[...] a conduta infra-humana destes infelizes era consequência não da enfermidade, senão da maneira como eram tratados" (Gomez, 1983:215).

Desde Pinel, o ponto de partida para as transformações institucionais era a distinção entre o que poderia ser atribuído à enfermidade ou doença mental e o que era produzido pelo modo como os indivíduos eram tratados, resultando na "conduta infra-humana" dos loucos. Embora suas explicações etiológicas para as doenças mentais não fossem inovadoras, como observador dos aspectos comportamentais dos doentes, Pinel identificava diversas situações que poderiam levar à loucura: "ambição ingovernável ou

frustrada, fanatismo religioso, profundo desgosto, e amores infelizes" (Pinel apud Grob, 1994:26) e, o que é mais importante, foram seus métodos terapêuticos que moldaram as instituições de tratamento desde então. Desacreditando a idéia de que a insanidade fosse fruto apenas de lesões físicas, Pinel, a partir de um enfoque "psicológico", considerava que era necessário ganhar a confiança dos pacientes e proporcionar-lhes esperança. O chamado tratamento moral "[...] refletia sua original assunção de que modificações ambientais poderiam afetar a psicologia individual e assim alterar o comportamento." (Grob, 1994:27)

A alienação não "implicava a total abolição das faculdades mentais", e manter os pacientes isolados, expostos à brutalidade dos curantes, era um sistema de gerência mais voltado para "suas próprias conveniências que para a sua humanidade ou sucesso". Em um asilo bem-organizado era possível apelar para as capacidades de raciocínio do paciente, persuadindo-o a aderir aos comportamentos e valores da sociedade normal. Mas não devemos ver no humanismo de Pinel nenhuma condescendência para com os pacientes.

"Um dos princípios fundamentais do tratamento psicológico dos insanos [consiste em] quebrar a sua vontade com destreza sem causar ferimentos ou impor trabalho forçado. *De preferência, um formidável show de horror deve convencê-los de que eles não são livres para perseguir suas impetuosas intenções e que sua única escolha é submeter-se.*" (Pinel, apud Grob, *ibid.*; grifos nossos)

O asilo, ou melhor, o seu ambiente bem-ordenado, passa a ser o principal meio de tratamento. O pressuposto aqui é que, mesmo na mais estranha e bizarra loucura, resta sempre um resíduo de humanidade que será o ponto de apoio para convencer o paciente a uma nova atitude, a cura. De modo análogo, William Tuke, em 1792, funda o York Retreat. O Regime imposto aos pacientes buscava criar um ambiente no qual disciplina e auto-contenção seriam internalizadas através de meios rigorosos.

"Há muita analogia entre o judicioso tratamento das crianças e aquele das pessoas insanas [...] o princípio do medo, quando estimulado moderada e judiciosamente [...], tem um efeito salutar." (Tuke apud Grob, *ibid.*, p. 29)

Curiosa a proximidade do tema com o discurso do absolutismo. Medo e esperança conformam o jogo das paixões que, desde o século XVII, conformam um fundo de condição natural e base da moralidade do homem. Em sua autobiografia, Hobbes escreveu: "minha mãe pariu gêmeos, eu e o medo." (Hobbes apud Ribeiro, 1984:11) ³. É do medo que poderia surgir a esperança, uma vez que, diante da situação que o produz, o indivíduo tenderia a refrear seus impulsos. Pouco a pouco, ele interiorizaria o medo e não mais necessitaria das coerções externas. Este seria o sentido do Leviatã, o Estado, um ser tão poderoso que coagiria os indivíduos à paz. O tratamento proposto por Pinel já tinha seus antecedentes... O tratamento moral estabeleceu um padrão que se difundiu e chegou aos EUA, no início do século XIX.

1.2.2. O paciente crônico na América do século XIX

Nos EUA, este período também marca uma transição nos padrões religiosos que irão transformar as concepções sobre os loucos e a loucura. Desde o período colonial, os padrões puritanos e calvinistas enfatizavam a depravação da natureza humana e a "futilidade da intervenção humana" diante dos desígnios divinos. Considerando-se que "o pecado, afinal, está no coração da condição humana, e uma de suas mais óbvias consequências seria a loucura" (Grob, 1994:9), restaria aos loucos o espaço da caridade por parte da comunidade, em apoio às famílias, ou o espaço de instituições destinadas a todos aqueles incapazes de se proverem (crianças, doentes, velhos e doentes mentais indistintamente).

Esta visão de mundo, predominantemente sobrenatural, pouco a pouco foi substituída por uma visão mais naturalista, embalada pelos ares iluministas, que considera o homem como ser dotado de razão e livre-arbítrio. As leis naturais teriam origem divina, porém seriam compreensíveis aos homens, o que, conseqüentemente, implicava responsabilidades individuais. Com a crença de que as instituições poderiam ser

³ É curiosa a proximidade do tema do Leviatã, como imagem do Estado totalitário, e a forma de organização proposta para os asilos.

melhoradas e os homens aperfeiçoados, a "loucura perdeu sua aura de permanência; terapias apropriadas em asilos bem-ordenados poderiam em muitos casos levar à restauração da sanidade". (Grob, 1994)

Ressalte-se que, neste enfoque do tratamento moral, a cura ou a recuperação dos pacientes ocorrem pela incorporação de normas sociais por intermédio do terror e do medo. Antes, os alienados e insanos, considerados acometidos por doenças incuráveis, eram presos por muros e correntes, mas estavam "livres" para devanear e perseguir suas quimeras. A partir de então, havia uma pressuposição de uma "humanidade residual" nos insanos, o que abriu espaço para um tratamento, cuja ênfase "se concentrou na liberdade de ação, na persuasão, na comunicação racional e na interação interpessoal normal" (Gomez, 1983:215). Passa-se a considerar a possibilidade de recuperar os pacientes pela intervenção de métodos que os levariam a fazer uma opção, um cálculo racional: caberia a eles escolher entre o medo e o terror ou a aceitação das normas sociais. Isso significa que, se os pacientes, por um lado, eram vítimas de algum infortúnio que os levara à loucura, permanecer nesse estado (a continuidade da loucura) dependia de um ato da vontade, fruto também de um cálculo sobre as condições em que eram tratados. A cronicidade dos pacientes, conseqüentemente, não seria decorrência da doença em si, de um processo inexorável, mas de uma deliberação (!!)⁴.

Neste contexto, a construção de asilos vinha a ser uma alternativa institucional para o cuidado dos loucos, não mais deixados aos desígnios divinos e à caridade, mas configurando-se como objeto de políticas públicas. O que até então era problema deixado às famílias e à comunidade passa a ser cada vez mais entendido como responsabilidade do Estado. Começa assim uma era de assistência dos incapacitados financiada por fundos públicos.

É curioso notar os argumentos que se levantaram para que os asilos viessem a ser construídos. Por volta de 1810, um comitê dedicado ao recenseamento dos insanos no estado de Connecticut, EUA, relatava:

⁴ Cf. Ribeiro, 1984:16; Hobbes, 1983:37 sobre a definição hobbesiana da deliberação.

“A sua situação [dos insanos] é de miséria ao extremo. [...] Por vezes eles vagam de lugar em lugar sem comida e sem vestes decentes; por outras ocupam um apartamento nas mansões das famílias, a um só tempo o monumento e a fonte da miséria, a vítima, e em muitos casos a causa da insanidade ...” (*apud* Grob, 1994:33)

Para estes reformadores, o hospital poderia prevenir o advento da cronicidade, embora não houvesse neste período uniformidade quanto aos métodos terapêuticos.

“O tratamento nos hospitais tendia a ser empírico e eclético [...]. Hiosciamina, cânfora e ópio eram usados para sedar os pacientes violentos. Pacientes que se recusavam a comer eram alimentados por um funil [...]. Recreação e trabalho eram altamente valorizados pelos seus efeitos terapêuticos. Nos casos extremos, o confinamento solitário e aparatos de contenção eram empregados, embora fossem descontinuados logo que possível.”(id., *ibid.*)

Sedação dos violentos, garantia de alimentação a todo custo, recreação e trabalho, contenção e isolamento, são padrões da cuidados que não se diferenciam muito das práticas atuais...

“Como os loucos geralmente não podem ser tratados com sucesso nem receber cuidados apropriados em suas casas, claramente não podem sê-lo em hospitais comuns, casas de caridade nem em instituições penais. Portanto, o único modo de prover os cuidados apropriados para esta classe na comunidade [...] é prover em cada Estado tantos hospitais especializados quantos forem necessários, para fornecer pronta e apropriada acomodação para todos os insanos, para curar aqueles que são curáveis, para prevenir que fiquem piores e, o que é muito importante e não deve ser subestimado, para proteger suas famílias e a comunidade dos atos e influências dessas pessoas irresponsáveis e frequentemente perigosas.” (Thomas Kirkbride, *apud* Grob, 1994:129)

Mas a idéia central era de que aqueles que assumiam "a suprema responsabilidade de governar os insanos" para devolver-lhes a razão deveriam fazê-lo mediante a estrita atenção ao regime moral. Os defensores do asilo conseguiram formar um grande consenso na sociedade americana: os doentes mentais graves e crônicos deveriam ser tratados em asilos públicos em vez de na comunidade, independentemente de sua

situação financeira; estas instituições estariam sob jurisdição médica que deveriam curar os pacientes, se possível, e custodiar e prover cuidados humanos àqueles que não respondessem aos tratamentos. Todos esses discursos humanistas, filantrópicos deixam entrever as suas origens mais remotas no Medo...

Inicialmente pensadas para ser instituições pequenas, voltadas para o tratamento médico (moral), nas quais as relações entre pacientes e médicos e pessoal fossem próximas, seguindo a imagem de uma família dirigida por um pai severo e amoroso, os hospitais cresceram em tamanho e em quantidade. A própria criação dos asilos foi um dos fatores que gerou uma demanda que se tornou crescente e complexa. A pressão por mais vagas nos asilos, o temor por altas prematuras, o envelhecimento dos internos, o descompasso na provisão de fundos, foram modificando as condições dos asilos. Pouco a pouco, tornaram-se instituições enormes, ambientes pouco acolhedores e com menor quantidade de pessoal. A psiquiatria tornou-se uma especialidade administrativa e gerencial, diante da necessidade de se regular e manter instituições complexas como os asilos. Os psiquiatras viam-se ante o dilema de ou cuidar do bem-estar dos pacientes ou manter a ordem e a racionalidade administrativa no asilo. O tratamento moral passou a estar presente apenas no discurso. Se, em tese, os pacientes eram internados para que pudessem desenvolver meios de autocontrole, na prática os mecanismos de contenção física, externa, foram sendo cada vez mais empregados.

A contenção dos pacientes tornou-se tema de debate importante no período. Na mesma época, na Inglaterra, John Connolly e Robert Gardner Hill desenvolveram um sistema de cuidados sem contenção física. (Bruzzone,1979:4; Basaglia,1981:396-7; Grob,1994: 92)

“Eu gostaria de completar aquilo que Pinel iniciou [...] Eu afirmo de modo simples e distinto que, em um edifício construído propriamente, com um número suficientemente adequado de atendentes, a contenção nunca é necessária, nem justificável, e é sempre injuriosa, em todos os casos de loucura. Eu insisto na possibilidade de total abolição de todos os instrumentos de contenção, e de todas as outras crueldades.” (Robert G. Hill,1839, *apud* Grob, 1994:92)

Os psiquiatras e administradores americanos tinham consciência da ambigüidade e do dilema em que estavam colocados. Insistiam na utilização dos métodos de contenção (camisas-de-força, celas de isolamento), embora estes fossem incompatíveis com o tratamento moral, considerando-os preferíveis aos abusos e violências por parte dos atendentes, preocupados com a manutenção da ordem. O crescente número de pacientes internados pressionava os administradores a lançar mão de medidas disciplinares cada vez mais rígidas e impessoais. O perfil dos psiquiatras, inicialmente carismáticos e paternais, transmuta-se em figuras de administradores racionais capazes de impor a ordem. Os mecanismos de contenção eram considerados um "mal necessário" diante da multidão de pacientes. O principal "mal" que levaria os pacientes à contenção e às celas fortes seria "a multidão". (Grob, 1994:70-102)

O que é preciso destacar é a clara distinção entre os meios de tratamento moral pretendidos (instrumentalização do ambiente, regime, relações interpessoais, o modelo da família) e os meios de contenção utilizados (camisas-de-força, celas fortes etc.) e aplicados em vista da carência dos primeiros. Não se fazia uma correlação direta entre doença e contenção. A violência institucional era distinta da natureza da doença e contrária aos tratamentos propostos, isto é, não se naturalizava a violência.

1.2.3. O retorno da cronicidade

A questão da cronicidade volta ao debate na segunda metade do século XIX. Apesar do otimismo dos psiquiatras sobre as capacidades terapêuticas do asilo, progressivamente o número de pacientes crônicos cresceu ano a ano. Na história americana dos asilos, consta que, por volta da década de 1850, a preocupação com o crescente número de pacientes crônicos abriu um debate sobre qual seria a melhor forma de tratamento para eles. Os psiquiatras mantinham a idéia do asilo como local por excelência para o tratamento médico de todos os doentes mentais, incluindo os crônicos, embora fosse uma prática corrente dos administradores "resolver" os casos daqueles que não melhoravam através da alta hospitalar administrativa; isso, de certo modo, permitia salvaguardar o perfil "terapêutico" dos hospitais e "diminuir" seu caráter asilar e assistencial, corroborando a

tese de Robert Castel de que a psiquiatria é a prática da contradição entre uma demanda de cura e a exigência de tutela sobre os pacientes psiquiátricos. Neste período, estima-se que mais da metade dos pacientes considerados crônicos encontravam-se fora dos asilos, dispersos na comunidade ou em instituições assistenciais e alguns em institutos penais. Apesar disso, os psiquiatras continuavam a acreditar na curabilidade das doenças mentais. A falência do sistema seria devido à falta de recursos para a construção de hospitais adequados em tamanho e quantidade (Grob, 1994:103-110).

Alguns médicos buscaram alternativas em outras experiências conhecidas na Europa. John M. Galt, tomando a experiência da cidade belga de Gheel⁵, propôs que se criasse um sistema que proovesse uma ordenada transição do asilo à comunidade. Como numa liberdade condicional, aos pacientes seria facultado viver e trabalhar em áreas adjacentes ao hospital; unidades descentralizadas abrigariam os convalescentes, e os crônicos seriam hospedados em locais próximos de suas famílias.(Grob, 1994:110-16)De um lado, uma visão médica insistia nos aspectos terapêuticos do asilo e, conseqüentemente, na preocupação com os casos agudos e episódicos; no lado oposto, uma perspectiva "assistencial", advogava instituições separadas dos hospitais, destinada ao sustento dos pacientes crônicos. Cronicidade, neste contexto, estava ligada a uma profunda descrença nas possibilidades de tratamento daqueles pacientes.

"O debate sobre o cuidado dos doentes mentais crônicos provou-se profético. Doenças crônicas requeriam cuidados e supervisão por períodos que por vezes duravam décadas. Mas os psiquiatras, como seus pares médicos, permaneciam preocupados com doenças agudas e episódicas em vez de se preocuparem com casos persistentes e de longa duração, e continuavam a enfatizar a suprema importância das terapias restauradoras. Mas o fato é que um número significativo de doentes mentais não se recuperavam. De um modo ou de outro, a questão do cuidado para estes indivíduos continuaria a dominar as subseqüentes discussões sobre as políticas de saúde." (Grob, 1994:116)

⁵ Gheel era uma cidade milenar, sede de um templo religioso, que tinha por tradição acolher lunáticos em busca de uma intervenção divina para a cura. Os habitantes da cidade habituaram-se com a presença dos loucos e a responsabilidade comunal pelo cuidados dos paciente tornou-se prática corrente. No século XIX, a cidade dispunha de um sistema formal de administração dedicado aos cuidados dos insanos hospedados pela cidade (cf. Grob, 1994:110).

1.3. A psiquiatria "científica" no início do século XX

O segundo período histórico, entre o final do século XIX e o início do século XX, estendendo-se até o período da Segunda Guerra, pode ser caracterizado por um deslocamento do olhar da sociedade e dos médicos que foram perdendo o interesse pelo tratamento moral. A revolução industrial provocou grandes mudanças em todas as esferas da sociedade, crescimento urbano, movimentos migratórios, novos conhecimentos. Os hospitais psiquiátricos por essa época mantinham uma população bastante heterogênea internada, mas há indicações da existência de “[...] um número substancial de pacientes, cujas peculiaridades comportamentais estavam relacionadas com uma patologia somática de base, que freqüentemente resultava em cronicidade devido à ausência de terapias efetivas.” (Grob, 1994:124)

A paralisia geral progressiva era um exemplo significativo para as internações de longa permanência. Entre 1911 e 1920, no Hospital Mental Estadual de Nova York, em torno de 20% de todos os casos de primeira internação recaíam sobre essa categoria, sendo que 2/3 com idade abaixo de 50 anos. A descoberta do *Treponema pallidum* como o causador da paralisia geral progressiva deu impulso ao retorno aos tratamentos orgânicos e incentivou a busca de agentes etiológicos por meio de pesquisas em laboratório.

Por outro lado, uma imagem negativa dos hospitais passou a vigorar, com crescentes críticas às condições em que eram tratados os pacientes, que eram movidas por profissionais, políticos e ex-pacientes. O contínuo crescimento do número de pacientes crônicos internados nos hospitais psiquiátricos reforçava o clamor da necessidade de mudanças.

Os psiquiatras asilares cada vez mais eram alvo de desconfiança e descrédito, e uma nova geração de médicos, formados nas novas perspectivas de uma "medicina científica", passou a dominar a cena. A busca por causas orgânicas inevitavelmente aproxima a psiquiatria da neurologia e, por consequência, do modelo médico.

Acusações de ignorância e desconhecimento do cérebro eram dirigidas aos psiquiatras asilares:

“[...] especialistas em jardinagem e cultivo (embora as contas das fazendas sejam deficitárias), em entelamento (embora o teto e a cúpula geralmente tenham goteiras), em drenagem de terrenos (embora o solo seja sempre úmido e insalubre), em engenharia (embora as enfermarias sejam ou muito quentes ou muito frias), em história (embora seus fatos sejam incorretos e suas inferências além de qualquer medida); em resumo, especialistas em tudo exceto no diagnóstico, na patologia e tratamento da insanidade.” (Edward C. Spitzka, 1874 *apud* Grob, 1994:133)

O deslocamento do olhar médico para a busca dos fatores etiológicos e de tratamentos orgânicos provocou uma modificação na atividade dos psiquiatras. O elo entre a psiquiatria e o asilo pouco a pouco se enfraqueceu, e os novos médicos passaram a desenvolver seu trabalho mais no espaço dos laboratórios para pesquisas ou em seus consultórios.

O trabalho no asilo e a própria instituição asilar progressivamente foram considerados como atrasados e sem "fundamentos científicos". Esses novos psiquiatras somaram-se às vozes que clamavam por uma "reforma" dos asilos e pela abolição das contenções mecânicas, na esperança de poder seguir os “[...] colegas médicos que criaram uma profissão baseada nos laboratórios que buscava identificar as causas das doenças e desenvolver intervenções apropriadas para as doenças agudas.” (Grob, 1994:130)

Como consequência, a relação interpessoal e as preocupações com o ambiente para o tratamento foram deixando o centro do cenário.

Segundo Gomez, há indicações de que até o índice de recuperações decaiu com a mudança de atitudes e expectativas. “Os enfermos começaram a mostrar deterioração e incapacidades psiquiátricas, e o ingresso ao hospital mental se converteu no início de uma condenação ao encarceramento perpétuo.” (Gomez, 1983:215)

Se os antigos alienistas eram "pouco médicos", não se pode dizer que não tivessem uma real preocupação com os pacientes e, de fato, eles se dedicavam, isto é,

interagiam cotidianamente com os pacientes, mesmo que através dos métodos do terror e do exemplo modelar. Essa interação contínua mantinha o pressuposto de que os pacientes preservavam, apesar da doença, um mínimo de características humanas e exigiam um correspondente tratamento humano. Gomez (1983) sugere que essa atitude “humanista” dos profissionais influenciou a evolução dos pacientes em direção à cura ou à menor cronificação. Embora também sejam expostos a práticas de violência e repressão e a ritos da instituição total (Goffman), em termos de adoção e incorporação das normas locais, os indivíduos detentos em prisões aparentemente não demonstram as mesmas características de apatia, desinteresse, falta de empatia, precariedade discursiva ou estereótipias dos pacientes psiquiátricos crônicos. Uma situação semelhante e que corrobora essa idéia são os sobreviventes dos campos de concentração, durante a Segunda Guerra, submetidos a práticas de violência e humilhação constantes embora, aparentemente, não tenham sofrido deterioração semelhante à apresentada pelos pacientes dos manicômios. De certo modo, a condição de prisioneiro (criminoso ou de guerra) está estabelecida sobre valores e relações distintas das do louco. Embora a ambos se dirija uma instituição de controle, esse controle tem efeitos muito distintos. Os prisioneiros na instituição total podem ser considerados culpados a priori (Basaglia, 1981), mas não se nega a eles a condição primária de seres humanos. Aos loucos nem a culpa pode ser imputada porque, antes de tudo, estão excluídos do círculo dos humanos.

Com a nova psiquiatria, aderida ao modelo da medicina científica, houve uma valorização dos aspectos etiológicos da doença, entendida como processo biológico natural, e as relações entre profissionais e pacientes deixaram de ser o foco das atenções e das ações dos alienistas.

Esse deslocamento do olhar trouxe importantes descobertas no campo dos tratamentos orgânicos — Wagner von Jauregg e Egaz Moniz foram laureados com o prêmio Nobel, o primeiro por tratar a neuro-sífilis (Paralisia Geral Progressiva) com febre artificial por meio da inoculação de espiroquetas da malária, e o segundo por introduzir novas técnicas cirúrgicas para a realização de lobotomias (Gomez, 1983:215); os tratamentos de choque, com a aplicação de comas insulínicos introduzida por Sakel (1933), terapias convulsivas com cânfora por Von Meduna (1935) e a eletroconvulsoterapia

introduzida por Cerletti & Bini em 1938, iniciaram uma nova era para os tratamentos orgânicos — embora se reconheça que esses "novos conhecimentos científicos não foram a base para a descoberta dos tratamentos psiquiátricos biológicos" (Kalinowsky, 1982). Estas descobertas não resultaram de teorias específicas sobre as doenças ou suas etiologias, mas partiram de observações clínicas e tentativas empíricas para novas terapêuticas, o que exigia "uma grande dose de pragmatismo e coragem".

Se, por um lado, é inegável a contribuição desses autores para o tratamento dos doentes mentais, por outro lado o desinteresse pelas condições efetivas do ambiente hospitalar e pelas relações institucionais gerou um distanciamento entre psiquiatras e pacientes. Estes últimos passaram a um segundo plano nas preocupações dos psiquiatras, que descentraram o foco desde "suas observações empíricas dos pacientes para preocupações mais abstratas e teóricas com as doenças mentais" (Grob, 1994:138) acarretando interações cada vez menos freqüentes e cada vez mais coisificantes, desumanizadas e desumanizantes. "Em resumo, eles [psiquiatras] voltaram as costas para as funções de cuidados que havia sido um elemento intrínseco da medicina asilar do século XIX" (Grob, 1994:139).

1.4. Movimentos de reforma nos EUA do século XX —o período após a Segunda Guerra Mundial

No início do século XIX, os "reformadores morais" advogavam que o tratamento precoce das doenças mentais agudas, seguindo os princípios do tratamento moral em asilos bem-ordenados, poderia resultar em 100% de curas e na prevenção da doença mental crônica. Mas tal otimismo pouco durou. Ao final do século, os asilos encontravam-se superlotados com o progressivo acúmulo de pacientes crônicos e suas condições deterioradas (Goldman, 1984:160)

O grande período de reformas nas políticas de saúde mental nos EUA notoriamente acontece após a Segunda Guerra. No entanto, as condições para a ocorrência de tais mudanças constituíram-se no decorrer do século, em torno de diversos movimentos.

Goldman (1984) apresenta os movimentos de reforma que marcaram as políticas de saúde mental nos EUA no século XX:

A) Movimento de Higiene Mental (Mental Hygiene Movement)

Clifford Beers (ex-paciente psiquiátrico), em 1908, publicou seu livro *A Mind that Found Itself*, tornando-se protagonista de um movimento crítico aos modos de tratamento psiquiátrico adotados nos hospitais.

A chamada "Psiquiatria Dinâmica" introduziu uma aguda modificação no modelo de doença: saúde e doença seriam parte de um continuum, que, iniciando no normal, se estenderia até o anormal, segundo um modelo de sofrimento psíquico. Adolf Meyer (psiquiatra da Johns Hopkins Medical School) teve papel de destaque na psiquiatria americana, adotando uma postura pragmática, junto com Willians James (filósofo e psicólogo de Harvard). Dando forma a uma abordagem genético-dinâmica ou evolucionista das doenças mentais, ambos propunham o atendimento precoce dos casos agudos em novos tipos de serviços: hospitais pequenos ligados a centros médicos acadêmicos, unidades psiquiátricas em hospitais gerais (em salas separadas); dispensários (pacientes externos); centros de orientação para crianças.

Beers e Meyer encabeçaram o movimento de higiene mental até a constituição do Comitê Nacional para Higiene Mental, em 1909. No entanto, apesar de a retórica apontar estratégias profiláticas, pouco se sabia da etiologia das doenças mentais, e as terapêuticas eram empíricas e problemáticas. Nessas circunstâncias, o Comitê e seus apoiadores decidiram por uma estratégia que privilegiava a realização de pesquisas sistemáticas sobre as condições dos doentes mentais.

“A Psiquiatria Dinâmica expandiu a jurisdição e as fronteiras da prática psiquiátrica, incluindo indivíduos psicologicamente perturbados, assim como estruturas sociais e relações supostamente disfuncionais. Correspondentemente, os doentes mentais graves e crônicos — até então o único foco de uma política institucionalmente orientada — começaram a perder sua posição central dentro do sistema de saúde mental.” (Grob, 1994:142)

No entanto, o tratamento precoce dos casos agudos não conseguiu resultados significativos. Apesar da crescente distância entre os psiquiatras e as práticas asilares, os hospitais psiquiátricos continuaram a crescer. O sistema hospitalar de Nova York é um exemplo extremo:

“Entre 1913 e 1917, foram admitidas em média 8.122 pessoas em seus hospitais; a população internada era de 33.124 pacientes. Quinze anos após, os respectivos números eram: 11.557 admissões e 47.775 pessoas internadas. Em meados de 1950, sua população internada cresceu acima de 93.000.” (Grob, 1994:166)

Em 1955, 560 mil pacientes, a maioria considerados crônicos, encontravam-se internados e ocupavam metade de todos os leitos hospitalares nos EUA (Goldman, 1984:160). Embora reduzidos, é interessante notar que já por essa época alguns estados americanos experimentaram programas de relocação de pacientes considerados crônicos ou inofensivos em estabelecimentos domésticos, que em troca receberiam subsídios governamentais.

O período entre a Depressão de 1929 e a Segunda Grande Guerra foi crítico para a assistência psiquiátrica americana. Cortes de orçamento, com diminuição de pessoal, carência de mão-de-obra devido à guerra, levaram a uma situação de deterioração extrema nas condições físicas dos hospitais psiquiátricos, e ainda mais nas condições de tratamento. Alguns levantamentos feitos à época fornecem dados aterradoros: superpopulação da ordem de 20 a 74% da capacidade, proporção entre médico/paciente da ordem de 1 para 500; em alguns lugares a proporção de atendentes /pacientes chegava ao absurdo de 1 para 1.320!!!

Paradoxalmente, nesse período introduziram-se as inovações terapêuticas descobertas na Europa. As terapias de choque (coma insulínico, metrazol, eletroconvulsoterapia), as psicocirurgias (lobotomias), as terapias de febre artificial (malária), trouxeram um certo otimismo em relação aos milhares de pacientes crônicos. A ampla adoção de tais terapias não foi isenta de debates e questionamentos: até então os estudos de eficácia desses tratamentos eram realizados sem cuidados metodológicos, havia total ausência de base teórica, e muitas vezes eles implicavam morbidade (edema pulmonar,

convulsões, fraturas etc.) e riscos não desprezíveis, com taxas de mortalidade de 1 a 5% no caso da insulinoterapia.

Um clima de entusiasmo tomou conta dos locais em que esse tipo de tratamento começou a ser empregado. Médicos e enfermeiros passaram a estar mais presentes nas alas e intensificaram-se os encontros com os pacientes, com vistas a estudos. Muitos pacientes começaram a apresentar melhoras inusitadas. Acreditava-se que finalmente havia algo a ser feito por eles. Eis que surgem, então, as primeiras evidências de que o ambiente era um fator que distinguia a evolução daqueles pacientes. Solomon Katznelbogen, da John Hopkins, comenta os projetos de estudo:

“O entusiasmo levantado por um novo, dramático e — de acordo com numerosos relatórios— método de tratamento de sucesso quase universal, e o ativo interesse dos terapeutas em obter resultados após dispendar tantos esforços e tempo, são fatores que podem responder parte da complacência na estimativa da condição dos pacientes que receberam tratamento; esses fatores obviamente não estão presentes na avaliação do grupo controle.” (*apud* Grob, 1994:185)

As relações mais afetivas entre profissionais e pacientes submetidos às novas terapias poderiam por si só responder pela melhora dos pacientes. Alguns autores como Bourne (1953) representaram uma crescente oposição às terapias de coma insulínico, e Ackner, Harris & Oldham (1957) "mostraram que qualquer que fosse o agente efetivo, não se tratava de insulina" (*apud* Clark, 1973:22)

Apesar de tudo, a presença de dezenas de milhares de pacientes crônicos que superlotavam os hospitais psiquiátricos, deteriorados e com carência de pessoal, e uma parte significativa dos psiquiatras voltando-se para a prevenção e a profilaxia fora dos hospitais demandavam respostas. Kolb & Vogel estimaram que "entre 1935 e 1941 mais de 75 mil pacientes receberam alguma forma de tratamento de choque" e "entre 1936 e 1951 não menos de 18.608 indivíduos foram submetidos a psicocirurgia (Grob, 1994:182-3).

Morton Kramer, do Instituto Nacional de Saúde Mental, conduziu um estudo longitudinal sobre casos de primeiras internações e altas no Warren State Hospital, no

período de 1916 a 1950, dividindo em quatro coortes (1916-1925, 1926-1935, 1936-1945 e 1946-1950). Pôde detectar um importante aumento nas taxas de alta nos primeiros 12 meses de internação, particularmente nos dois últimos grupos, períodos em que foram introduzidos os tratamentos orgânicos. Embora sem atribuir aos novos tratamentos uma relação causal, pois muitos outros fatores poderiam intervir (critérios de seleção/internação, mudanças nas práticas administrativas, mudanças nas práticas das famílias e da comunidade, facilitando as altas), sem dúvida marca um período de renovadas esperanças para os pacientes psiquiátricos crônicos.

“[...] desde o início do século XX, apesar da crescente população que se acumulava nos hospitais psiquiátricos, a duração de estadia dos pacientes novos admitidos começou a cair lenta, mas estavelmente, talvez devido às mudanças nas atitudes dos tratamentos promovidos pela higiene mental.” (Goldman, 1984:160)

B) Movimento De Saúde Mental Comunitária (Community Mental Health Movement)

A experiência da Segunda Guerra teve importantes repercussões na psiquiatria norte-americana. Inicialmente os psiquiatras foram chamados para selecionar os combatentes, procurando discriminar aqueles que pudessem apresentar problemas neuropsiquiátricos. Supondo-se que avaliações da personalidade e do retrospecto dos indivíduos poderiam sustentar previsões sobre o comportamento em combate. Independentemente das enormes dificuldades práticas e teóricas para tal empreitada, a experiência dos campos de combate trouxe "a crença de que o estresse ambiental, isto é, as efetivas condições de combate tinham um papel etiológico maior; predisposição não era um fator importante" (Grob, 1994:193).

Diante desses "fatores ambientais", adotou-se uma série de medidas: limitação do tempo de exposição ao combate, promoção da coesão grupal, períodos regulares de descanso. Estas simples medidas mostraram-se efetivas na prevenção de crises. Por outro lado, para aqueles que necessitavam de maiores cuidados, através de psicoterapias breves, foram propostas narcossínteses (uso de pentotal permitindo que o indivíduo recordasse as experiências "traumáticas" reprimidas). Criaram-se estações de tratamento "em campo",

junto aos batalhões, e mais de um terço dos soldados retornavam à ativa em pouco mais de uma semana. Aqueles que eram enviados para os hospitais de retaguarda demandavam maior tempo de recuperação.

“O tratamento na zona de batalha foi de crucial importância, provendo uma atmosfera de expectativa pela recuperação e retorno às obrigações de combate. Tratamentos simples e diretos comunicaram claramente aos pacientes, pessoal curante e grupo de combate que os casos psiquiátricos estavam apenas temporariamente fora de combate. Ao contrário, a evacuação dos casos psiquiátricos para serviços médicos distantes enfraquecia as relações com os grupos de combate e implicava fracasso na batalha, para o qual a continuação do papel de doente era a única explicação honrosa.” (Glass, *apud* Grob, 1994:195)

Em decorrência disso, no período pós-guerra ganha força a idéia de que, assim como na experiência militar, na vida civil o tratamento psiquiátrico deveria ser realizado junto à família e à comunidade, em vez de em instituições isoladas, distantes e impessoais. Essa idéia pode ser sumarizada em quatro princípios:

“a) proximidade (tratamento tão próximo quanto possível da zona de combate); b) ‘imediatez’ (identificação e tratamento precoces dos distúrbios psiquiátricos); c) simplicidade (repouso, alimentação e apoio social) e d) expectativa (expectativa de pronto retorno ao dever)”. (Lamb, 1992: 851)

Essas novas idéias abriram um intenso debate no interior da psiquiatria americana que, praticamente, cindiu-se em duas correntes: de um lado, aqueles que seguiam a tradição organicista, em termos de conceitos etiológicos e práticas terapêuticas, envolvidos com os pacientes institucionalizados; de outro lado, os “psicodinamicistas”, mais voltados para questões ambientais, apontavam a comunidade e a sociedade como locus privilegiado para a prática psiquiátrica. Estes alcançaram tal hegemonia que, na metade da década de 1950, apenas 17% dos dez mil associados da Associação Americana de Psiquiatria (APA) trabalhavam em hospitais psiquiátricos estaduais ou da Administração de Veteranos. A maior parte estava empregada em clínicas comunitárias, agências educacionais, na clínica privada ou em escolas médicas. Mas a mudança da política de saúde mental dependia não só dos profissionais, mas de uma modificação nas concepções

da sociedade americana e de seus representantes políticos. A imprensa, com jornalistas como Albert Deutsch (Lamb, 1992: 852; Grob, 1994:234-6), teve sua participação divulgando críticas severas às péssimas condições em que se encontravam os hospitais estaduais; de outra parte, formou-se um lobby importante junto aos congressistas americanos que, com o apoio dos militares, convencidos pelas suas experiências durante a guerra, aprovaram com grande maioria de votos o National Mental Health Act, em julho de 1946. Essa lei destinava recursos para três áreas: pesquisa de causas e tratamentos para as doenças mentais; treinamento de pessoal e suporte a experiências demonstrativas de prevenção e tratamento das doenças mentais. Além disso, previa a criação do National Institute of Mental Health (NIMH), fundado em 1949, (Grob, 1994:210), marcando a ruptura da inércia do governo federal sobre as questões de saúde mental, até então matéria restrita dos governos estaduais. Erich Lindermann (Harvard University) em 1948 apoiou a criação do primeiro centro de saúde mental comunitário em Wellesley, Massachusetts, dentro de uma perspectiva da psiquiatria preventiva de atendimento à comunidade, através de atendimentos ambulatoriais e seguimento dos pacientes que saíam dos hospitais (Goldman, 1994:160). O entusiasmo pelos programas orientados para a comunidade consolidou-se na crença de que intervenções precoces poderiam prevenir o surgimento de doenças mentais graves e tornar a hospitalização desnecessária. Embora sem grandes resultados específicos, a retórica da prevenção prevaleceu. Em 1954, o estado de Nova York (detentor de 1/5 de todos os leitos psiquiátricos do país), pressionado pelos crescentes custos dos hospitais e pelo aumento médio de três mil (!) pacientes residentes novos por ano, aprovou a lei dos Serviços de Saúde Mental Comunitários. Os municípios poderiam receber apoio financeiro para a criação de clínicas psiquiátricas ambulatoriais, leitos em hospitais gerais, serviços de reabilitação e serviços de aconselhamento e serviços educacionais. O exemplo de Nova York foi seguido por muitos outros estados. “Durante os anos de 1950, [...] clínicas ambulatoriais e serviços de higiene mental em escolas, cortes, e agências sociais crescera, rapidamente. Em 1954, havia 1.234 clínicas; cinco anos depois houve um aumento de 16%.” (Grob, 1994:236)

O papel do NIHM nas mudanças das políticas de saúde mental foi determinante, especialmente para a psiquiatria comunitária. Embalados numa atmosfera otimista generalizada do pós-guerra, acreditava-se que, com os avanços tecnológicos e

científicos, praticamente todas as doenças poderiam ser debeladas e a vida prolongada com maior qualidade. Alimentado com recursos federais crescentes a cada ano, o NIMH realizou enormes esforços de treinamento, formação de pessoal e inúmeras pesquisas e experiências. Os intentos de seus dirigentes, dispostos a ampliar o campo de atuação dos serviços de saúde mental, assumindo uma enorme variedade de problemáticas sociais, implicitamente diminuía a importância dos pacientes psiquiátricos graves e crônicos que tinham sido, até então, o foco das políticas institucionais. Como resultado dessa orientação, "verbas federais ajudaram a treinar toda uma geração de profissionais cujos interesses de carreira jaziam fora dos hospitais psiquiátricos" (Grob, 1994:218).

Entre 1955 e 1975, os atendimentos extra-hospitalares cresceram em torno de doze vezes, respondendo por 75% dos atendimentos em saúde mental (Goldman, 1984:161), promovendo uma importante mudança no perfil dos atendimentos em saúde mental. Esta mudança foi acompanhada de uma expansão das profissões envolvidas com a saúde mental, com a entrada de assistentes sociais, psicólogos clínicos, enfermeiros psiquiátricos, a qual permitiu uma extensão do leque de prestações a uma clientela mais ampla e, ao mesmo tempo, abriu disputas entre as diversas corporações, em particular entre psiquiatras e psicólogos pela jurisdição sobre as psicoterapias. Mas a fragilidade da crença na superioridade dos cuidados comunitários e preventivos não passou despercebida. O próprio Deutsch, jornalista citado acima, era crítico de muitos defensores da saúde mental por

"[...] promover ambíguos e freqüentemente fugazes conceitos sobre saúde mental, junto com teorias confusas e mutuamente contraditórias sem o suporte de conhecimentos científicos sólidos... [resultando no] virtual abandono dos pacientes dos hospitais psiquiátricos." (*apud* Grob, 1994:236)

De fato, a inclusão de novas parcelas da população sob os cuidados da assistência em saúde mental e as disputas entre os especialistas tendiam a obliterar os problemas dos pacientes graves e crônicos.

Desde o National Mental Health Act (1946), a participação do governo federal na área de saúde mental foi crescente e logo se identificou a necessidade de planejamento

no plano nacional. Em 1955, aprovou-se a lei de Estudos de Saúde Mental, que criou uma Comissão Conjunta sobre Doença e Saúde Mental (Joint Commission on Mental Illness and Health – JCMIH). Essa comissão, embora não governamental, sob a liderança da Associação Médica Americana e da Associação Americana de Psiquiatria, envolveu e mobilizou 36 organizações que, embora com predominância médica, implicou uma diversidade de crenças, ideologias e interesses em que "forjar um consenso aceitável não era fácil". Segundo Grob, essa comissão manteve-se ambivalente sobre questões como

"[...] focalizar os problemas dos doentes mentais graves e crônicos ou enfatizar a prevenção e a promoção de saúde mental? Seria possível estudar a doença mental sem um conceito explícito de saúde mental? Se as doenças mentais fossem o alvo primário das investigações, quais tópicos específicos mereceriam ser analisados? Que tipo de estudos seriam viáveis, tendo em vista a imprecisão das etiologias e nosologias psiquiátricas?" (1994: 242)

O relatório final dessa comissão, incluindo dez estudos, foi concluído no final de 1960, mas só se tornou público em 1961, no início do governo Kennedy. Conhecido como Ações pela Saúde Mental (Action for Mental Health), o relatório delineou um amplo programa nacional de saúde mental em quatro áreas:

- Ampliação de recursos e investimentos para pesquisas e atividades educacionais voltadas para os fatores biológicos, psicológicos e sociais.

- Recrutamento e treinamento de pessoal seguindo uma "filosofia liberal" de tratamento, diminuindo os conflitos corporativos. Os serviços seguiam os modelos do pós-guerra: pacientes agudos seriam tratados em serviços de emergência, hospitais gerais e clínicas comunitárias; recomendava-se uma clínica, em tempo integral, para cada 50 mil habitantes; unidades psiquiátricas em hospitais gerais e centros regionais de tratamento psiquiátrico, limitados a 1.000 leitos, deveriam dar retaguarda às clínicas; hospitais psiquiátricos estatais com mais de 1.000 leitos deveriam ser convertidos gradualmente em hospitais para doenças crônicas, incluindo as doenças mentais; os serviços de acompanhamento e reabilitação deveriam ser expandidos na comunidade.

- Redução da estigmatização difundindo ao público informações sobre doenças mentais.
- Aumento dos gastos públicos com a saúde mental, envolvendo as três esferas de governo. (Grob,1994:246-8; Lamb,1992:852).

C) Movimento De Desospitalização⁶ (Deinstitutionalization Movement)

Este movimento teve seu auge no período de 1965 a 1975. Na visão de Goldman (1984), emerge paralelamente ao movimento de Saúde Mental Comunitária e às vezes com ele se confunde. Lamb (1992) e Grob (1994), porém, não o consideram um movimento, e sim um processo vinculado à chamada Psiquiatria Comunitária, que ganhou notoriedade com a obra de Caplan, *Principles of Preventive Psychiatry*, publicada em 1964, e de Caplan & Caplan, *Development of community psychiatry concepts*, publicada em 1967. Mas o foco centrado na questão dos pacientes institucionalizados e os efeitos da desospitalização de enorme contingente de pacientes distinguem esse movimento e o torna merecedor de destaque. A população de 560. mil residentes em hospitais psiquiátricos estaduais em 1955 reduziu-se para aproximadamente 140 mil em 1980, embora “[...] as admissões nessas instituições e nas novas unidades em hospitais gerais e nos Centros de Saúde Mental Comunitários (CMHC) tenham crescido dramaticamente” (Goldman, 1984:161) os maiores efeitos da desinstitucionalização sobre os serviços assistenciais ocorreram nos hospitais gerais (Bachrach,1981).

Para um melhor entendimento desse período é preciso retroceder um pouco. Durante a década de 1950, introduziram-se duas novas inovações no tratamento das doenças mentais: as drogas psicotrópicas (com a descoberta da clorpromazina em 1951 por Laborit e seu uso psiquiátrico em 1952, relatado por Hamon, Paraire & Velluz) e as terapias ambientais (*milieu therapy*) que alimentaram um clima de euforia com a promessa de que

⁶ O termo *desospitalização* é aplicado aqui às experiências ocorridas nos países anglo-saxões para diferenciá-las dos processos de *desinstitucionalização* operados na Itália (cf. Rotelli,1993).

os crônicos e "doentes mentais graves institucionalizados, com tratamento apropriado, poderiam ser liberados e viver na comunidade" (Grob, 1994:223).

A grande difusão e aceitação da psicoterapia, principalmente no tratamento de pacientes neuróticos não institucionalizados, embora, com raras exceções, não se estendesse ao tratamento de pacientes institucionalizados, trouxe à baila, novamente, a questão da interação entre terapeuta e paciente, como variável importante, e o interesse por outras formas de terapias ambientais passíveis de ser aplicadas em espaços institucionais.

O mundo, até o início do século, isolado e fechado dos manicômios passa a ser objeto de estudo de profissionais do campo da sociologia que

"[...] tomavam as instituições como uma engrenagem de relações pessoais modificadas pela tradição e formando uma "cultura" que era muito poderosa em seus efeitos sobre o indivíduo. Trouxeram a idéia de que a maneira de como a gente vivia, a cultura na qual estavam inseridos, exerciam importantes efeitos em seu comportamento, e que muitas condutas anteriormente aceitas como características básicas da humanidade não existiam em algumas culturas." (Clark, 1973:22-3)

Como para os antigos alienistas do tratamento moral, o "ambiente" volta a ser o foco das atenções. Segundo Clark, estudos sociológicos desenvolvidos por Rowland (1938,1939), Bateman & Dunham (1948), Caudill (1952), Belknap (1956), Greenblatt, Levinson & Williams (1957), Goffman (1958,1961), Dunham & Weinberg (1960), Stanton & Schwartz (1964) (apud Clark) sugeriram "que a maneira em que o hospital estava organizado talvez tivesse algo a ver com o comportamento da gente dentro dele; ademais, que poderia levar-se em conta a vida dentro do hospital e trabalhar de uma nova maneira." (Clark, 1973:23)

A iniciativa de se interferir no ambiente como estratégia de atenção e cuidados não era propriamente uma novidade: a) Hermann Simon, em 1927, introduzira a terapia ocupacional, buscando a melhoria dos pacientes internados por meio do trabalho; suas idéias difundiram-se por toda a Europa e também chegaram aos EUA; b) George MacDonald Bell criou o sistema de portas abertas no Hospital de Dingleton, em Melrose,

Escócia. Em 1949, teve suas últimas portas abertas, após intenso esforço de convencimento e persuasão, inicialmente com os funcionários e depois com autoridades locais, professores e cidadãos de Melrose. c) Sullivan (1962) na década de 1920, com seu "tratamento psicanalítico modificado para esquizofrênicos"; d) Myerson, em 1931, e seu método de "Total Push" para pacientes esquizofrênicos crônicos; Bion & Rickman (1943), Foulkes (1948), Main (1946), conhecidos como o "grupo de Northfield", podem ser considerados os precursores das comunidades terapêuticas. Mas, sem dúvida, quem mais se notabilizou sob esta rubrica foi Maxwell Jones e sua experiência no Hospital de Belmont (Surrey, Inglaterra), que difundiu pela Europa e Estados Unidos

"[...] a idéia de que os pacientes poderiam ajudar-se uns aos outros, de que as relações dentro das equipes não necessitavam ser sempre rígidas e formais, e de que o meio, reconstruído com imaginação, poderia ajudar decisivamente na recuperação de um paciente." (Clark, 1973:29-41)

Basicamente, a comunidade terapêutica fundava-se sobre duas crenças: a) de que os hospitais psiquiátricos autoritários estimulavam a dependência e reforçavam os sintomas característicos das doenças mentais; b) de que a participação ativa dos pacientes nos processos terapêuticos traria resultados benéficos (Grob, 1994:227). Os sentimentos maniqueístas do clima após a Segunda Guerra, que caricaturizava a oposição entre "liberdade e democracia americana" e o "totalitarismo da União Soviética", serviram de caixa de ressonância para as críticas às instituições totais, nos termos de Goffman (1974).

Com o início da administração Kennedy, envolto em grande otimismo, produziu-se uma série de leis que visavam diminuir as desigualdades, a divisão racial, e garantir o acesso de todos os americanos aos serviços de saúde. A crença de que a maioria dos problemas sociais teria origem num ambiente deficitário fazia eco com os clamores dos defensores dos serviços de saúde mental comunitários que afirmavam "[...] que o fortalecimento dos indivíduos e dos grupos pequenos no nível local, cujo envolvimento em todas as decisões que faziam impacto nas vidas dos doentes mentais, deveria melhorar significativamente as suas condições." (Grob, 1994)

As críticas aos hospitais psiquiátricos, considerados obsoletos, "refletia o crescente sentimento antiinstitucionalista que idealizava os indivíduos como curantes e condenava as organizações burocráticas e arbitrárias como controladoras" (Grob, 1994:250). Pode-se dizer que a Psiquiatria Comunitária representava a fusão da fé nos avanços terapêuticos da moderna psiquiatria e da exigência por justiça social, identificada com ativismo político e social.

O relatório final da Comissão Conjunta de Doença e Saúde Mental (JCMIH), o *Action for Mental Health*, não pôde tornar-se um plano nacional de saúde mental em decorrência dos muitos obstáculos que encontrou em diversos setores corporativos e políticos. A família Kennedy estava particularmente envolvida na questão dos deficientes mentais; uma irmã mais nova do presidente havia sido diagnosticada como deficiente leve e submetida a uma lobotomia, que piorou muito o seu estado. Pressionado por diversos lados, o governo criou uma série de "forças-tarefas" para produzirem recomendações para as políticas a serem implementadas.

O NIMH, dentro da nova administração, não satisfeito com o *Action for Mental Health*, que ainda sustentava a ação dos governos estaduais, trabalhou em duas frentes: de um lado, com uma crítica aos hospitais psiquiátricos estaduais, apontando que estes promoviam a dependência e eram administrados por métodos arcaicos; de outro, com um amplo programa de ação sob uma abordagem comunitária e de saúde pública. Seus membros chegaram a prever que "os hospitais psiquiátricos como são conhecidos hoje [...] [poderão] desaparecer nos próximos vinte e cinco anos" (Yolles, apud Grob, 1994:253).

O NIMH propôs a criação de uma nova instituição, os centros de saúde mental (o JCMIH falava de clínicas).

“Tais centros, substituindo as instituições tradicionais, deverão ser o foco das futuras atividades de saúde mental. Eles deverão ser próximos aos lares dos pacientes, e prover tratamento preventivo, diagnóstico precoce, ambulatorial, internação, transitivos e reabilitativos. Incluirão unidades psiquiátricas em hospitais gerais, dando assim ao paciente a oportunidade de ser tratado dentro do ambiente de sua comunidade. Esses serviços serão convenientemente localizados nos centros populacionais e deverão oferecer aos pacientes cuidados contínuos hoje indisponíveis. À medida que suas necessidades mudem, o paciente em tal centro poderá mover-se rapidamente para serviços tais como de diagnóstico, tratamento e reabilitação; ambulatório, internação, programas dia ou noite; suporte, oficinas abrigadas e indústria.” (Celebrezze, 1962 *apud* Grob, 1994:255)

As recomendações do NIMH foram acolhidas pela força-tarefa presidencial e, em 1963, o presidente Kennedy enviou ao Congresso uma mensagem, com a Lei do Retardo Mental e Construção dos Centros de Saúde Mental Comunitários.

Segundo Grob, o contexto político da época expressava a crença de que os serviços comunitários poderiam superar os “intrínsecos e imodificáveis defeitos dos hospitais psiquiátricos”. Mas tais deliberações não especificavam problemas cruciais para a implementação da nova política, em particular sobre as condições de efetiva inserção de enorme quantidade de pacientes solteiros, viúvos ou sem família. Além disso, não fazia menção das relações entre os novos serviços e os hospitais estaduais, de modo que a garantir a continuidade do tratamento. Com o tempo, os centros de saúde mental arregimentaram uma população bem distinta dos pacientes graves e crônicos dos hospitais.

“Em 1970, em torno de 20% de todos os pacientes nos centros de saúde mental tinham o diagnóstico de distúrbios depressivos e 19% estava dentro da categoria de esquizofrenia. Em 1974, esses números caíram para 13 e 11%, respectivamente, enquanto o número de pacientes com diagnósticos de “mau ajustamento social” cresceu de 4,6 para 20%.” (Grob, 1994:263)

A implementação dos centros de saúde mental não ocorreu como programado. Com a Guerra do Vietnã, os investimentos nos programas sociais decaíram significativamente. Entre 1966 e 1970, 274 centros haviam sido criados; na década

seguinte, outros 480 e em 1980 havia apenas 754 dos 2 mil previstos. Embora longe das metas desejadas, o programa conseguiu levar serviços a áreas remotas do país; cidades pequenas e médias (10 mil a 50 mil habitantes), que antes não contavam com programas de saúde mental, foram beneficiadas e, em 1970, contavam com 40% do total de serviços comunitários.

Não obstante o debate sobre a viabilidade, eficácia, capacidade organizativa, população alvo etc. dos centros de saúde mental, o processo de desospitalização aconteceu, sem que os centros provessem uma alternativa aos cuidados hospitalares. O grande fator da alteração do perfil da população internada nos hospitais psiquiátricos foram as modificações introduzidas na Lei de Seguro Social, em 1965, que criou o Medicare e o Medicaid. Esses dois programas governamentais garantiam recursos para a assistência médica para idosos (Medicare), incluindo cuidados hospitalares; o Medicaid destinava recursos para os estados desenvolverem programas de saúde para pessoas indigentes.

Essa injeção de recursos financeiros estimulou os estados a transferirem os pacientes idosos para as clínicas de idosos, que resultavam em reembolso maior dos fundos federais. A população de pacientes acima de 65 anos declinou nos hospitais psiquiátricos (153.309/504.604 em 1962; 111.420/369.969 em 1969; 78.479/274.837 em 1972), o que representou para essas instituições a liberação das suas funções de cuidados e custódia, e a possibilidade de reafirmar sua função terapêutica, focalizando seus recursos no tratamento de casos agudos. "Em 1963, as clínicas de idosos [nursing homes] cuidavam de 221.721 indivíduos com distúrbios mentais, dos quais 185.675 acima de 65 anos. Seis anos após, os números comparáveis eram 426.712 e 367.586." (Grob, 1994:266)

Houve um aumento de mais de 90% no total de indivíduos doentes mentais sob cuidado das clínicas. Esse fenômeno, posteriormente, ficou conhecido como "transinstitucionalização". Embora os centros de saúde mental e os hospitais gerais tenham apresentado um crescimento no número de casos atendidos, segundo Grob há dados, ainda que imprecisos, que sugerem que os centros, em geral, "não tratavam de indivíduos previamente internados ou passíveis de ser internados em hospitais psiquiátricos" (Grob, 1994:267).

De fato, dois processos ocorreram simultaneamente: a transinstitucionalização dos pacientes idosos para as clínicas de repouso e a desospitalização dos pacientes mais jovens. Os psiquiatras dos hospitais, procurando redefinir suas funções e integrar-se na medicina, adotaram uma atitude teórica mais organicista em torno da noção de cura, e deixaram as funções de cuidados e de custódia. Por sua vez, aqueles voltados para os serviços comunitários, assumindo uma atitude psicodinamicista, apostaram nas idéias preventivistas, ampliando o alcance das suas intervenções para populações menos graves, "mal-adaptados", e também deixaram de lado as preocupações com os pacientes mais graves e desabilitados. Em decorrência disso, "[...] pessoas com doenças mentais graves e duradouras foram dispersas pela sociedade, mas nenhuma organização aceitou a responsabilidade longitudinal pelas suas necessidades humanas básicas." (Grob, 1994:268)

D) Movimento de "Suporte" Comunitário (Community Support Movement)

Este movimento teve como compromisso prover um sistema de saúde abrangente, incluindo saúde mental, serviços sociais para reabilitação psicossocial de pacientes com doenças mentais crônicas (*community support systems*). Por volta de 1975, o movimento de desospitalização tornou-se um problema, não mais uma reforma. A mídia expôs e divulgou a imagem de doentes mentais e pessoas sem casa, vagando pelas ruas das grandes cidades, ameaçando transeuntes, imagem que se tornou uma marca da reforma americana. No entanto, sem dúvida, trata-se de uma imensa simplificação.

Embora não seja o nosso objeto nem objetivo aqui avaliar o processo de reformas psiquiátricas ocorridas nos EUA, a imagem que se constituiu desde um viés crítico pode dar a impressão de que se "comprova" o imenso "fracasso" das reformas americanas. E isso merece esclarecimento e contextualização.

Ao final a década de 60, a população residente nos hospitais psiquiátricos diminuiu consideravelmente, e o número de centros de saúde mental aumentou. Essa situação dava a impressão de que as propostas do *Action for Mental Health* tivessem alcançado seus objetivos. Posteriormente verificou-se que a diminuição do número de pacientes internados ocorreu devido a outros fatores e que os centros de saúde mental estavam atendendo a uma nova clientela, distinta daquela dos hospitais. No entanto, a

imagem de sucesso do programa estimulou o Congresso a aumentar as atribuições dos centros de saúde mental, incluindo os problemas relativos ao abuso de drogas e álcool, crianças, adolescentes e idosos, e tornando mais incerta a população-alvo dos centros de saúde mental, o que acabou por ocasionar um maior distanciamento dos pacientes severos e crônicos. Mas uma grande quantidade de pacientes dos hospitais foi afetada pelo *welfare state*, particularmente através do Medicaid, que criou condições financeiras para o deslocamento dos pacientes para clínicas de repouso (*nursing homes*). Durante a década de 1960, a população das clínicas de repouso quase duplicou, chegando a 928 mil indivíduos internados, dos quais uma grande maioria diagnosticada como doentes mentais. O Escritório Geral de Contas (*General Accounting Office*, agência responsável por fornecer estudos e avaliações para o Congresso) em 1977 observava que "o principal programa federal, financiador dos cuidados de longo prazo dos doentes mentais desabilitados", era o Medicaid, que pode ser considerado "o maior programa de saúde mental dos EUA" (Grob, 1994:290).

Essa transferência entre instituições não significou necessariamente uma melhoria nos cuidados dos doentes, uma vez que os governos estaduais estavam interessados sobretudo na transferência dos custos da assistência em saúde mental para a esfera federal (Levine, 1979). Algumas clínicas nem sequer ofereciam cuidados psiquiátricos e a taxa de mortalidade dessa população mais idosa aumentou no período (Jones, 1975; Goplerud, 1979), embora os gastos fossem enormes: em 1985, cerca de 600 mil residentes nas clínicas de repouso, diagnosticados como doentes mentais, custaram em torno de 10,5 bilhões de dólares, grande parte financiados pelo Medicaid!!! Pode-se dizer que se criou uma indústria do lucro nas casas de repouso, nas quais em torno de um milhão de pacientes crônicos recebem um cuidado "[...] primariamente custodial e provavelmente não muito diferente dos cuidados que os pacientes recebiam nos hospitais públicos antes da desinstitucionalização." (Shadish, 1989)

A partir de dados de 1977, estimava-se 668 mil residentes considerados doentes mentais crônicos, que, embora mais jovens e menos dependentes que pacientes com deficiências físicas, apresentavam mais problemas de comportamento. No caso dos

pacientes considerados senis, não havia muita diferença entre aqueles com problemas mentais e físicos.

Outros programas, como o Social Security Disability Insurance (SSDI) e Supplemental Security Income for the Aged, the Disabled, and the Blind (SSI), passaram a dar cobertura previdenciária cada vez mais inclusiva aos desabilitados, além de programas habitacionais, vales-alimentação, e criaram as condições para que os estados passassem a liberar muitos doentes mentais dos hospitais, presumindo que, garantidos os meios e recursos econômicos, os pacientes poderiam viver na comunidade sob os auspícios do governo federal. “A diminuição [de pacientes internados] após 1965 foi dramática; entre 1970 e 1986, o número de leitos nos hospitais estaduais e municipais declinou de 423 mil para 119 mil.” (Grob, 1994:291)

O perfil das internações também se modificou de modo acentuado: o tempo de internação, que costumava medir-se em meses ou até anos, passou a ser contado em dias (o tempo de permanência média chegou a 28 dias); nos hospitais psiquiátricos, grande parte das internações eram relativas a pacientes considerados esquizofrênicos, enquanto nos hospitais gerais apenas 19% das internações incluíam-se nessa categoria. A clientela dos hospitais psiquiátricos estaduais concentrou-se naqueles indivíduos mais problemáticos e violentos. Os hospitais gerais, por sua vez, passaram a ser o maior prestador de serviços psiquiátricos, responsáveis por mais de dois terços das internações psiquiátricas em 1983 (Grob, 1994:291; Bachrach, 1981, 1986).

Além disso, a entrada dos EUA na guerra do Vietnã implicou uma modificação das políticas de bem-estar social e corte nos investimentos dos programas sociais iniciados na era Kennedy, com consequências para os centros de saúde mental, que começaram a se deteriorar; houve uma perda de psiquiatras de seus quadros profissionais, o que afastou ainda mais os pacientes graves e crônicos de seu alcance.

Na década de 1970, uma geração inteira de pacientes jovens, nascidos após a Segunda Guerra, que nunca haviam tido a experiência de longas internações nos hospitais psiquiátricos estaduais, como as gerações anteriores, passa a fazer parte da clientela dos serviços de saúde mental. Acompanhando as características socioculturais da sua geração,

difficilmente fixavam residência, mudando de cidades com frequência⁷, assumindo uma atitude contestatória em relação às autoridades, desconfiados em relação às instituições, uso de drogas e álcool (Drake & Wallace, 1989; Drake, Wallace & Hoffman, 1989), além de tudo, não aceitavam o lugar de doentes mentais (Minkoff, 1987). Esses pacientes jovens passam a ser reconhecidos sob a rubrica de Pacientes Psiquiátricos Adultos Jovens Crônicos (Young Adult Chronic Psychiatric Patients). Ou seja, uma nova categoria foi criada para descrever uma nova cronicidade (Bachrach, 1982, 1984, 1984a) cujas características demandariam programas mais acessíveis, flexíveis e não estigmatizantes (Pepper, 1985).

Transinstitucionalização, desarticulação das agências de tratamento (Talbot & Scharfstein, 1986) e de assistência social, guerra e cortes orçamentários foram certamente fatores que geraram grandes distorções no processo de reforma. Além desses fatores que podemos considerar "externos", outros aspectos "internos" ao programa de reforma, como a falta de definição clara de uma população-alvo dos centros de saúde mental, uma tendência por parte dos profissionais a separar as idéias de tratamento das ações de suporte e manutenção, fragmentando responsabilidades, serviram para confundir ainda mais o quadro.

No entanto, apesar de tudo, há estudos que demonstram que o processo de desinstitucionalização teve conseqüências positivas para grande parte dos doentes mentais graves e crônicos. O Vermont Longitudinal Research Project realizou um seguimento de um grupo de 269 pacientes considerados entre os mais graves do Hospital Estadual de Vermont. Realizou-se um amplo programa de reabilitação e reinserção na comunidade, acompanhado periodicamente por mais de 25 anos, e chegou-se à conclusão de que dois terços dos pacientes *"poderiam ser mantidos na comunidade caso se oferecessem suficientes serviços de transição e cuidados de seguimento [aftercare] adequados"*. Esses resultados receberam confirmação por outros estudos de longo seguimento como os de

⁷ Segundo Grob (1994:296), a década de 70 nos EUA foi marcada por um intenso processo de migração interna: entre 1975 e 1979, 40% da população geral americana migrou, principalmente os jovens entre 20 e 30 anos.

Manfred Bleuler (23 anos, 208 pacientes), Ciompi e Muller (37 anos, 289 pacientes), Huber et cols. (22 anos, 502 pacientes) (apud Grob, 1984:293; grifos nossos).

A crise econômica dos EUA na década de 1970 (Jones, 1983), juntamente com a emergência dos novos crônicos, os Young Adult Chronic Psychiatric Patients, expostos pela mídia, deram grande visibilidade ao fenômeno dos sem-casa ou homeless, pondo em xeque, de forma simplista, a efetividade da desinstitucionalização como um todo. Doentes mentais sem-casa formam apenas um subgrupo dos sem-casa, embora

“[...] a doença mental esteja sobre-representada entre os sem-casa, ela representa apenas um dos muitos importantes fatores de vulnerabilidade para [um indivíduo] estar sem-casa. O Abuso de Substâncias é de longe mais prevalente que outras desordens do Eixo I.” (North et als., 1996)

Apesar de tudo, a cronicidade continua a ser o fantasma que assombra as reformas psiquiátricas e a saúde mental. Goldman (1984) estimou que haveria em torno de 2 milhões de doentes mentais crônicos nos EUA: 150 mil internados em hospitais psiquiátricos, 750 mil em asilos (nursing homes) e 1,1 milhão de pacientes na comunidade.

1.5. Basaglia em Nova York

No final da década de 1960, Franco Basaglia esteve como visiting professor em um Community Mental Health Center de Nova York, junto ao Maimonides Hospital (Brooklyn). Nesse período, Basaglia escreveu “Lettera da New York – Il malato artificiale”. Sua experiência de transformação do Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, iniciada em 1961, já se tornara conhecida, embora ainda permanecesse como uma experiência “intra-muros”⁸. No percurso de desconstrução do manicômio de Gorizia, Basaglia havia formulado a crítica às funções da psiquiatria e das instituições manicomiais no contexto social: a “psiquiatria que recorre a definições científicas e sanções práticas diversas, segundo as condições sociais e econômicas do paciente”, e ao manicômio como instituição

de “contenção e controle de distúrbio social, em que a doença joga um papel muito marginal” (Basaglia, 1981:XXIII).

Basaglia, de sua parte, tinha interesse na experiência americana, pois considerava os EUA como representante do “futuro político e institucional” (Basaglia, 1982:96), que lhe permitiria compreender qual seria a “[...] sucessiva evolução extra-institucional do problema psiquiátrico, mas sobretudo o seu significado mais profundo em um contexto social de desenvolvimento tecnológico-industrial mais avançado [...]” (Basaglia, 1981:XXVI).⁸ Na sua formulação, as instituições teriam uma relação funcional com a “estrutura socioeconômica” geral, e as ciências (a psiquiatria), instrumentalizadas nesse contexto, sofreriam um deslocamento ou uma cisão entre fins propostos (tratamento e cura) e ações efetivas (controle e repressão). Basaglia tinha como hipótese que uma intervenção “técnica nova” como a psiquiatria comunitária, posta no mesmo contexto socioeconômico, acabaria por ser neutralizada e inutilizada.

A experiência americana poderia servir para verificar concretamente “[...] qual poderia ser a ação técnica (como ação específica de um setor particular) e o significado político (como funcionalidade institucional no âmbito do sistema geral) de uma nova instituição no velho contexto social na qual está inserida.” (Basaglia, 1981:96)

De fato, as críticas de Basaglia apresentadas em sua Carta parecem oraculares em relação ao processo americano das décadas seguintes. A linguagem — nascida em um momento de negação real — é, como sempre, rapidamente aprendida e consumada, de modo a poder ser usada para exprimir exatamente o oposto daquilo que significa. Ou a situação na qual se vive conserva uma margem dialética, tal que consinta a possibilidade de uma tomada de consciência real e de um processo de mudança, ou a nova terminologia é usada apenas para encobrir uma realidade velha. Sob a ilusão de relações democráticas se oculta uma força manipuladora muito mais sutil e penetrante que qualquer imposição ditatorial.

⁸ Na experiência italiana, os Centros de Saúde Mental foram constituídos a partir da experiência de Trieste, nos anos 1970.

⁹ Basaglia considerava a Itália um país menos desenvolvido em relação a outros países europeus e ao EUA.

2. Questões conceituais sobre a cronicidade, doença mental crônica e os pacientes psiquiátricos crônicos

A retrospectiva histórica nos permitiu constatar que o termo "crônico", no decorrer da história, veio sendo utilizado em situações distintas, com distintas significações.

No início do século XVIII, sob a influência de Pinel, vigorou a idéia de que as doenças mentais "[...] não eram necessariamente doenças crônicas, que com tratamento apropriado a recuperação era possível, e que o investimento nos hospitais mentais renderia uma grande proporção de curas." (Grob, 1994:29)

A cronicidade era vista como o resultado da falta de cuidados humanitários adequados e não como o resultado da doença mental como um processo autônomo "[...] a inabilidade das famílias para pagar por cuidados de longa duração leva à negligência, que transforma uma doença aguda em crônica." (Grob, 1994:32)

Crônicos eram os indivíduos acometidos de uma doença mental que, na ausência das coerções morais e do convívio com sujeitos exemplares, se deixavam conduzir por seus ímpetos e desejos. Ou seja, a cronicidade seria causada por fatores externos ao indivíduo (ambiente).

Posteriormente, na era da psiquiatria asilar, o termo crônico teve novas conotações. Com o crescimento dos asilos e sua superpopulação, as expectativas dos primeiros alienistas não se cumpriram: os pacientes acumulavam-se ano a ano formando uma multidão de indivíduos internados. Para os alienistas, a cronicidade derivava da falta de condições para o tratamento moral adequado. Embora os asilos garantissem os cuidados e as condições para a sobrevivência, o tratamento, pensado para instituições pequenas, no modelo da estrutura familiar, não pôde ser implementado. Crônicos então passam a ser aqueles que, embora recebessem cuidados humanitários, não recebiam o tratamento médico-moral almejado nos asilos. Em outras palavras, a cronicidade era o resultado de falhas político-administrativas (em termos de recursos humanos e financeiros).

Com o advento da psiquiatria moderna no início do século XX, mais aderida aos cânones da medicina, houve um deslocamento nas concepções sobre as doenças mentais e a cronicidade. O pressuposto da noção de doença como processo orgânico autônomo teve como corolário a idéia de que as doenças mentais evoluíam para estados crônicos, como outras moléstias orgânicas. A paralisia geral progressiva serviu como modelo de doença mental crônica. Crônico era o paciente portador de uma doença orgânica crônica sem tratamento causal específico. Após a década de 1930, com o surgimento das terapias biológicas, o termo crônico passa a designar de modo mais pragmático especificamente aqueles que não respondiam a um tratamento.

A onda de críticas às instituições que se seguiram às terapias biológicas fez retornar a questão do ambiente e da inter-relação entre profissionais e pacientes nos hospitais. Ainda uma vez, a questão dos crônicos deslocou-se, passando a conotar os problemas das relações institucionais.

A experiência da Segunda Guerra fez surgir a noção de que a cronicidade teria origem nas rupturas de contexto e expectativas dos pacientes, reforçando a noção de que o paciente tornava-se crônico pelo afastamento de seu próprio ambiente e de seus pares, dando impulso à psiquiatria comunitária.

Depois a Segunda Guerra, as experiências das comunidades terapêuticas ressaltaram a idéia de que as relações autoritárias dos hospitais psiquiátricos geravam dependência e reforçavam os sintomas das doenças. Mas a psiquiatria comunitária, predominantemente psicodinamista e preventivista, sofreu também duras críticas quanto ao abandono dos pacientes graves nos hospitais psiquiátricos. Crônicos eram os indivíduos negligenciados e abandonados nos hospitais.

Após a década de 1970, surgiu ainda uma nova “categoria” de pacientes crônicos, os Pacientes Psiquiátricos Adultos Jovens Crônicos associados aos fenômenos dos doentes mentais sem-casa.

2.1. Cronicidade como problema

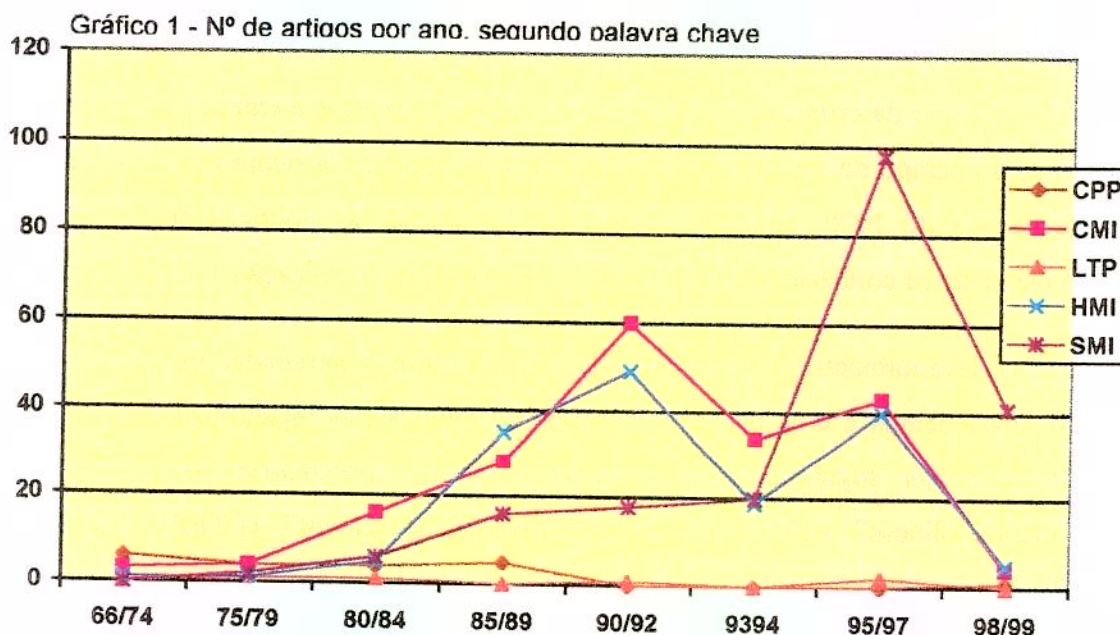
A questão da cronicidade passou a ser alvo do interesse e atenção por parte dos pesquisadores do campo da saúde mental e da psiquiatria, particularmente nos países anglo-saxões, na década de 1970, como consequência das iniciativas políticas de reforma da assistência psiquiátrica conhecidas como políticas de desinstitucionalização.

Um levantamento feito no Med-Line¹ permite-nos apreender um perfil desse movimento. Procedemos a uma busca por artigos ou publicações relacionadas ao tema da cronicidade, com as seguintes palavras-chave: “chronic psychiatric patient” (CPP), “chronic mental illness” (CMI), “long-term psychiatric patient” (LTPP), “homeless mentally ill” (HMI), “severe mental illness” (SMI), e obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 1 – N° de artigos por período, segundo palavra chave.

Palavra-chave	1966-1974	1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1992	1993-1994	1995-1997	1998-1999	Total
CPP	6	4	4	5	0	0	0	1	20
CMI	3	4	16	28	60	34	43	4	192
LTPP	0	1	1	0	1	0	2	0	5
HMI	1	1	5	35	49	19	40	5	155
SMI	1	2	6	16	18	20	98	41	202
Totais	11	12	32	84	128	73	183	51	574

¹ Med-Line, <http://www.infotrieve.com/medline/healthworks/>



Fica bastante claro que, a partir de meados dos anos 60, iniciou-se uma escalada em termos de publicações a respeito de questões relativas à cronicidade. Esse movimento atingiu um ápice por volta dos anos de 1990 e 1992, vindo a decair desde então para a quase ausência de publicações nos últimos dois anos (com exceção de “severe mental illness”).

Observando os temas predominantes nos títulos das publicações, podemos delimitar grupos ou tendências da pesquisa e discussão prevalentes sobre a cronicidade:

- problemas conceituais: definição da cronicidade;
- problemas causais ou etiológicos: resultado do processo da doença ou efeito institucional?
- questões relativas a abordagens terapêuticas.

Outro aspecto que os dados nos indicam é a grande prevalência de artigos com o termo “*mental illness*” (doença mental) em contraste com os artigos sob o termo “*patient*” (paciente), o que pode indicar um certo viés na abordagem do problema da cronicidade que privilegia um olhar centrado na “doença”, enquanto fenômeno ou processo biológico, em detrimento da pessoa doente, enquanto “existência” (Adler, Drake &

Stern, 1984). A quantidade de artigos com o tema "*homeless mentally ill*" (doente mental sem-teto) está em conformidade com a freqüente alusão a esse grupo de pacientes como crítica das políticas de desinstitucionalização e seus resultados, embora os estudos demonstrem que se trata de um fenômeno mais complexo que uma simples transposição de pacientes (Scherl & Macht, 1979; Rose, 1979; Reich & Siegel, 1978; Lipton, Sabatini & Katz, 1983; Bennett *et al.*, 1988), que antes estavam "dentro dos hospitais" e depois passaram a povoar as ruas (Jones, 1983; Lamb, 1984; Bachrach, 1984; Frazier, 1985; Drake, Wallace & Hoffman, 1989; Marshall *et al.*, 1996; North *et al.*, 1996).

Podemos também notar que, a partir de meados dos anos 90 (1993-1994), há um enorme crescimento de publicações sob a rubrica de "*severe mental illness*", ou doença mental grave. O que sugere que houve um deslocamento na concepção ou na preocupação dos pesquisadores, em que a questão da cronicidade cedeu lugar à noção de gravidade. Poderíamos interpretar esse fato como um reforço do viés "biologicista" anterior, no qual o pressuposto de que a doença grave gera a cronicidade elimina a cronicidade como um problema relevante. Uma vez que se considera que um paciente "é crônico porque grave", reduzindo cronicidade a gravidade, coloca-se a exigência da busca de tratamentos mais adequados para os casos graves (Rachlin, 1978). Porém, para se constatar a gravidade, remete-se novamente à cronicidade, isto é, "é grave porque é crônico", o que nos indica que a questão da cronicidade permanece irresoluta.

2.2. Conceito de crônico

Etimologicamente, o adjetivo crônico é derivado da raiz grega *chronos*, tempo. Crônico é relativo ao tempo, "que dura um longo tempo ou que é recorrente" ou "que continua indefinidamente, perpétuo, constante". Na área médica, faz referência a um curso longitudinal persistente.

É freqüente o uso do termo para descrever o progresso de uma doença em contraste com "agudo", que implicaria um curso de duração mais limitada. Embora essas definições aparentemente sejam simples, e na vida diária haja um aparente consenso quanto ao uso do termo, quando se busca especificar melhor o termo, surgem algumas questões.

A contraposição entre crônico e agudo é equívoca, pois podemos estar nos referindo à duração de um processo (curto ou prolongado), mas também podemos estar fazendo referência ao modo de instalação da doença (abrupto ou insidioso), ou ainda à evolução (progressão/piora ou regressão/melhora). De fato, o tempo pode ser pensado como duração (permanência), mas também como fluxo (mudança ou evolução). Uma doença persistente não necessariamente é progressiva, assim como certos processos patológicos podem progredir em tempo muito breve. Na psiquiatria, essas definições ainda "eludem planejadores e pesquisadores de serviços de saúde mental, devido à falta de um referente empírico claro" (Bachrach, 1988). Refere-se à experiência vivida de sintomas associados à sua doença? Ou às desabilidades funcionais resultantes da doença? Ou ainda pode ser inferida de um diagnóstico?

A própria definição do conceito de crônico não é consensual entre os pesquisadores (Robins, 1978; Goldman, Gattozzi & Taube, 1981). Alguns autores assumem uma atitude pragmática e propõem simplesmente: crônico é aquele que tem uma doença crônica (Talbot, 1984; Watt & El-Guebaly, 1981; Olson, 1981)².

A partir de uma definição operacional que estabelece a cronicidade pela doença crônica, esses autores, conseqüentemente, centram o foco de atenção para as questões de manutenção do tratamento, treinamento e suporte social. É a confiança na noção de evolução natural da doença que permite pressupor que as doenças mentais evoluem naturalmente para um estado de cronicidade diante da qual podemos tentar buscar meios de melhorar e prevenir a deterioração.

Por outro lado, o ajustamento do paciente vem a ser avaliado em termos de resultados do tratamento (Adler, Drake & Stern, 1984). Mas essa assunção não é inócua, pois implica que as dificuldades do paciente originam-se basicamente nele e por ele são criadas devido ao seu ser/estar doente, obscurecendo a dimensão relacional e situacional da questão.

² "A working definition of the chronic mental patient refers to those members of society who suffer from a chronic mental illness and who demonstrate significant impairment of task performance and/or social performance" (Watt & ElGuebaly, 1981).

Bachrach (1988) aponta que, nos EUA, três critérios ganharam importância na tentativa de se definir a questão da cronicidade: diagnóstico, duração e desabilidade, embora permaneça a falta de consenso quanto à importância relativa desses três elementos e entre as suas inter-relações.

Sob a ótica do diagnóstico, uma grande variedade de diagnósticos primários pode ser incluída, cobrindo todo o espectro de idades, o que torna o critério vago, pois não há consenso em quais categorias diagnósticas incluir ou excluir. A maioria dos autores tende a considerar como doença mental crônica particularmente o conjunto das psicoses maiores (esquizofrenia e doenças afetivas) e os transtornos de personalidade graves, excluindo-se os problemas com álcool e drogas, embora estes possam ser consideradas crônicas também (Bachrach, 1988; Olson, 1981).

O tempo de duração pode ser um fator considerado como requisito básico para se distinguir um paciente crônico; no entanto, não há concordância quanto à referência do termo duração nem a quanto tempo seria razoável para se considerar um indivíduo como crônico. Trata-se da duração da doença? Dos sintomas ou das seqüelas? Ou ainda do desajuste ao meio social? Robins (1978) considera que pelo menos cinco anos de duração da doença, sem remissão significativa durante um período de seis meses, são necessários para se considerar um paciente crônico. Mas esse mesmo autor propõe que, em determinadas situações, por exemplo, no caso de um indivíduo que comete suicídio, este dever ser considerado um paciente crônico independentemente da duração.

Olson considera que “a característica essencial a todas as formas de doença mental crônica é o prejuízo (*impairment*) da capacidade funcional” (1981:28). No entanto, como aponta Bachrach (1988), “tem se tornado cada vez mais claro que os termos doença e desabilidade não são sinônimos nem co-termos”. Autores ingleses como Shepherd e Wing & Morris são citados por Bachrach (1986) como propositores de uma distinção de desabilidades em três níveis:

1. Desabilidades primárias: decorrentes dos processos da doença, podem ser descritas como sinais e sintomas ou como prejuízos (*impairment*) propriamente.

2. Desabilidades secundárias: resultantes da “experiência” da doença, entendidas como “reações pessoais” como medo, negação, retraimento.

3. Desabilidades terciárias: derivadas das respostas sociais à doença e desabilidade, como pobreza, estigma, desemprego.

Fazendo-se essa distinção entre doença e desabilidades, estas podem perdurar por longo tempo mesmo após o desaparecimento da doença.

Mas este tipo de abordagem não resolve a questão conceitual sobre a cronicidade. De fato, quando se fala de doença e de desabilidades, fala-se de objetos distintos para um observador. Para falar sobre desabilidades, um observador precisa tomar um indivíduo diante de uma tarefa ou situação e avaliá-lo antes e depois, em momentos temporalmente distintos, sob um critério definido pelo próprio observador. Desabilidades não são atributos de um indivíduo, não estão inscritas nele, mas são adjudicações feitas por um observador que pode, a partir de seu ponto de vista, relacionar indivíduo e ambiente, e compará-los a um critério.

Os critérios de cronicidade são definidos por um observador, ou seja, fazer um diagnóstico, contar o tempo decorrido e testar as habilidades de um paciente são atividades operadas pelo observador e não especificam nem definem a cronicidade por ela mesma; em outros termos, nada dizem a respeito dos processos que dão origem ao fenômeno da cronicidade. Do mesmo modo, quando se fala de doença mental, há sempre uma ambigüidade: referimo-nos a um processo de variações ou modificações estruturais, cujas especificações ainda permanecem obscuras, ou às interações do indivíduo em seu meio, em termos de seu comportamento? Basta recordar que os critérios diagnósticos fundamentam-se em avaliações funcionais, definidas consensualmente. Ou seja, no caso das doenças mentais, ainda não há descrições estruturais que permitam identificar um processo específico como crônico. Tal dificuldade de descrição remonta desde os primórdios da psiquiatria até os dias atuais; por exemplo, Crow (1997), num recente esforço para desenvolver uma teoria sobre as psicoses, diz “A dicotomia entre esquizofrenia e doença maniaco-depressiva é, como E. Kraepelin suspeitou, falha; nenhuma separação inequívoca pode ser alcançada. Não há categorias de psicoses, mas apenas continuidades de variação.”

2.2.1. Protótipo de cronicidade

Uma forma de tentar uma delimitação mais restrita do fenômeno da cronicidade é a partir de casos típicos, ou seja, pelo uso consagrado. Tomemos como referência exemplos que são consensualmente considerados como "protótipos" de doenças crônicas: hipertensão arterial e diabetes. Em ambas as doenças, o que observamos são processos (biológicos) ou dinâmica de estados, considerados patológicos, descritos como transformações ou modificações estruturais que perduram por tempo prolongado, que evoluem progressivamente no sentido da piora ou deterioração, e para os quais não se conhecem intervenções que possam interromper tais processos. Podemos, a partir disso, destacar três aspectos nucleares da noção de doença crônica: a) a idéia de processo; b) a duração prolongada e c) a progressão espontânea, para a qual não há tratamento.

Aparentemente então, na área orgânica da clínica médica, temos maior clareza na definição de problemas de ordem crônica. No entanto, se observarmos as questões relativas aos problemas das dores crônicas, o quadro já não será tão evidente,

"[...] porque a dor é uma sensação privada que não pode ser reduzida através de objetificação e, em última instância, não pode ser estabilizada em um fato inquestionável que sirva de base para a prática médica e assim organizar as relações entre os profissionais e pessoas." (Baszanger, 1997:2)

Quando a questão deixa de ser objetivável ou redutível a um órgão, em "alguma coisa concreta", a idéia da cronicidade adquire novos contornos. Pode-se observar dois tipos básicos de abordagem no caso da dor crônica:

- *cura através de técnicas*: o objetivo é curar por meio de procedimentos técnicos, e a dor é definida como função das possibilidades técnicas de tratá-la;
- *sarar através da adaptação*: o objetivo é controlar a dor, que é definida como comportamento pouco adaptado do indivíduo.

Em ambas as situações, a persistência da dor é problemática e a noção de cronicidade assume o seu lugar:

“Depois do fracasso dos tratamentos, os médicos [especialistas] em dor normalmente definem o caso como estando além da sua jurisdição e encaminham o caso para o psiquiatra.” (Baszanger, 1997:5)

Ou seja, mesmo em situações em que lesões ou processos orgânicos podem ser observados e localizados, ou melhor, apesar da possibilidade de se “objetivar” um processo biológico e tratá-lo, a persistência da vivência de dor (sintomas) põe em xeque os modelos de explicação e de tratamento no âmbito orgânico, transferindo-o para o âmbito dos distúrbios mentais.

No caso das doenças mentais, “a esquizofrenia é o protótipo de doença mental crônica, e muito pessimismo tem sido expresso sobre este distúrbio” (Mechanic, 1986). Em geral quando se fala de doente mental crônico, a referência é “praticamente um sinônimo de uma pessoa com esquizofrenia” (Harding, 1987).

Bachrach (1986) de certo modo critica e argumenta com Harding a sobreposição do conceito de crônico com o de esquizofrenia, porém reconhece que há “entretanto, uma disparidade entre as visões acadêmicas emergentes sobre a doença mental e a prática efetiva de aplicação de padrões para a cronicidade no planejamento e alocação de serviços.” (Bachrach, 1988:385)

2.2.2. Doente mental Crônico – a esquizofrenia como protótipo

Até o período imediatamente anterior às políticas de desospitalização, “crônicos eram os pacientes internados em instituições para crônicos” (Delgado, 1991). Era o lugar de tratamento que definia o seu estatuto de crônico. Como praticamente o único local para tratamento eram os hospitais psiquiátricos, e uma internação costumava durar longo tempo, senão a vida inteira, não se buscava maiores distinções, pois havia apenas um critério para cronicidade: a hospitalização (Bachrach, 1988, 1991).

A vida institucional tendia a minimizar as diferenças individuais observáveis (Goffman, 1968) e as limitadas abordagens terapêuticas faziam com que não fossem

necessárias ulteriores distinções. O processo de desinstitucionalização pôs a questão e a necessidade de se definir melhor quem eram os pacientes ditos crônicos.

Os deslocamentos no padrão e *locus* de cuidado de saúde mental que surge do movimento de desinstitucionalização resultaram em “[...] uma falta de consenso nos limites que definem a população crônica mentalmente doente, limites que podem guiar os planejadores das políticas nacionais baseados em uma avaliação mais científica de necessidades.” (Goldman, Gattozzi & Taube, 1981).

Poucas pesquisas psicopatológicas foram realizadas, até a década de 1980, com vistas a distinguir entre tipos de pacientes crônicos. O prolongado tempo de hospitalização produz os já mencionados “efeitos de homogeneização” sobre os pacientes, dificultando até mesmo a distinção de subtipos (Magaro, De Sisto & West, 1984).

Entre os “efeitos de homogeneização” citado por esses autores, um aspecto que salta aos olhos é a postura dos pacientes de longa internação. O corpo e a cabeça curvados para frente, os movimentos lentos e estereotipados. “Não é incomum observar pacientes esquizofrênicos que se arrastam com suas cabeças curvadas para frente” (Beck & Callahan, 1980).

Investigadores que buscaram explicações para essa postura empobrecida dos pacientes psiquiátricos de longa permanência inicialmente consideraram déficits sensório-integrativos, supostamente inerentes ao processo patológico da esquizofrenia, como fatores causais (King, [1974]; Cavaleiro, [1978]; Gelhorn, [1964], apud Beck & Callahan, 1980). Outros autores, porém, demonstraram que aquela deterioração de postura pode ser identificada em diferentes condições de doença também (Endler & Eimon, 1978; Huddleston, 1978), o que seria contrário à idéia de que se trata simplesmente de efeitos ou resultantes do processo patológico específico ou reintroduziria a teoria de um processo único para todas as doenças mentais. Strauss (1973) realizou uma importante revisão sobre as diferenças de comportamento entre pacientes esquizofrênicos considerados crônicos e pacientes agudos. Embora considere o construto “cronicidade” ambíguo e de valor heurístico duvidoso, aponta que “Em geral, medidas cognitivas e perceptuais sugerem que

sujeitos crônicos usam menos pistas e focalizam a atenção de modo mais estreito que os agudos [cf. Broen, 1968].”

Duas grandes hipóteses foram levantadas a respeito desse estreitamento do foco de atenção:

a) pacientes esquizofrênicos reagiriam progressivamente desse modo para evitar a desorganização psicológica produzida pelas escalas normais do uso de pistas;

b) seria uma reação ao ambiente empobrecido e redundante do hospital ao qual os pacientes ficariam expostos por muito tempo.

Se, por um lado, essas pesquisas revelaram diferenças de comportamento entre os dois grupos, Strauss questiona as metodologias empregadas, basicamente desenhos de estudos transversais, que poderiam sofrer de um viés de seleção e por isso mostrariam mais as diferenças entre os grupos, confundindo-as com as eventuais mudanças psicológicas nos indivíduos decorrentes da evolução temporal, e indicariam a necessidade de estudos de coorte longitudinais.

Beck & Callahan (1980), tomando o tempo de internação como variável, demonstraram que a institucionalização contínua produz maior deterioração de postura que a institucionalização intermitente em pacientes esquizofrênicos. Ao argumento de que o tempo de permanência de hospitalização é determinado pela severidade da doença, essas autoras contra-argumentam que muitos outros fatores, como apoio de família, situação social, considerações ambientais e a própria política da instituição, podem, todos, interagir para determinar a duração da permanência.

“Muito do que se descrevera como resultado de doença mental crônica foi revisto como resultante da hospitalização crônica.”(Ahmed & Plog, 1976, *State Mental Hospital: What happens when they close*, Plenum Medical Book, New York, apud Beck & Callahan, 1980)

No estudo de Ahmed & Plog citado pelas autoras, considerou-se como possíveis determinações institucionais o ambiente institucional, a nutrição pobre, exercícios inadequados e perda de auto-estima. Na verdade, podemos observar que qualquer paciente

internado está exposto a todos esses fatores. Wing & Brown analisaram a deterioração dos pacientes de longa internação num modelo que põe em jogo as pressões advindas da internação, a suscetibilidade ou resistência dos pacientes às pressões e o tempo de exposição dos pacientes, e concluíram que “[...] uma proporção substancial, embora não toda, da morbidade apresentada pelos pacientes esquizofrênicos nos hospitais psiquiátricos é produto do seu ambiente.”(apud Beck & Callahan, 1980)

Essa polêmica que contrapõe efeitos do ambiente sobre o indivíduo *versus* características específicas da doença ganhou espaço nos anos 80, embora a literatura cite com frequência autores como Myerson, Martin e Barton, que desenvolveram seus estudos respectivamente em 1939, 1955 e 1959. O termo “neurose institucional”, referindo-se a atributos como apatia, retraimento social, deterioração de hábitos e de posturas, é bastante conhecido. Johnstone e associados, em 1981, buscaram resolver essa questão e realizaram um estudo comparando pacientes internados e pacientes em tratamento ambulatorial. Selecionando pacientes esquizofrênicos através do critério mais restritivo de Feighner, avaliaram anormalidades cognitivas e comportamentais correlacionando-as com dados obtidos dos registros de prontuários (dados demográficos, tratamentos passados, históricos, datas de internações). Numa primeira comparação, os pacientes internados mostraram significativamente maior prejuízo em funções cognitivas e características negativas. Num segundo momento, por meio de uma correção pareando subgrupos em termos de idade e tempo de duração da doença, mostrou-se que as diferenças não eram significativas. Esses autores concluíram que “[...] parece provável que os graves déficits encontrados na amostra total devem-se ao processo da doença do qual sofrem esses pacientes e não às circunstâncias do tratamento.”(Johnstone et al., 1981:202)

No entanto, cabe destacar que o artifício usado para “correção” das idades e tempo de doença na verdade elimina uma parcela significativa dos pacientes internados da amostra, principalmente aqueles mais velhos e com maior tempo de doença (uma vez que não puderam ser pareados com os pacientes ambulatoriais, em média mais jovens e com menor tempo de doença). Além disso, pode-se questionar ainda que o tempo de internação deveria ser o parâmetro a ser comparado, uma vez que é a exposição à internação que estaria em jogo, e não o tempo de doença, para se verificar os efeitos da institucionalização.

Christenfeld *et al.* (1989) desenvolveram um estudo que comparou os efeitos das modificações no ambiente físico de duas alas de um hospital psiquiátrico (Harlem Valley Psychiatric Center) sobre pacientes psicóticos graves internados e sobre o pessoal curante, tendo como grupos-controle enfermarias que não sofreram modificações.

As duas alas reformadas seguiram uma série de sugestões colhidas entre pacientes e funcionários em torno de alguns temas contrastantes que podem ser agrupados em termos de uma abordagem mais pessoal ou mais institucional:

Quadro 1 -

Pessoal	Institucional
Privacidade	Vigilância
Ambiente doméstico	Segurança
Estética	Durabilidade e manutenção
Riqueza, complexidade	Consistência
Estimulação	Reconforto

Os resultados obtidos são sumarizados a seguir: a) melhora do humor e da moral do *staff*, b) diminuição do absenteísmo; c) o *staff* não relatou melhora do ambiente da ala ou do funcionamento dos pacientes embora d) os pacientes relatem melhora da auto-estima, mas não da irritação, isolamento ou depressão; e) pacientes relatam maior satisfação com as dependências físicas e f) a taxa de violência caiu mais de 50%. Os resultados mostraram que mesmo pacientes psicóticos muito regredidos melhoraram no novo ambiente. É de notar a discrepância entre a percepção dos profissionais e a dos pacientes. Esse estudo buscou isolar o fator “ambiente físico” e, exceto pelas situações de questionários e entrevistas sobre as modificações a serem implementadas, o pessoal curante não recebeu nenhuma doutrinação nem suas atividades foram revisadas. Assim, o pessoal curante manteve suas expectativas anteriores sobre a cronicidade dos pacientes, o que possivelmente impossibilitava que percebessem as mudanças sutis que os pacientes vinham apresentando. Por outro lado, Christenfeld (1989:263) conclui que, “quaisquer que sejam os mecanismos” que expliquem a melhora dos pacientes e profissionais, pode-se inferir que “o

Programa de Enfermaria Modelo, embora não reverta o curso da psicose, produz algumas diferenças mensuráveis nos pacientes [...]”.

O que nesses embates fica claro é que há sempre opções metodológicas que são feitas sobre pressupostos não explícitos (ideológicos). Por exemplo, Johnstone *et al.*, referindo-se ao debilitamento dos pacientes ambulatoriais, diz que “apenas 25 [de 77] dos pacientes trabalhavam em algum tipo de capacidade normal ou como donas de casa e mães efetivas em tempo integral” (1981:198)

A estipulação apriorística de que os pacientes esquizofrênicos devem ter disfunções ou debilidades faz com que se considerem 32% da amostra (25/77) como uma parcela de pequena relevância, evidenciado pelo uso da expressão “apenas”. Albert (1983), estudando pacientes crônicos re-diagnosticados, observou que um terço (33%) dos que foram considerados esquizofrênicos tiveram um novo diagnóstico, alguns de doenças curáveis e outros de doenças cerebrais orgânicas. Isso corrobora a idéia de que, uma vez que o paciente é considerado esquizofrênico, a atitude dos curantes é de resignação (no mínimo), e a prática é a de descaso.

Essa expectativa pessimista e de certa forma catastrófica em relação aos pacientes esquizofrênicos tem sido mantida desde os tempos de Kraepelin. Com efeito, uma das formas de se diferenciar a esquizofrenia de outras psicoses seria através da evolução progressiva para a demência. Caso o paciente melhorasse, então o diagnóstico deveria ser modificado. A partir de 1972, essa perspectiva começou a mudar. Harding, Zubin & Strauss (1987, 1992) revisaram cinco grandes estudos de *follow-up* de pacientes esquizofrênicos (Bleuler, 1972; Hubert *et al.*, 1975; Ciompi & Muller, 1976; Tsuang *et al.*, 1979 e Harding *et al.*, 1986) e, não obstante as diferenças e limitações metodológicas, consideraram que “juntos, estes estudos notaram que de metade a dois terços de mais de 1.300 sujeitos estudados, por mais de 20 anos, alcançaram a recuperação ou significativa melhora” (Harding *et al.*, 1987:479).

A deterioração progressiva e a cronicidade na esquizofrenia mostraram ser a exceção e não a regra na evolução em longo prazo. No estudo de Harding, ao contrário de Johnstone (1981), 2/3 dos “pacientes alcançaram a recuperação ou significativa melhora”.

Russell *et al.* (1997), investigando a possível deterioração intelectual em esquizofrênicos, estudaram uma coorte de pacientes adultos com esquizofrenia e o seu desempenho intelectual, e posteriormente os compararam com testes de desempenho intelectual desses indivíduos quando crianças. Não encontraram diferenças entre o desempenho intelectual nas medições realizadas na infância e na maioridade. Se, por um lado, confirmaram estudos anteriores que estabeleceram que adultos esquizofrênicos apresentam um déficit de desempenho da ordem de 10 pontos em testes intelectuais em relação à média da população geral, por outro lado demonstraram que esses déficits já se apresentavam nesses indivíduos quando crianças. O QI desses indivíduos permaneceu praticamente estável durante um período de vinte anos.

Embora ainda seja corrente a noção de que a esquizofrenia é um protótipo de uma doença mental crônica, esse conjunto de estudos apresentados acima sugere que o mais adequado seria considerá-la como uma doença de longa e lenta evolução e principalmente que o seu desenrolar é no mínimo incerto. Se não pudemos até aqui, mais uma vez, esclarecer o conceito de paciente crônico, por outro lado, ficam evidências de que o emprego de tal conceito pode acarretar prejuízos para os pacientes assim considerados.

2.2.3. Outros mitos sobre pacientes crônicos

Em torno da noção de cronicidade concorrem ainda um conjunto de noções que têm sido desveladas como mitos:

2.2.3.1. Isolamento

a) Delespaul & De Vries (1987) mostraram que pacientes em tratamento ambulatorial, considerados crônicos, não buscam o isolamento, mas preferem estar em meio a outras pessoas, pois quando sós “sonham acordados” e tendem a não manter os pensamentos sobre suas atividades. No geral, levam vidas consideradas relativamente normais.

b) Um estudo comparativo entre pacientes que, considerados em condições de alta, receberam alta e outros que permaneceram internados constatou que aqueles que foram liberados se mostraram menos irritáveis, menos deprimidos e menos isolados socialmente (Christenfeld *et al.*, 1985).

2.2.3.2. Acomodação no papel de crônico

Demonstrando que os pacientes não aceitam o papel de doentes mentais crônicos e por isso relutam em utilizar serviços existentes, Minkoff (1987) sugere a necessidade de uma “nova ideologia” para a era pós-institucional.

2.2.3.3. O uso prolongado de medicação como causa da cronicidade

Pacientes após muitos anos de internação recebendo neurolépticos puderam receber alta e viver fora do hospital com programas compostos por tratamentos psicológicos e sociais (Gottfries & Ruderberg, 1981).

2.3. Em busca de uma melhor descrição do que seja crônico

O fenômeno da cronicidade, aparentemente, repete-se em toda parte. A ubiquidade do fenômeno pode ser avalizada pela correspondente concordância nos mais diversos países quanto à necessidade de reformas psiquiátricas. Na América Latina, o consenso atingido pela Declaração de Caracas tem como principal terreno comum o reconhecimento das condições desumanas em que se encontra a maioria dos pacientes psiquiátricos nos manicômios e a sua correlação com a cronicidade, que não pode ser atribuída às características individuais dos pacientes nem a suas diversas patologias, uma vez que as diferenças entre as síndromes tornam-se indistinguíveis. A separação entre processo da doença e efeitos ambientais e psicossociais mostrou-se difícil e problemática diante da variedade de possibilidades:

Quadro 2 -

Efeitos biológicos/processo doença	Efeitos ambientais/psicossociais
• efeitos residuais da doença (sintomas negativos) • falta de reabilitação • efeitos colaterais das medicações	• efeitos da institucionalização • a socialização no papel de doente • oportunidades econômicas reduzidas • reduzido status social • efeitos da falta de expectativa da equipe curante • profecias auto-realizadoras • perda de esperança

Diante dessa profusão de hipóteses, Harding *et al.* concluíram:

“Dados os muitos fatores que contribuem para a cronicidade nos “doentes mentais crônicos” e o fato de que o grupo sob tratamento em qualquer momento representa apenas uma fração das pessoas que tiveram episódios de esquizofrenia, deve-se pôr em dúvida se a cronicidade é um resultado necessário e inerente da doença [esquizofrênica].” (1987:482; 1992:32)

O conjunto de informações até aqui colhidas, num primeiro momento, nos traz mais confusão que certeza devido às inúmeras variações de pontos de vista sobre a questão da cronicidade. Mas podemos destacar ao menos alguns aspectos:

a) até agora não há evidências de substratos estruturais, isto é, processos biológicos ou alterações orgânicas que dêem conta de explicar a cronicidade;

b) há um conjunto de estudos que sugerem e demonstram a importância do meio ou dos chamados “fatores ambientais” no comportamento dos pacientes crônicos, embora não tenhamos encontrado propostas propriamente explicativas;

c) o paradigma atualmente hegemônico de tratamento, pautado por um “reducionismo biologicista”, coloca expectativas irreais relativas aos efeitos reabilitativos dos medicamentos antipsicóticos e um predomínio do “modelo das doenças infecciosas” (Bellack & Mueser, 1986).

Aparentemente, apesar das diversas reformas, a questão da cronicidade e dos pacientes psiquiátricos crônicos continua a ser um desafio de enormes proporções. Sem dúvida, houve uma mudança significativa na duração das internações nas últimas décadas (Talbot, 1979; Goldman *et al.*, 1986; Hafner, 1985), mas

“[...] admissões reincidentes de menor duração substituíram as internações de longa permanência contínua anteriores do paciente crônico; não obstante, novos pacientes de longa permanência continuam se acumulando em hospitais mentais. (Rud and Noreik, [1982]; Platman *et al.*, [1983], apud Lerner, Popper & Zilber, 1989)

Nos anos 80, estimou-se que as doenças mentais crônicas afetavam em torno de 1,7 a 2,4 milhões de pessoas nos EUA, dependendo das definições empregadas, dos quais 150 mil em hospitais psiquiátricos e 750 mil vivendo em casas de repouso (*nursing homes*), com efeitos desastrosos para indivíduos, famílias e comunidade, configurando um imenso problema de saúde pública e para os planejadores (Goldman, 1981, 1984; Mechanic, 1986; Talbot & Sharfstein, 1986). O recente Mental Health: Surgeon General Report (1999) relata que, baseados em prejuízos funcionais,

“[...] estima-se que 9% da população adulta americana apresente doenças mentais [...] Uma subpopulação de 5,4% [10,8 milhões] dos adultos são considerados doentes mentais severos – DMS – (Kessler *et al.*, 1996) [...] E aproximadamente metade ou 2,6% [5,2 milhões] dos DMS foram identificados como sendo afetados mais seriamente, isto é, como tendo doença mental “severa e persistente” (DMSP). (NAMHC, 1993; Kessler *et al.*, 1996)”.

No Brasil, um relatório do Ministério da Saúde³ estimou que aproximadamente 20 mil indivíduos se encontram internados como moradores dos hospitais. Se compararmos com a situação americana, o contraste entre as estimativas é significativo. Por que as estimativas brasileiras são tão baixas em relação às americanas? Algumas hipóteses podem ser levantadas: em parte, a questão dos registros de dados e a sua confiabilidade; de outra parte, possivelmente seja uma indicação da carência geral de serviços de saúde mental, principalmente no que diz respeito aos pacientes ditos crônicos. Podemos supor que uma parte significativa dos doentes crônicos está sem tratamento (hospitalar ou ambulatorial). Fazendo uma projeção das estimativas de prevalência de doenças mentais graves e persistentes, segundo o Mental Health: Surgeon General Report (1999) da ordem de 2,6% da população adulta, teríamos em torno de 2.600.000 indivíduos⁴, dos quais uma parte significativa poderia ser considerada crônica.

David Mechanic (1986) considera que o problema dos doentes mentais crônicos, particularmente após a era de desinstitucionalização, põe um grande desafio para o planejamento em saúde mental: como desenvolver um “sistema efetivo que possa preservar o funcionamento dos pacientes e limitar as suas desabilidades?” Esse autor considera que os maiores obstáculos para se atingir tais metas não estão na falta de idéias inovadoras ou de modelos de cuidado, mas encontram-se na falta de empenho contínuo, nas fontes de financiamento fragmentadas e no fracasso em se construir um sistema de cuidados viável (Mechanic, 1986).

No entanto, basta refletir sobre a variação nas estimativas de casos, da ordem de 700 mil pessoas, ou seja, uma variação de 41% (!), para se perceber que uma definição diferente de cronicidade tem como efeito uma variação muito significativa. E uma definição diferente implica a assunção de diferentes pressupostos, o que pode resultar também em diferentes modos de investir recursos, de intervir e de avaliar os resultados. Embora a questão do financiamento e do empenho ou compromisso com os sistemas de

³ Coordenadoria de Saúde Mental – minuta da proposta de criação do Programa de Apoio à Desospitalização PAD.[CMS] Brasília-1994-5

⁴ Segundo o IBGE (1999), a população adulta acima de 18 anos no Brasil é de 102.692.884 de pessoas. <http://www.ibge.gov.br/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/sintese/images/tabeladegrafico1b.shtml>

saúde mental sejam fundamentais, uma vez que sem a provisão de recursos não há programas nem serviços, consideramos que as questões propriamente teóricas sobre a cronicidade não estão devidamente compreendidas, muito menos resolvidas.

Entendemos que toda ação, planejada ou não, envolve um posicionamento teórico, implícita ou explicitamente, e que a potencialização da ação depende da possibilidade de os profissionais envolvidos refletirem sobre os conceitos e pressupostos subjacentes a suas práticas.

A questão sobre o que é a cronicidade e o paciente crônico, posta inicialmente, parece não nos levar a nenhuma resposta satisfatória. O que parece limitante em todas essas abordagens é que, ao descrevermos os traços visíveis dos pacientes que dizemos serem crônicos, fazemos uma descrição “semântica”, não especificamos relações ou componentes estruturais que possam delimitar com maior clareza ou nos fornecer um mecanismo que nos permita reconstituir o fenômeno (explicação) ou dizer o que é um paciente crônico. Podemos inferir que se trata de um fenômeno emergente, de outra ordem, para o qual seriam necessárias novas ferramentas conceituais, uma outra abordagem.

3. Complexidade, Autopoiese

Pessoalmente tenho procurado teorias que ajudem a compreender e sobretudo a explicar os fenômenos com os quais lidamos na práxis da reforma psiquiátrica. Já em 1982, tempo em que trabalhava como voluntário em Trieste (Itália), discutia sobre a possibilidade de replicação da experiência triestina em outros lugares. O que daquela experiência seria transportável? Na época, considerei que, mesmo abstraindo-se da situação sócio-histórica italiana, seria possível ao menos transportar/replicar um “método” ou um “estilo” de trabalhar. Esse “estilo” seria demarcado pelo neologismo “desinstitucionalização”. No decorrer dos anos, foram inúmeras as tentativas de se “explicar” a desinstitucionalização, enquanto método ou estilo de trabalhar. Rotelli (1983), no prefácio a *La libertà è terapeutica*, diz:

“Uma aventura paciente e coletiva, elementarmente prática e por isso quase impraticável, impaciente e obsessiva, específica e global como aquela de Trieste—psiquiatria não se deixa contar: Aqui se começa a elencar números e palavras com um tom e um método disciplinar *por pudor*.” (grifos no original)

Contar a experiência “por pudor”, como se desde a partida já se soubesse que seria um percurso infável...

Em 1980, num curso de atualização para os enfermeiros do hospital psiquiátrico de Trieste, Basaglia conta que, em certa ocasião, quando estava visitando serviços psiquiátricos na Inglaterra, não mais compreendendo o sentido da palavra instituição, perguntou a seu colega inglês: “O que é a instituição?”. Este último, pragmaticamente, lhe respondeu: “A instituição é ... esta ...”, apontando com as mãos ao redor. Sobre essa situação, diz Basaglia:

“Estávamos num quarto de um manicômio. Então tive a iluminação pela qual compreendi que a instituição, naquele momento, éramos nós dois, ali, naquele lugar que era o manicômio; comecei a entender que todos os discursos que fazíamos naquele instante eram discursos que abriam ou fechavam esta instituição, que éramos nós dois.” (Basaglia, 1983:41-7)

Essa forma de discurso “fenomenológico” para compartilhar as experiências vividas tinha sua eficácia. No entanto, quando em situações de diálogo com visitantes estrangeiros ou de outras cidades italianas, ou em reuniões em outros países, era usual que se respondesse às perguntas com estas palavras: “Venha ver, e então irá entender o que se faz, como se faz em Trieste...”, como se fosse, no limite, uma experiência iniciática, o que dá uma amostra da dificuldade para se transmitir as idéias e a experiência da desinstitucionalização.

Anos mais tarde, durante o período em que fui responsável pela coordenação do programa de saúde mental da Prefeitura Municipal de Santos (1989-1996), pudemos verificar que, ao menos em certa medida, a experiência triestina era reprodutível (Nicácio, 1994). A idéia da desmontagem gradual do hospital por meio da substituição dos espaços de contenção por uma rede de serviços espalhados pela cidade, voltados a dar continência e atuar a contraditória tarefa de exercer o controle sobre os pacientes e, simultaneamente, garantir-lhes tratamento, foi efetuada (Leal, 1994; Nicácio, 1994; Aguiar, 1995; Kinoshita, 1996; Filizola, 1999; Campos, 2000; Robortella, 2000; Oliva, 2000). Por sua vez, também vivemos semelhantes limitações para formular e transmitir a complexidade da experiência.

Diversas experiências da reforma psiquiátrica brasileira (Amarante, 1996) da última década têm demonstrado, na prática, que é possível modificar aquela condição de apatia, desorganização e bestialização em que se encontravam os pacientes dos manicômios. São vários os “novos” serviços de saúde mental que foram implantados e constituíram-se como experiências inovadoras no nível municipal que vêm sendo realizadas Brasil afora: São Lourenço do Sul (RS), Santos (SP), São Paulo (SP), Angra dos Reis (RJ), para citar apenas aquelas iniciadas no final da década de 1980 (Kalil, 1992). Durante os anos 90, dezenas de outras experiências se seguiram (Alves, 1996; Schetchman, Costa & Alves, 1998).

Partiu-se de uma crítica construída a partir de vivências práticas. Quem não teve a experiência de entrar em um corredor de um hospital psiquiátrico e ser assediado por uma turba de pacientes pedindo qualquer coisa que pudesse lembrar, a eles e a nós, que ainda eram humanos? É sempre necessária uma enorme capacidade de dissociação e/ou

negação para suportar a experiência e conseguir focalizar a atenção exclusivamente no “tratamento” ou na “doença”.

Em contraste, uma das vivências mais marcantes e gratificantes para aqueles que trabalham nesses novos serviços é a experiência de presenciar o sorriso que re-emerge, não se sabe de onde, nas faces dos usuários; é perceber que, aos poucos, aquelas faces sem rosto voltam a estar entre nós. E não temo afirmar que é um dos grandes motivos pelos quais, apesar das inúmeras dificuldades e barreiras, reiteramos a necessidade de transformação da assistência psiquiátrica. Desse modo, pela prática e na prática, a reforma da assistência psiquiátrica vem conseguindo novos adeptos.

Se tais práticas têm sido estimulantes, senão até convincentes, a produção estritamente teórica, para a reflexão crítica e replicação e expansão de novas experiências e para a formação de uma massa crítica de profissionais, tem sido limitada.

Considero que é tempo de tentar ir além e correr todos os riscos de uma busca propriamente teórica; navegar em águas desconhecidas significa, além do perigo inerente do naufrágio, do fracasso, de não chegar a lugar algum, aceitar a possibilidade de errar, de perder o rumo e se perder. Uma empreitada teórica, além de arriscar-se a não produzir algo muito relevante, pode ficar nas “elucubrações filosóficas”. Mas, na formação de um campo prático-teórico novo, os riscos de erro fazem parte da atividade exploratória. Então, se ao menos pudermos facilitar ou melhorar os modos de comunicação das experiências de reforma, tornando-as mais inteligíveis, poderemos aumentar nossos meios para convencer novos adeptos para o campo e estimular novos trabalhos práticos e novas investigações teóricas, acelerando os tempos da reforma. Em 1991, no encontro denominado “Saúde Mental e Cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde”, realizado em Santos (SP), dezenas de profissionais do campo (gerentes, administradores, pesquisadores, políticos e técnicos de todas as partes do Brasil) concluíram que:

“Existe um corpo conceitual não descrito que permeia novas práticas não manicomiais que necessita ser avaliado e explicitado através da construção de novas teorias sobre este conjunto de intervenções que têm exibido em comum:

- acolhimento a pacientes graves;
- acompanhamento de todos os momentos do processo de tratamento: do atendimento à crise, um conjunto de terapêuticas que têm por objetivo a reorganização psíquica, respeitando-se a subjetividade de cada um; práticas de intermediação entre sujeito e a sociedade com o objetivo de inserção e participação social;
- a observação de que o tratamento é um processo longo e complexo que deve abarcar várias dimensões do indivíduo discriminando-se o momento e o sentido de cada intervenção;
- a convivência com a diversidade e as contradições como parte do processo;
- a preocupação de tratar cada caso buscando encaminhamentos que preservem a subjetividade do indivíduo;
- a busca de diferentes modelos para coordenar as diversas intervenções necessárias ao resgate do exercício de cada vida civil dos indivíduos. Modelo médico, psicológico e outros se mostram reducionistas diante do conjunto de necessidades;
- situar-se como ponte entre unidades assistenciais e organismos sociais que possam facilitar e promover a inserção do indivíduo na sociedade. [...]” (Carta de Santos, in Kalil, 1992)

De início, temos o impacto de que as epistemes correntes são limitadas e limitantes para os nossos fins. Temos a impressão de que tudo é muito complicado para se teorizar, embora a experiência prática muitas vezes nos leve a pensar que estamos trabalhando com idéias por demais triviais. E essa aparente contradição tem sido difícil de superar. Se tudo é tão trivial, qual é a dificuldade para se explicar essas experiências?

Diante da limitação que as referências teóricas tradicionais apresentam dentro das experiências da reforma, o novo campo paradigmático chamado da “complexidade” tem-nos permitido utilizar, ao menos metaforicamente, algumas de suas noções tomadas como guias operacionais na implementação dos serviços substitutivos ao manicômio. Essa

limitação vai além das dificuldades impostas pelos paradigmas correntes: é preciso recordar que uma das origens e fundamentos das reformas psiquiátricas é a crítica das funções políticas da instituição psiquiátrica, enquanto saber legitimador ou justificador da exclusão e da violência institucional e, como consequência, a crítica epistemológica da neutralidade do saber. Ou seja, a busca de novos referenciais é parte intrínseca e necessária da reforma psiquiátrica e, portanto, “compete ao saber e à política começar a enfrentar a complexidade” (Rotelli, 1983)

3.1. Um breve passeio pela complexidade

A complexidade está em voga. Creio que é um dos temas mais debatidos na atualidade. Ela indica uma certa percepção da “crise do paradigma científico” dominante ou dos modelos científicos que atingiram o estatuto de “ciência normal”, nos termos de Kuhn (1994). Vamos aqui apenas traçar alguns percursos históricos para termos uma visão geral da questão da complexidade e a sua introdução no contexto da reforma psiquiátrica.

A primeira metade do século foi marcada por um fervilhar de idéias e de transformações sociais: a revolução soviética, duas guerras mundiais. A sociedade industrial introduziu modificações nos costumes e visões de mundo. A urbanização gerou novos modos de viver (maior circulação de conhecimentos, constituição da sociedade civil) e trouxe consigo novos problemas (desemprego, violência). No plano da cultura, as ciências “duras” (física, matemáticas) e suas aplicações tecnológicas consolidaram a idéia de que a humanidade teria condições de dominar o mundo através da objetividade e adquiriram o prestígio e a legitimidade para se tornar a medida e a solução de todos os problemas. Reações a essa onda objetivista das ciências surgiram logo no início do século na filosofia européia. Questões epistemológicas e ontológicas foram levantadas com o movimento fenomenológico de Husserl e Heidegger, respectivamente. Paradoxalmente, foi o desenvolvimento das diversas áreas de investigação científica, cada vez mais especializadas, que gerou uma fratura no próprio conhecer. Pode-se apreender o espírito da época a seguir:

“A experiência obtida de muitos projetos de pesquisa apresentados levou-nos à convicção de que uma das maiores necessidades hoje é a reintegração da ciência, que no presente momento está artificialmente fragmentada pelo isolamento de muitas disciplinas ou especialidades.” (Fremont-Smith, Discurso de abertura da oitava Conferência Macy, 1951)

Essas Conferências Macy, como se tornaram conhecidas, foram promovidas nos anos 50 pela fundação Josiah Macy Jr., que agregou cientistas como: Warren McCulloch, Walter Pitts (uso da lógica como modelo de estudo do cérebro), Heinz Von Foerster (cibernética de segunda ordem), Gregory Bateson, Margareth Mead, John Von Neumann (arquitetura binária dos computadores), Norbert Wiener (cibernética), Claude Shannon (teoria da informação). Todos esses indivíduos “cibernetistas” tornaram-se personagens históricos, como a geração fundadora da ciência e da tecnologia moderna. Nesse grupo também se identificam as origens da ciência cognitiva atual, como nos mostra Varela (Varela, Thompson & Rosch, 1996:38). A lista de nomes por si só é impressionante, e Varela nos dá uma noção do alcance e da influência das idéias desses cientistas:

- Uso da lógica matemática para o entendimento da operação do sistema nervoso
- Invenção das máquinas processadoras de informação (tais como os computadores digitais), postando as bases para a inteligência artificial
- Estabelecimento da metadisciplina da teoria de sistemas, que teve um imprinting em muitos ramos da ciência, como a engenharia (análise de sistemas, teoria do controle), biologia (fisiologia regulatória, ecologia), ciências sociais (terapia de família, antropologia estrutural, gerenciamento, estudos urbanos) e economia (teoria dos jogos)
- Teoria da informação como uma teoria estatística do sinal e dos canais de comunicação
- Primeiros exemplos de sistemas auto-organizadores.

Esse projeto/utopia de unificação da ciência é reconstituído em 1972 nos chamados “Colóquios da Abadia de Royamount”, onde se reuniu outro grupo de cientistas

renomados, alguns já com o prêmio Nobel, que incluía Henri Atlan, François Jacob, Jacques Monod, Humberto Maturana, Serge Moscovici, Maurice Godelier, entre outros tantos. Desde então, Morin desenvolveu seu trabalho sobre “O Método”, numa tentativa de articular diversos campos de conhecimento, buscando constituir um campo de investigação do conhecimento humano ou “conhecer o conhecer” a partir da noção de complexidade (Morin, 1978, 1978a, 1978b, 1987, 1988, 1989, 1992).

Mais recentemente, nos anos 80, uma outra iniciativa de “unificação” foi feita pelo grupo do Instituto Santa Fé (Novo México), dedicado a estudos de sistemas complexos adaptativos (Waldrop, 1993; Cowan, Pines & Meltzer, 1994; Morowitz & Singer, 1994). Curiosamente, essa nova empreitada também esteve abrigada em um convento (Convento de Christo Rey)! Qual seria a fé capaz de mover todos esses “gigantes” da ciência?

3.1.1. Antecedentes: das partes e do todo

Desde a Grécia antiga, Parmênides e Heráclito representam a oposição de visões de mundo fundamentais, entre o Fixo e o Móvel, entre o Uno e o Múltiplo. Na origem dessa polêmica estão questões ontológicas sobre a natureza do ser. Basicamente, há uma oposição entre uma concepção que toma o ser das coisas como estático e idêntico a si mesmo e outra que assume o ser como dinâmico, a cujo movimento é possível fazer um corte, ainda que esse corte seja sempre arbitrário. O ser de Parmênides é único, eterno, imutável, infinito e imóvel. Mas esse mundo, assim concebido, contradiz toda a nossa vivência e experiência sensorial, que percebe a mudança, o transitório, a finitude, a multiplicidade. Em resposta a esse tipo de objeção, Parmênides diz que a percepção sensível é ilusória e, conseqüentemente, postula a existência de dois mundos: um sensível e falso; o outro inteligível e autêntico.

A proposição de Parmênides implica que se aceite que, por um lado, perceber e pensar são absolutamente distintos e, por outro, que há identidade entre o ser e o pensar; o ser seria exatamente idêntico ao pensamento: “Ser e pensar é uma e só coisa” (Morente, 1980).

Historicamente, a concepção predominante tem sido a que privilegiou a visão parmenídica do Fixo e do Uno em detrimento do Móvel e do Múltiplo. Segundo Morente, Parmênides teria estabelecido as bases do realismo metafísico.

Se Platão pode ser considerado herdeiro de parte das idéias parmenídicas (a teoria da divisão de mundos, a adoção da razão ou da intuição intelectual como guia para o conhecer, e a dialética como a arte de discutir), Aristóteles vem a ser aquele que consolida num sistema filosófico a unificação dos dois mundos (intelectual-real, para Parmênides, ou intelectual-ideal, para Platão, e o mundo sensível) e perpetua uma metafísica realista até os nossos dias.

Aristóteles dissolve a oposição entre mundo ideal e mundo real, remetendo a questão para a ordem dos enunciados. Investigando os modos de enunciação ou predicação, isto é, do uso da linguagem nas relações entre a coisa dita e a coisa pensada/percebida, desenvolve as bases da lógica formal e um ordenamento das categorias, estabelecendo uma distinção entre substância, essência e acidente que configuram a estrutura do ser.

“Já Aristóteles considera que esta estrutura do ser é, ao mesmo tempo, estrutura do pensar; quer dizer, que Aristóteles já dá às categorias um sentido *ao mesmo tempo lógico e ontológico*. Do ponto de vista lógico, chama-as predicáveis ou predicamentos: são os atributos mais gerais que se podem fazer na formação de juízos. Do ponto de vista ontológico, considera-as como formas elementares de todo ser como aquelas formas que, impressas na matéria, constituem o mínimo de forma necessária para que o ser seja.” (Morente, 1986, grifos meus)

A fusão das dimensões lógica e ontológica cria as condições para que a Razão venha a se tornar o grande instrumento para o conhecimento das coisas, uma vez que "este mundo em que vivemos, o mundo sensível das coisas tangíveis e visíveis é, ao mesmo tempo, um mundo inteligível" (id., ibid.).

Sob o classicismo de Santo Tomás de Aquino, o sistema aristotélico, recorrendo à revelação cristã, se fundamentaria como fonte do conhecimento objetivo por meio da

"noção de um universo orgânico, vivo e espiritual", impregnado de inteligibilidade devido à sua origem divina, de um Deus inteligente.

No século XVII, Galileu e Descartes dão vida a um modo analítico de pensar, substituindo aquela imagem de um mundo orgânico por uma noção de mundo como uma máquina. O programa de Galileu restringiu a ciência aos fenômenos que poderiam ser medidos e quantificados, e Descartes cindiu o mundo em dois domínios distintos e separados, o da mente (*res cogitans*) e da matéria (*res extensa*). Essa visão supõe que as coisas do mundo material podem ser fragmentadas em partes cada vez menores e separadas e que, uma vez conhecidas as propriedades dos elementos fundamentais, indivisíveis, pode-se reconstituir e compreender o todo. A matemática é concebida como "a ciência geral que explica tudo aquilo que pode ser procurado na ordem e na medida, sem aplicação a nenhuma matéria especial" (Lalande, 1993).

Descartes teria assumido como missão unificar todos os conhecimentos humanos a partir de bases seguras, construindo um edifício científico plenamente iluminado pela verdade e, por isso mesmo, todo feito de certezas racionais. (Descartes, Vida e obra, *Os Pensadores*, 1979).

3.1.2. As ciências da vida: o todo maior que a soma das partes

O cartesianismo foi consolidado pelo sucesso da mecânica newtoniana e estendeu-se à fisiologia, com Willian Harvey e o seu modelo da circulação sanguínea. No entanto, os fisiologistas amargaram muitos insucessos com outros aspectos dos fenômenos biológicos e somente no século XVIII, com a química moderna de Lavoisier, "o mecanicismo cartesiano foi expresso no dogma segundo o qual as leis da biologia podem, em última análise, ser reduzidas às leis da física e da química" (Capra, 1996).

Os fenômenos biológicos poderiam ser conhecidos e explicados pela redução aos seus componentes ou partes fundamentais. Mas os seres vivos mostram características irredutíveis a essa fragmentação. Contra esse reducionismo levantaram-se vozes famosas

em defesa do todo, como Goethe que expressou sua insatisfação: "Cada criatura é apenas uma gradação padronizada de um grande todo harmonioso". Kant pensando as relações entre as partes e o todo teria sido um dos pioneiros a utilizar o termo "auto-organização":

“Devemos pensar em cada parte como um órgão que produz as outras partes (de modo que cada uma, reciprocamente, produz a outra). [...] Devido a isso, [o organismo] será tanto um ser organizado como auto-organizador.” (apud Capra, 1996, grifos nossos)

O que cabe aqui destacar é a importância que assume a apreensão das formas e padrões dinâmicos que compõem um conjunto de relações, de reciprocidade, de mútua interferência, organizadas num todo, ou em uma palavra, dos processos, em contraposição a uma visão centrada na substância das coisas. Se as relações são bi-multi-direcionais, a noção de causalidade linear e hierarquia natural se desfaz e não se pode mais determinar nem as causas primeiras nem tampouco sua ordem. A totalidade viva, com suas características de processo dinâmico, passa ao centro das atenções.

Alguns biólogos do século XVIII, estendendo essa noção de totalidade para os fenômenos dos organismos vivos, reavivaram a idéia do planeta Terra como um único organismo vivo presente na mitologia grega na figura da deusa Gaia. Essa concepção do planeta como uma totalidade viva voltou a ser proposta por James Lovelock e Lynn Margulis no início da década de 70 (Lovelock, 1987, 1991; Margulis, 1987, 1991).

A biologia do século XIX oscilou novamente para o reducionismo mecanicista, tendo gerado um conjunto de conhecimentos que incluem o pensamento evolucionista, a genética, a teoria celular de Virchow e a teoria microbiana das doenças com Pasteur. O grande êxito dessa abordagem obscureceu figuras como Claude Bernard, que destacava as relações entre os organismos e o seu meio ambiente, embora sua concepção de que os organismos detêm um meio interno que tende a manter um equilíbrio tenha se firmado, tendo sido retomada por Cannon, na década de 1920, com a noção de homeostase (Capra, *ibid.*).

No século XX, o holismo surgiu em diversas disciplinas, como uma perspectiva que recoloca a idéia de totalidades como portadoras de propriedades específicas do todo,

que desaparecem quando este é desmembrado e que não estão inscritas nas propriedades das partes. Nesse jogo entre o todo e as partes, o vitalismo surge como uma escola alternativa ao mecanicismo. A problemática da variação das formas biológicas, particularmente nos processos de desenvolvimento e diferenciação celular, não encontrava solução nos modelos reducionistas. A proposta vitalista hipostasia, diante da limitação do reducionismo mecanicista, que alguma força ou entidade não-física deve ser acrescentada às leis da física e da química para se entender as leis da vida. Por muito tempo, o holismo foi identificado com o vitalismo, e partilhou das mesmas críticas.

Capra faz uma distinção importante entre vitalismo e a corrente organicista que se formou na biologia do século XIX. Os biólogos, ditos "organicistas", enfatizavam os seres vivos como totalidades integradas e compartilhavam com os vitalistas a oposição à redução da biologia à física e à química; ambos aceitavam que as leis da física e da química poderiam ser aplicadas aos seres vivos, sendo porém insuficientes para explicá-los. Segundo Capra (1996), a diferença entre as duas correntes encontra-se na solução proposta. Enquanto os vitalistas propunham um ente ou força exterior, os biólogos organicistas afirmavam que "o ingrediente adicional é o entendimento da 'organização' ou das 'relações organizadoras'". Essa solução, que considera a organização ou as relações organizadoras como padrões de relações imanentes à estrutura física dos organismos, não necessita recorrer a entidades não-físicas, exteriores ao organismo. Capra reconhece no vitalismo uma origem comum ao mecanicismo no paradigma cartesiano, sendo que os vitalistas "apenas acrescentavam uma entidade não-física como o planejador ou diretor dos processos organizadores que desafiam explicações mecanicistas" e considera que a biologia organicista, por sua vez, seria a fonte das principais concepções que conformaram o pensamento sistêmico do século XX. Diversos autores da corrente organicista exploraram o problema da "forma biológica" e elaboraram noções como organização, configuração, relação [Ross Harrison], o termo sistema [Lawrence Henderson], a natureza hierárquica da organização dos seres vivos [Joseph Woodger], propriedades emergentes [C. D. Broad]. (Capra, *ibid.*).

Mas este novo modo de pensar não estava restrito aos biólogos. Na Física, o surgimento da física quântica abriu a “brecha” (Morin) para que o mundo newtoniano, até então sólido e material, fosse pulverizado num emaranhado de padrões e probabilidades.

“Esses padrões não representam probabilidades de coisas, mas sim probabilidades de interconexões. As partículas subatômicas não têm significado enquanto entidades isoladas, mas podem ser entendidas somente como interconexões, ou correlações, entre vários processos de observação e medida.” (Capra, 1996)

A Teoria da Indeterminação de Werner Heisenberg, além de dissolver o mundo da objetividade, põe como questão a implicação do observador na geração do conhecimento científico, minando as bases da noção de objetividade científica, fundada na neutralidade do observador sobre a observação.

Na Psicologia, os teóricos da Gestalt (Wertheimer, Kohler), diante do problema dos padrões e das formas, passaram a sustentar a idéia de que os “[...] organismos vivos percebem coisas não em termos de elementos isolados, mas como padrões perceptuais integrados — totalidades significativamente organizadas que exibem qualidades que estão ausentes me suas partes.” (id., *ibid.*)

Outro campo assinalado por Capra como precursor da Teoria de Sistemas é a Ecologia. Tendo inicialmente como objeto o estudo das relações entre organismo e mundo externo circunvizinho, ou seja, o organismo como uma totalidade nas suas relações com o seu meio ambiente, posteriormente passou a considerar comunidades inteiras como um “superorganismo”, mais tarde chamados de ecossistemas. A ecologia introduziu concepções como *rede*, *cadeia* e *comunidade*.

Tais noções assentaram as bases para o surgimento de um novo modo de pensar que enfatiza as conexões, as relações, os contextos e que considera as propriedades essenciais dos organismos vivos como propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. No organismo vivo, reconhecia-se “a existência de diferentes níveis de complexidade com diferentes tipos de leis operando em cada nível”. A concepção de

complexidade organizada passou a ser o foco da abordagem sistêmica. Múltiplos níveis, múltiplas leis, múltiplas variáveis. Começa a surgir a Complexidade.

3.1.3. A teoria sistêmica

Se há uma palavra que está presente em praticamente todas as áreas da ciência e, ao mesmo tempo, foi incorporada até no pensamento popular, creio que esta seja a palavra sistema. As principais noções que conformam o pensamento sistêmico, como vimos, foram elaboradas nos inícios do século e posteriormente deram origem a uma disciplina específica que se costuma denominar de Ciência Sistêmica ou Teoria de Sistemas. É curioso que, com toda essa difusão do termo sistema, poucos se dêem conta de que, ao falar de sistemas, participam de uma enorme mudança nas concepções de mundo que está se operando nas diversas disciplinas científicas.

Bertalanffy (1968) reivindica, de certo modo, a primazia na fundação da teoria de sistemas como uma disciplina, embora Capra aponte o autor russo Alexander Bogdanov como um predecessor, que, logo na primeira década do século XX, teria desenvolvido uma teoria de igual sofisticação e alcance, que denominara Tectologia ou Ciência das Estruturas e das Organizações.

“A tectologia deve esclarecer os modos de organização que se percebe existir na natureza e na atividade humana; em seguida, deve generalizar e sistematizar esses modos; posteriormente deverá explicá-los, isto é, propor esquemas abstratos de suas tendências e leis. [...] A tectologia lida com experiências organizacionais não deste ou daquele campo específico, mas de todos esses campos conjuntamente. Em outras palavras, a tectologia abrange os assuntos de todas as outras matérias.” (Bogdanov, apud Capra, 1996)

Mas não se pode deixar de reconhecer a Bertalanffy, com sua Teoria dos Sistemas Abertos e a Teoria Geral de Sistemas, o estabelecimento da ciência sistêmica como um "movimento científico de primeira grandeza".

“Teoria geral de sistemas é uma ciência geral do “todo” que, até agora, foi considerado um conceito vago, nebuloso, e semimetafísico. Em forma elaborada, seria uma disciplina lógico-matemática, em si mesma puramente formal, mas aplicável às várias ciências empíricas. Para as ciências que têm a ver com “todos organizados”, teria significado semelhante ao que a teoria da probabilidade tem para as ciências relativas a “eventos aleatórios”; estas também são disciplinas matemáticas formais que podem ser aplicadas aos mais diversos campos, como termodinâmica, experimentação biológica e médica, genéticas, estatísticas de seguro de vida etc..” (Bertalanffy, 1968:37)¹

Lazlo (1996) resume os contrastes entre a visão de mundo das disciplinas clássicas baseadas no atomismo e no mecanicismo, e a visão de mundo sistêmica:

Quadro 3 – Comparação de visões de mundo clássico vs. sistêmico. Adaptado de Laszlo, 1996:10-3.

Visão de mundo	Clássico	Sistêmico
Natureza/ Mundo	Máquina, composta de partes mecânicas	Organismo dotado de elementos insubstituíveis
Meio ambiente	Objetos separados de seu ambiente	Conexões e comunicações entre elementos e o meio
Matéria	Concebida como ente irreduzível e mensurável, previsível	Configuração de energias que fluem e interagem, e aceita processos probabilísticos e imprevisibilidade
Ethos	Acumulação de bens materiais, competição	Informação e educação e comunicação, cooperação
Economia/ energia	Uso intensivo e crescente de matérias-primas e outros recursos	Unidade do social e da economia; Desenvolvimento sustentável
Homem	Eurocêntrico	Diversidade das culturas humanas
Homem e natureza	Antropocêntrico	Homem como parte de um todo da natureza

¹ "General system theory, therefore, is a general science of 'wholeness' which up till now was considered a vague, hazy, and semi-metaphysical concept. In elaborate form it would be a logico-mathematical discipline, in itself purely formal but applicable to the various empirical sciences. For sciences concerned with 'organized wholes', it would be of similar significance to that which probability theory has for sciences concerned with "chance events"; the later, too, is a formal mathematical discipline which can be applied to most diverse fields, such as thermodynamics, biological and medical experimentation, genetics, life insurance statistics, etc.." (Bertalanffy, 1968:37).

Visão de mundo	Clássico	Sistêmico
Natureza/ Mundo	Máquina, composta de partes mecânicas	Organismo dotado de elementos insubstituíveis
Sociedade	Luta pela sobrevivência, individualismo	Cooperação e tolerância com a diversidade
Medicina	Corpo como máquina a ser reparada por intervenções e tratamentos impessoais; separação entre mente e corpo.	Corpo é composto partes que interagem entre si, e mente e corpo são inseparáveis. Atenção para a saúde o sistema como totalidade.

Mas o que é um sistema? O que quer dizer essa palavra? Uma definição clássica desde o campo da cibernética diz que um sistema é um conjunto de variáveis; segundo Ashby: “um objeto abstrato, consistindo em um número finito de variáveis associados a uma máquina” (apud Rosen, 1986). Máquina aqui tem o sentido de qualquer sistema material ou natural, contrastando com sistemas de idéias ou símbolos. Variável é uma quantidade mensurável que, a todo instante, tem um valor numérico definido (Rosen, 1986). Como um fenômeno pode apresentar um número infinito de variáveis, é o observador quem escolhe quais variáveis irão conformar o objeto abstrato. Mas essa escolha pode dar origem a uma infinidade de combinações possíveis. Ashby resolve essa questão com o conceito de “estado do sistema”.

O estado de um sistema abstrato é um conjunto de números ou conjunto dos valores que todas as variáveis de um sistema assumem em determinado instante. O comportamento da máquina original, a sequência de eventos temporais, vai refletir-se em uma sequência de estados de transição (conjuntos de novos valores) em qualquer conjunto finito de variáveis que selecionarmos da infinidade de variáveis possíveis. Aqui Ashby dá sua solução, propondo que desse infinito número de variáveis é possível identificar um subconjunto particular que ele denomina como “sistema estado-determinado”, isto é, um conjunto finito de variáveis que a qualquer instante têm seu estado de transição completamente determinado pelo estado presente (Rosen, 1986). Em decorrência disso, “[...] se seu estado interno [máquina e sistema] é conhecido, e as condições que o cercam,

então seu comportamento segue-se necessariamente".² A utilização da linguagem matemática na teoria sistêmica é o que conduz à afirmação acima "segue-se necessariamente", isto é, concebe-se que as transformações pelas quais um sistema passa, são passíveis de ser descritas como num processo de cálculo cujas soluções são necessárias e não contingentes. É claro que se trata de um método reducionista que nos leva a eliminar grande parte do que acontece, das possíveis variáveis, por razões metodológicas. Fica claro como a teoria de sistemas trabalha com a construção de modelos a partir de fenômenos observados. Assim, quando falamos de sistemas, estamos sempre falando de abstrações, de conjuntos de elementos ou variáveis que escolhemos para um modelo de certo fenômeno, para podermos tentar entender e explicar um fenômeno de modo preciso.

"Devemos tentar ser exatos em certos casos selecionados, esses casos sendo selecionados porque podemos ser exatos. Conhecendo esses casos exatos, podemos encarar a multidão de casos que não correspondem, usando a regra de que, se estamos satisfeitos, existe uma continuidade nas propriedades dos sistemas, então, até onde cada caso está próximo de um caso exato, assim suas propriedades serão também próximas àquelas mostradas pelo caso exato." (Ross Ashby, apud Rosen, 1986)

No entanto, ao mesmo tempo em que sustenta as vantagens da utilização de modelos matemáticos devido à não-ambigüidade, à possibilidade de deduções estritas, à verificabilidade pela observação dos dados, Bertalanffy afirma que

"Isso não significa que modelos formulados em linguagem comum serão menosprezados ou recusados. Um modelo verbal é melhor que nenhum modelo, ou que um modelo que, por poder ser formulado matematicamente, é imposto à força e falsifica a realidade." (Bertalanffy, 1968:24)³

2 "if its internal state [machine and system] is known, and its surrounding conditions, then its behavior follows necessarily..."

3 " This does not mean that models formulated in ordinary language are to be despised or refused. A verbal model is better than no model at all, or a model which, because it can be formulated mathematically, is forcibly imposed and falsifies reality."

Ou seja, embora se fie na linguagem matemática, pelas suas características de precisão como linguagem, Bertalanffy não confunde a descrição matemática com a realidade, ou, em outras palavras, a “realidade do modelo” não é a mesma coisa que a “realidade” do fenômeno. A linguagem matemática apenas atesta a existência de um algoritmo descritor que seria muito mais preciso e mais útil para a comunicação do que a linguagem comum.

“Pode ser preferível primeiro ter algum modelo não-matemático que, embora com suas limitações, expresse alguns aspectos previamente despercebidos, à espera de desenvolvimento futuro de um algoritmo satisfatório, em vez de começar com modelos matemáticos prematuros que seguem algoritmos conhecidos e, então, possivelmente restringem o campo de visão.” (Bertalanffy, *ibid.*)⁴

Os avanços no conhecimento da ciência moderna foram obtidos por meio da detecção de invariantes, na busca daqueles aspectos comuns subjacentes à diversidade dos fenômenos, ou seja, seguindo a tradição aristotélica, encontrando-se uma determinada substância comum. E essa substância veio a ser conhecida mediante a separação, divisão e eliminação dos aspectos não essenciais, restando apenas a matéria última, os blocos elementares de que é feito o mundo. Em outras palavras, por meio de abstrações, chegaríamos a conhecer a realidade última das coisas, o que pode parecer uma contradição, logo dissolvida pelo princípio de identidade entre o ser e o pensar. É esse método que costuma ser denominado reducionista, por supor que todos os fenômenos aparentes podem ser reduzidos a sua substância fundamental e a suas interações causais. A grande distinção entre a abordagem sistêmica e a abordagem reducionista repousa no foco da atenção do sujeito observador. Embora a abordagem sistêmica também busque por invariâncias e regularidades, estas não são entendidas como substâncias, mas como padrões dinâmicos de organização ou invariantes de organização.

⁴ “It may be preferable first to have some nonmathematical model with its shortcomings but expressing some previously unnoticed aspect, hoping for future development of a suitable algorithm, than to start with premature mathematical models following known algorithms and, therefore, possibly restricting the field of vision” (Bertalanffy, *ibid.*).

“[...] não o que uma coisa é per se, nem como uma coisa produz um efeito em uma outra coisa, mas sim como conjuntos de eventos são estruturados e como eles funcionam em relação ao seu “ambiente” — outros conjuntos de coisas, igualmente estruturados no espaço e tempo.” (Laszlo,1996:16)⁵

Embora aceitemos que a teoria sistêmica buscou uma alternativa ao reducionismo, consideramos que, em sua concepção original, ela continua a seguir os padrões da metafísica realista, com o pressuposto epistêmico da idéia da existência de um mundo real, dado aí, pronto a ser conhecido mediante modelizações matemáticas. Apesar da clareza em não se confundir o modelo com a realidade, assume-se que, por meio de nossos sentidos, podemos apreender uma realidade primeira, que pode ser descrita com suficiente fidedignidade, de modo objetivo. Dois requisitos básicos deveriam ser preenchidos:

“O primeiro desses requisitos exige que tudo o que quisermos chamar de ‘verdadeiro conhecimento’ tem que ser independente do sujeito cognoscente. O segundo requisito é que o conhecimento só será levado a sério se reivindica representar um mundo de ‘coisa-em-si’ de um modo mais ou menos verídico”. (Glaserfeld 1997)⁶

Desde Galileu, Descartes e Newton, esse dogma objetivista está presente e entranhado em nossa cultura ocidental contemporânea, não só nas atividades científicas, mas também em nosso viver cotidiano.

5 “[...] not what a thing is per se, nor how one thing produces an effect on one other thing, but rather how sets of events are structured and how they function in relation to their ‘environment’ — other sets of thing, likewise structured in space and time.” (Laszlo,1996:16)

6 “[...]The first of these requisites demands that whatever we would like to call “true knowledge” has to be independent of the knowing subject. The second requisite is that knowledge is to be taken seriously only if it claims to represent a world of “things-in-themselves” in a more or less veridical fashion” (Glaserfeld, 1997).

3.1.4. Cibernética de segunda ordem

Tradicionalmente, a abordagem sistêmica está ligada aos primórdios da cibernética. Capra sugere que os sistemistas tomaram o aspecto material da visão cartesiana enquanto os ciberneticistas tomaram o lado da coisa mental, que buscava criar modelos para a mente a partir de uma analogia do cérebro com as máquinas. Porém, se esse tipo de abordagem trouxe grandes avanços em todos os campos do conhecimento, também se mostrou limitada diante de fenômenos em que as variáveis eram por demais numerosas e por vezes muito difíceis de quantificar e medir. A teoria tinha dificuldades especialmente em lidar com os fenômenos biológicos, caracteristicamente históricos, contingentes e dinâmicos. Essa é uma das razões por que, no campo da saúde, a abordagem sistêmica, depois de ter tido forte influência por todo o período em que o planejamento normativo era hegemônico, sofreu muitas críticas (Campos, 1992; Testa, 1992) e passou a ser considerada ultrapassada.

Tais críticas eram de fato pertinentes diante da então vigente teoria geral de sistemas, basicamente voltada para sistemas de Primeira Ordem. Apenas com a inovação proposta por Heinz von Foerster, de introduzir a noção de sistemas cibernéticos de segunda ordem, é que podemos retomar a utilização da teoria de sistemas e a sua evolução como teoria dos sistemas complexos ou teoria da complexidade modificada por essa nova perspectiva. Mais recentemente, com o desenvolvimento de linguagens matemáticas mais sofisticadas, desenvolveram-se áreas como as teorias do Caos e de Fractais e a teoria de sistemas auto-organizadores.

O campo sistêmico e cibernético, ao se defrontar com sistemas cada vez mais complicados como sistemas vivos e sociais, deu novos frutos com os chamados sistemas complexos, particularmente no campo da biologia. A teoria da complexidade, como desdobramento da teoria geral de sistemas e da cibernética da segunda ordem, desenvolveu uma série de noções que possibilitaram a descrição e a formulação de hipóteses sobre sistemas complexos, em que o fenômeno da vida e da cognição pode ser estudado desde essas abordagens.

A abordagem dos sistemas complexos tem sido marcada por uma mudança radical nas concepções de base sobre a realidade e sobre o fazer científico. Pode-se dizer que, em sua maioria, enquadram-se em uma visão em que o “real” passa a ser apenas um construto. A realidade não estaria mais aí, dada para ser descoberta, mas construída. Isto é, perdeu-se a crença no poder das percepções de um mundo externo e independente do observador, mesmo que metódicas, como fonte de conhecimento. Cada vez mais aceita-se que a presença do observador no objeto observado é imanente, ou constitutiva do próprio objeto. O ponto de vista do observador está na raiz da realidade vivida e é inerente a ela. Essa intuição inicialmente surgiu com maior vigor a partir do campo da microfísica, com o conhecido princípio de indeterminabilidade de Heisenberg em 1930, e vem ganhando terreno e compreensão progressiva. Essa questão não é nova; há séculos posições objetivistas e solipsistas opõem-se sem cessar.

O que pode ser novidade é a tentativa de se manter no fio da navalha. Nem cá nem lá. Se não podemos afirmar a realidade a partir das percepções, de modo absoluto, também não podemos afirmar nem provar a sua não-existência de modo que a “objetividade é descartada (‘posta entre parênteses’) e as únicas realidades possíveis são realidades produzidas pelas operações de distinção de um observador”.(Glaserfeld, 1997)⁷

Além da inserção do observador na produção do conhecimento, outra mudança fundamental diz respeito à questão da estabilidade e da permanência do mundo. O mundo fixo e imutável vem sendo substituído por um mundo em constante transformação, em que a incerteza e a imprevisibilidade passam a ser aspectos fundantes. As limitações que os sistemas complexos colocavam ao conhecimento, em termos de insuficiência ou fragilidade, passam a ser vistas como constitutivas do real. Em resumo, um fenômeno complexo pode ser abordado desde um ponto de vista sistêmico, sem recorrer a um reducionismo mutilante (Morin,199-). Incertezas, imprevisibilidade e movimento hoje não precisam ser exorcizados dos objetos da ciência; ao contrário, eles são parte do desafio com o fim da era das certezas (Prigogine, 1997).

⁷ “objectivity is discarded (“put in parentheses”) and the only realities possible are realities brought forth by an observer's operations of distinction” (Glaserfeld, 1997).

O que substancialmente mudou com essas novas noções? Em primeiro lugar, a idéia de que os sistemas vivos, humanos ou não, são autocontroladores. Isto é, na primeira abordagem, o sistema controlador não levava em conta a presença do observador que operava a máquina. Hoje, pode-se dizer que os sistemas exigem a inclusão do controlador do controlador. Ou, em outras palavras, reconhece-se uma circularidade que é inerente a esses sistemas, introduzindo a problemática do observador e da objetividade – relatividade.

Este breve percurso levou-nos a um conjunto de noções que, legado das gerações passadas, nos serve como ferramentas de construção e de pensamento para um modelo explicativo da questão da cronicidade e dos processos que envolvem a gestão e o planejamento de sistemas de saúde mental em transformação.

3.2. Desinstitucionalização revisitada

Como mencionei acima, na experiência da reforma psiquiátrica italiana, e em especial no trabalho do grupo de Franco Basaglia, o conceito de desinstitucionalização tem um papel central, do qual tudo parte e para o qual tudo retorna; no entanto, encontra muitas dificuldades na sua explicitação e mesmo na sua compreensão. Em 1987 considerávamos que:

“A desinstitucionalização não poderia ser definida positivamente, seria uma incongruência lógica; podemos tentar delimitá-la negativamente, isto é, não é uma técnica, não é uma fórmula, não é um conjunto de normas, não se identifica com a análise institucional de Lourau e Lapassade, não é uma fórmula administrativa.” (Kinoshita, 1987:79)

Passados muitos anos, retomamos a questão e, de início, autocriticamente consideramos que a incongruência lógica apontada indica mais as nossas próprias insuficiências de pensamento e limitações das práticas e hoje não faz mais sentido. Por sua vez, a aproximação negativa da coisa se mantém. O que ainda nos parece problemático é que o termo, na medida da sua vagueza, acabou servindo como um “conceito guarda-chuva”, sob o qual podem caber muitas coisas. Assim consideramos necessária uma nova

tentativa de se esclarecer melhor esse termo de modo a contribuir para a constituição de nosso referencial teórico.

3.2.1. A "demarche" basagliana

Para um maior esclarecimento do termo desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica italiana, seguiremos o percurso intelectual de Franco Basaglia, pois, sendo o principal intelectual e líder daquele movimento, sua trajetória pode nos permitir acompanhar o processo de formação e constituição da noção. De modo esquemático, Ongaro Basaglia demarca quatro períodos distintos a seguir.

3.2.2. Na academia, o primeiro contato com a psiquiatria organicista.

Basaglia testemunha-nos que teve uma formação médica tradicional, dentro dos cânones da medicina positivista "que apresenta o seu objeto e os instrumentos da sua análise como dados fixos e indiscutíveis" (1981:XIX). Desde aquela época, já se faz presente sua atitude epistemológica crítica que observa a circularidade do discurso científico como "um jogo de provas e contraprovas" dentro de um campo previamente delimitado "em que cada pergunta tem uma resposta catalogada e catalogável, segundo critérios já codificados".

Naquele período, sua crítica fundamenta-se na percepção dessa circularidade que distanciaria a análise científica da realidade, uma vez que

"A análise se limita ao uso, ao emprego, à aplicação de métodos tomados como valores absolutos e não como instrumentos, verificáveis em relação à realidade que se quer verificar." (1981:XIX; grifos nossos)

A crítica epistemológica aponta para a insuficiência do reducionismo biologicista, que, ao fixar os fenômenos reduzindo-os a simples natureza objetivada, não

poderia dar conta do ser humano na sua totalidade; destacamos que essa exigência de maior complexidade o fez denunciar o caráter ideológico do discurso médico cientificista, no sentido marxiano, como “mistificação da realidade”, mas também o levou ao questionamento ontológico da realidade.

3.2.3. A aproximação com a fenomenologia

Na busca por uma abordagem mais abrangente do ser humano, entre 1956 e 1963, Basaglia aproximou-se da fenomenologia de Husserl, como uma reação ao reducionismo da psiquiatria organicista:

“É a tentativa de inserir a medicina num pensamento que leve em conta o homem na sua globalidade, para liberá-la da natureza objetual de sua relação com o paciente que compromete desde o início a validade da sua intervenção.” (1981:XX)

A fenomenologia existencial marcou profundamente sua formação e expressou-se em sua atitude prática, como dizia Basaglia, “colocar a doença entre parênteses para reencontrar o homem doente”. Por meio da “suspensão do juízo”, ou da *epoché*, seria possível tentar uma abordagem que escapasse do olhar naturalista que “objetifica” tudo, codificando e catalogando a realidade e considerando tudo o que não se coaduna com o código como antinatural. Basaglia persegue a idéia de restituir a subjetividade ao homem, pelo encontro do homem com o homem, como homens, e rejeita a atitude psiquiátrica que reduz o homem à coisa, a corpo alienado.

“Portanto se a subjetividade humana é o enigma central de toda ciência, o estudo das relações do eu com o próprio corpo, do corpo como corpo próprio com o corpo de outros será o centro de toda investigação psiquiátrica porque o “corpo” – na sua ambígua bipolaridade de sujeito-objeto – joga um papel no determinismo das modificações estruturais a que se assiste na patologia mental.” (1981:295, grifos nossos)

Basaglia tem a percepção aguda de que a “problemática do corpo”, ou melhor, de que essa bipolaridade sujeito-objeto encerra o grande problema da ciência. Assim,

avança na análise dessa problemática e identifica na *espontaneidade e na ambigüidade sujeito-objeto* uma das características da existência humana.

3.2.4. O encontro com o manicômio

O terceiro período é marcado pela entrada no manicômio. Em 1961, Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia. Esse confronto com a realidade violenta e excludente do manicômio, em contraste com o período acadêmico, gera um novo campo de tensão e crítica: a fenomenologia passa a ser criticada como

“[...] ideológica se aceita se limitar à simples elaboração modal dos dados, sem pôr em discussão as ligações que condicionam e determinam sua natureza; ou resulta insuficiente ou não suficientemente crítica [...] evidente no momento em que a elaboração intelectual se choca com a realidade do doente mental, tal como se apresenta na instituição psiquiátrica deputada à sua cura: o manicômio.” (Ongaro Basaglia, 1981:XXI)

A constatação do estado de destruição dos pacientes internados nos manicômios estimula a pesquisa pela compreensão dos mecanismos institucionais e da sua relação com a ciência e seus instrumentos. Podemos dizer que é nessa fase que o problema central passa a ser a temática da instituição, sua análise crítica e a ação de transformação prática. Inicialmente, a crítica se volta para as relações no interior do manicômio, para o problema da autoridade, do poder, do saber, para os mecanismos de constituição do prático-inerte e a necessidade de superação da inércia institucional. Mas, pouco a pouco, a percepção de que

“[...] os internados em nossos manicômios pertenciam todos a uma mesma classe social esclarecia a função das instituições manicômiais em uma ação explícita de controle dos elementos de distúrbio social, em que a doença tem um papel muito marginal.” (Rotelli, 1988)

Tal percepção conduz Basaglia ao que propriamente se denomina a negação da instituição e da psiquiatria enquanto ideologia. A constatação de que a instituição psiquiátrica é funcional a um sistema social dividido em classes entre opressores e

oprimidos, exploradores e explorados leva Basaglia a supor que o estado de destruição dos pacientes internados também era *funcional* ao sistema. Com a idéia de que o estado dos pacientes era produto da vida institucional e não da doença mental (enquanto processo), ele propõe a necessidade de se colocar a doença, *enquanto codificação e abstração institucionalizada*, entre parênteses para “[...]...buscar remover a superestrutura dada pela vida institucional, para poder individuar que parte teria jogado, no processo de destruição do doente, a doença e que parte a instituição.” (Basaglia, 1981:XXII)

3.2.5. O confronto com a sociedade: A liberdade é terapêutica.

As contradições da experiência de Gorizia, o período de grande turbulência político-cultural do final da década de 60, geraram o contexto para que Basaglia transpusesse os muros do manicômio. Desde o início, a experiência de Trieste buscou obstinadamente superar o manicômio e constituir alternativas no espaço da cidade. Contemporaneamente a essa radicalidade na criação de novos serviços, Basaglia direcionava a crítica à própria sociedade capitalista, à sua cultura maniqueísta e à sua divisão de classes. Nessa fase, a influência do marxismo e de Sartre irão acrescentar os elementos de radicalidade para compor a noção de desinstitucionalização.

De psiquiatra acadêmico a intelectual (fenomenólogo) crítico, de reformador institucional a revolucionário social, Franco Basaglia percorreu uma trajetória eminentemente crítica: epistemológica, ontológica, ética, política e social. Pode-se observar em seu pensamento um movimento totalizador, dialético, desde o corpo inerte ao corpo social. A noção de desinstitucionalização pode ser vista como um método que se constituiu nessa trajetória e é preenchida por temáticas de todas aquelas fases, que veremos mais adiante. Por ora interessa-nos apenas apontar que, se é uma noção forjada na crítica, também deve ser criticada. Basaglia identificou como “o enigma central” a subjetividade do homem expressa pela e na ambigüidade do corpo que é sujeito-objeto. Se a fenomenologia lhe proporcionou e permitiu esse olhar que, aparentemente, superava o reducionismo organicista valorizando a questão da subjetividade, ela deixou aberta a questão propriamente da articulação entre as vivências do homem e sua biologia. A negação do

biologismo pela fenomenologia, colocando a doença “entre parênteses”, não foi seguida por uma eventual síntese de uma “biologia fenomenológica”, mas deu-se um salto em direção à problemática das instituições e posteriormente à crítica sociopolítica, num tipo de fuga para totalizações mais abrangentes.

A ambigüidade identificada por Basaglia no corpo advém do fato de que ora tomamos o corpo como coisa, objeto a ser manipulado e que serve para manipular outros objetos, parte inerte que nos opõe e resiste ao mundo, ora o tomamos como corpo próprio, que nos põe em nosso mundo, vivido com outros. Essa ambigüidade pode ser vista como uma propriedade ou característica do corpo biológico, da matéria viva. Mas também podemos pensar que a ambigüidade não está na coisa fora, mas dentro, no próprio observador que muda constantemente de lugar para a observação das coisas. Assim, a ambigüidade inicial se duplica e torna a situação mais complicada. O enigma de Basaglia continuou irresoluto e permaneceu como brecha às críticas mais conservadoras, que o acusaram de “negar a existência da doença mental”, ambígua ou paradoxalmente subentendida como “fato cerebral”. Ou, mais recentemente, às críticas mais progressistas, que sugeriram a necessidade de um novo giro em direção à doença, recuperando a questão da clínica, do tratamento e uma tentativa de síntese numa Clínica dos Sujeitos:

“Então, colocar a “doença entre parênteses”, sim, mas apenas para permitir a reentrada em cena do paciente, do sujeito enfermo, mas, em seguida, agora, em homenagem a Basaglia, sem descartar o doente e o seu contexto, voltar a olhar também para a doença do doente concreto.” (Campos, G. W. 1997)

O que nos sugere que, na verdade, o enigma do corpo envolve e inclui a própria noção de doença estendendo ainda mais a ambigüidade. O próprio Basaglia expressa essa dificuldade: por vezes, dá a entender que a doença se refere a um processo biológico autônomo que pode ser contraposto à vida institucional; outras vezes parece relacionar a doença mental à vivência do ser-que-sofre-a-dor (dolente).

Do nosso ponto de vista, essa problemática da ambigüidade de o corpo ser sujeito-objeto remete a um conjunto de questões imbricadas entre si, expressas nos pares de

oposição das relações: mente e corpo, diacronia e sincronia; estrutura e história; indivíduo e sociedade, orgânico e inorgânico. O corpo torna-se um ponto de transição e um centro no qual múltiplas dimensões se entrecruzam. Em outros termos, seria preciso que pudéssemos articular desde a dimensão da dinâmica molecular que transita do estado de matéria inorgânica à matéria viva e vice-versa para constituir um corpo, até situar este corpo numa sociedade histórica, passando pela relação do eu com o corpo e do corpo com outros corpos. É neste sentido que entendemos a proposição do novo objeto complexo da psiquiatria “a existência-sofrimento dos pacientes em relação com o corpo social” (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990). Entendemos que esse “enigma da subjetividade” proposto por Basaglia poderia se tornar mais compreensível se recorrêssemos à Teoria da Autopoiese; poderia ainda ajudar a esclarecer a noção de (des)institucionalização e contribuir para uma maior compreensão da questão da cronicidade.

3.3. Introdução à Autopoiese — A autonomia do vivo

O trabalho de Maturana e Varela que dá origem à teoria da autopoiese data do início da década de 70 (*Biology of Cognition*, 1970; *Autopoiesis: the Organization of the Living*, 1973). Originalmente, é uma teoria que versa sobre a possibilidade de se explicar de modo mecanicista (em contraposição ao vitalismo) o fenômeno da vida e, mais especificamente, sobre um modelo explicativo para que uma unidade mínima, um sistema molecular, possa ser considerada como um ser vivo. Por outro lado, versa também sobre os processos da cognição, linguagem, evolução, adaptação e suas relações com o sistema nervoso.

O assunto de como a teoria da autopoiese pode ou deveria ser aplicada a sistemas sociais é um tópico de debate contínuo (Mingers, 1994). A teoria da autopoiese⁸ vem sendo estudada e aplicada no campo de pesquisa da administração de empresas

⁸ Whitacker sugere o uso do termo teoria da autopoiese em um sentido abrangente, que inclui o núcleo da teoria biológica, mas que se estende aos diferentes e divergentes desdobramentos posteriores que Maturana e Varela darão à teoria inicial, sem entrar nas polêmicas do campo.

particularmente pelos seus aspectos referentes à interatividade humana e aos sistemas sociais em que ela acontece. Whitaker, revisando o tema, aponta que esse ponto de interseção já foi empregado em análise social/administração e/ou das necessidades de tecnologia de informação. Na comunidade de tecnologia de informação, Winograd & Flores (1991) são os autores mais amplamente conhecidos que invocam a teoria da autopoiese analisando atividades de empresas. Morgan (1986) faz uso extenso de autopoiese, discutindo a forma, função e caráter de empreendimentos. Von Krogh & Roos (1995) aplicam princípios da teoria da autopoiese dispondo um esquema para edificação do conhecimento corporativo. Mingers (1994) analisa os pontos de semelhança entre a teoria da autopoiese e a teoria da estruturação do sociólogo Anthony Giddens (Whitaker, 1997).

3.3.1. Origens da teoria da autopoiese

A "Teoria da Autopoiese", como designa Randall Whitaker (1997), na verdade é uma teoria complexa, isto é, apresenta-se como um conjunto de noções articuladas de modo não trivial. Os autores desenvolveram suas idéias a partir dos impasses a que chegaram pelos resultados de suas investigações empíricas neurobiológicas, no campo da biologia da cognição. De um modo análogo à trajetória crítica de Basaglia, Maturana e Varela, diante da limitação dos modelos e esquemas conceituais, enveredaram por um caminho próprio e constituíram um corpo teórico original que tem implicações de ordem epistemológica, ontológica, metodológica e ética. Gerou-se um campo ou, como já foi sugerido, um novo paradigma (Garcia, 1987), que, além da biologia, difundida particularmente a partir dos anos 80, influenciou diversas áreas, como sociologia, direito, terapia familiar, inteligência artificial, administração e organizações (Mingers, 1995).

"O que faz com que a idéia da autopoiese, estritamente uma teoria da organização celular, adquira visibilidade e proeminência muito além da biologia profissional e seja capaz de afetar ou influenciar campos de saber tão afastados entre si? Minha resposta é que, em última análise, somente podemos compreender esse fenômeno porque a idéia contém "uma

base de sensibilidades históricas” de importância com as quais se alinha e ressoa.” (Varela, 1997)⁹

Segundo Varela, a idéia da autopoiese alinha-se com um projeto "cujo centro de interesse é a capacidade interpretativa do ser vivo", isto é, que concebe "o homem não como um agente que descobre o mundo, mas que o constitui" (id., ibid.). Essa tendência histórica, denominada por Varela como "giro ontológico da modernidade", não se sustenta mais no conhecer como uma representação mentalista nem na imagem do homem como um agente puramente racional. Dito de outro modo, alinha-se com um panorama histórico que vem substituindo o cartesianismo como imagem do mundo.

Do que trata esta teoria? Como já foi assinalado, a origem da teoria se dá no campo de pesquisas neurobiológicas. Trabalhando em duas frentes aparentemente díspares, na década de 1960, Humberto Maturana perseguia dois tipos de indagação: uma pergunta sobre o ser vivo e a outra sobre a cognição.

3.3.2. Primeira questão: O que é a organização do vivente?

Seguindo um caminho de *caracterização dos fenômenos focalizado na organização dos sistemas*, na linha dos biólogos organísmicos, Maturana perguntava-se: "Qual a característica *invariante* dos sistemas viventes em torno à qual operava a seleção natural?". Ou, em outros termos, qual seria a mudança ocorrida na matéria que permite dizer que houve o surgimento de sistemas orgânicos a partir da matéria inorgânica? Embora seja corrente que sabemos dizer quando estamos diante de um ser vivo, as tentativas de defini-lo a partir da enumeração de uma lista de propriedades como reprodução, hereditariedade, crescimento, irritabilidade, sempre terminam por deixar a pergunta suspensa. Afinal, quando saberemos se tal lista está completa? Ou como saber se a composição de propriedades é suficiente ou se algo foi deixado de fora? Usualmente

⁹ Prefácio da segunda edição de *De máquinas e seres vivos*, 20 anos depois da primeira edição.

recorremos às noções de função ou finalidade, buscando responder à questão com perguntas correlatas do tipo “como” e “para quê”, mas sem resolver a questão inicial.

Notando que esse método de abordagem e a linguagem empregada eram limitados e limitantes, Maturana busca uma nova perspectiva: a partir da fenomenologia dos seres vivos, eleger a autonomia dos sistemas vivos como sua característica fundamental e centra-se no seu estudo.

“Em outras palavras, qualquer tentativa para caracterizar os sistemas viventes com noções de propósito ou função está destinada a falhar porque estas noções são intrinsecamente referenciais e não podem ser utilizadas operacionalmente para caracterizar um sistema como uma entidade autônoma.” (Maturana, 1985)¹⁰

Maturana identifica que, para que um sistema pudesse ser caracterizado como uma unidade autônoma, não deveria recorrer a referências externas ao próprio sistema, isto é, para que pudesse ser descrito na sua *autonomia*, seria preciso *não recorrer a um contexto*. O que significava *recusar as formulações teleológicas e ou funcionalistas* e implicava que “deveria fazê-lo usando apenas relações locais realizadas por meio das propriedades dos componentes do sistema” (Maturana, 1985).

Ante a idéia circular de que os seres vivos são compostos por ácidos nucléicos que produzem proteínas e que estas compõem os ácidos nucléicos, ele percebe que os sistemas vivos são organizados de tal modo que tudo o que se verifica em relação aos sistemas viventes, enquanto sistemas viventes, verifica-se, necessária e constitutivamente em relação a eles mesmos. Propõe a denominação “sistemas auto-referenciais”, caracterizados por uma “circularidade básica”, isto é, que os seus componentes, ao operar, teriam como produto esses mesmos componentes e as mesmas relações que os constituiriam como unidades distintas, pois “ser definido como unidade por meio da auto-

¹⁰ “In altre parole, qualsiasi tentativo di caratterizzare i sistemi viventi con nozione di scopo o funzione era destinato a fallire perchè queste nozione sono intrinsecamente referenziali e non possono essere usate operativamente per caratterizzare un sistema come una entità autonoma.”

referencialidade era o seu modo de ter autonomia” (Maturana, 1985)¹¹. Essa circularidade básica é constituinte (condição) e constituída (atualizada) pelos sistemas vivos. Posteriormente, Maturana desenvolve a noção de Autopoiese, mais especificamente como:

“Uma máquina autopoietica é uma máquina organizada como um sistema de processos de produção de componentes concatenados de tal maneira que produzem componentes que: I) geram os processos (relações) de produção que os produzem através de suas contínuas interações e transformações, e II) constituem a máquina como uma unidade no espaço físico.” (Maturana & Varela, 1997:71) Considera-se então a autopoiese como a característica necessária e suficiente para se caracterizar qualquer sistema como *vivo*.

3.3.3. Segunda pergunta: O que acontece no fenômeno da percepção?

Na década de 1960, Maturana já era um pesquisador reconhecido, tendo publicado diversos artigos sobre a fisiologia da visão, juntamente com Jerry Y. Lettvin, W. S. McCulloch, e W. H. Pitts (1960, 1968), durante o período em que esteve na Universidade de Harvard e no M.I.T. (Maturana, 1985; Varela, 1997).

O pressuposto básico para aquelas pesquisas pode ser resumido na seguinte idéia: Existiria uma realidade objetiva (absoluta), externa ao animal, e independente deste (não determinada por ele), que poderia ser percebida (conhecida) pelo animal, o qual poderia utilizar a informação obtida por meio de sua percepção para calcular um comportamento adequado à situação percebida.

Esses pressupostos passaram a ser questionados por Maturana por volta de 1964, quando vinha estudando a visão de cores nos pombos.

“Neurofisiologicamente, nós não vimos nada de fundamentalmente diferente do que outros investigadores já tinham visto. Encontramos os tipos clássicos de células de ganglionares

¹¹ “[...] l'essere definito come unità per mezzo dell'auto-referenzialità era il loro modo di avere autonomia.”

da retina com preferências espectrais opostas, separadas, concêntricas e sobrepostas. Mas também achamos: a) que, embora a geometria dos campos receptivos das células ganglionares com preferências espectrais opostas não tivessem nada a ver com a geometria do objeto visual, a geometria do objeto visual tinha a ver com a resposta dessas células; e b) que não poderíamos dar razão para as experiências cromáticas múltiplas do observador que define uma correspondência entre o mundo colorido visível e a atividade do sistema nervoso, porque o sistema nervoso parecia usar relações geométricas para especificar distinções de cor. Uma abordagem diferente e uma diferente epistemologia eram necessárias.” (Maturana, 1985)¹²

Em seus experimentos, Maturana observa que *diferentes* combinações de comprimento de onda podem gerar a mesma experiência cromática, assim como as mesmas combinações de comprimentos de onda podem gerar distintas experiências cromáticas.

“Existem muitas configurações visuais, com configurações espectrais uniformes e variadas, em formas geométricas simples e complexas, que dão origem a experiências de cor indistinguíveis. Como deveriam ser buscadas então, se existe invariância na atividade do sistema nervoso, em relação à percepção das cores?” (id., *ibid.*)¹³

Graciano & Magro (1997) apontam três experimentos fundamentais que conduzem Maturana a sua nova teoria:

- um experimento com dois projetores de luz (um com luz branca e outro com luz vermelha, ambos com *slides* com mosaicos de quadrados em tons de cinza) sobre uma parede branca: vemos inicialmente um mosaico com diferentes tons de rosa e vermelho.

12 "Neurofisiologicamente non vedemmo niente di fondamentale diverso da quello che altri studiosi avevano già visto. Trovammo i classici tipi di cellule gangliari della retina con opposte preferenze spettrali separate, concentriche e sovrapposte. Ma trovammo anche: a) che sebbene la geometria dei campi ricettivi delle cellule gangliari con opposte preferenze spettrali non avesse nulla a che fare con la geometria dell'oggetto visuale, la geometria dell'oggetto visuale aveva a che fare con il responso di quelle cellule; e b) che non potevamo dar ragione delle molteplici esperienze cromatiche dell'osservatore definendo una corrispondenza del mondo colorato visibile con l'attività del sistema nervoso, perché il sistema nervoso sembrava usare relazioni geometriche per specificare distinzioni di colore. Un approccio diverso e una diversa epistemologia erano necessari."

13 "Ci sono molte configurazioni visuali, con composizioni spettrali uniformi e variegata, in forme geometriche semplici e complesse, che danno origine a esperienze di colore indistinguibili. Come dovrebbero essere cercate allora, se ci sono invarianze nell'attività del sistema nervoso, in relazione alla percezione del colore?"

Entretanto, se um dos *slides* for girado em 90°, a cor que se vê varia de tons de amarelo, verde, violeta e azul. Ou seja, mantidos os mesmos comprimentos de onda, podemos observar um mesmo objeto com diferentes cores;

- o fenômeno da constância das cores: ao projetar-se diferentes comprimentos de onda sobre um mosaico de diferentes cores, as cores do mosaico são vistas como sempre as mesmas;

- o fenômeno da sombra de cores que ocorre ao se iluminar uma superfície branca com duas fontes de luz (uma vermelha e outra branca): colocando-se um anteparo diante de um dos focos, pode-se observar sombras ora vermelho-escuro, ora verdes, que não correspondem ao comprimento de onda da luz de nenhum dos focos.

Dois tipos de argumentação, completamente díspares uma da outra, costumam ser utilizadas para se resolver essas questões. O primeiro, para explicar o fenômeno da constância das cores, assume que certos objetos do mundo físico têm a propriedade de refletir preferencialmente um determinado comprimento de onda, que, ao atingir a retina, as células ganglionares captam essa informação e representam uma cor particular, isto é, aceitam a correspondência entre objeto externo e sistema nervoso. O outro argumento vai numa direção oposta e afirma que a visão é um fenômeno subjetivo, determinado pela estrutura do sujeito cognoscente, cuja retina é composta por apenas três tipos de fotoreceptores (associados a ondas longas, médias e curtas). O fenômeno das cores seria produto dos diferentes graus de excitação e das diversas combinações dessas excitações na retina.

Como se pode observar, não havia uma teoria que pudesse explicar e esclarecer as aporias surgidas nos experimentos acima citados. “Nossa experiência de um mundo feito de objetos coloridos é literalmente independente da composição e dos comprimentos de ondas que partem de cada cena que olhamos.” (Maturana & Varela, 1995:65)

Neste ponto, Maturana vai propor uma nova abordagem do problema: se o pressuposto de correspondência entre mundo externo e sistema nervoso era uma abordagem inadequada, “[...] e se, em vez de tentar correlacionar a atividade na retina com os estímulos

físicos externos ao organismo, agíssemos de outro modo, e buscássemos correlacionar a atividade na retina com a experiência de visão de cores do sujeito?”¹⁴

Aqui, o que surpreende é que Maturana vai correlacionar a configuração das células ganglionares com a “experiência das cores do sujeito”; o que significa correlacionar um estado do sistema nervoso (a configuração ganglionar) com um outro estado do sistema nervoso (a experiência das cores, assumida como o estado do sistema nervoso na sua totalidade). Em outros termos, Maturana encontra a necessidade de “fechar” o sistema nervoso.

“O Sistema Nervoso constitui uma rede fechada de elementos celulares na qual toda mudança nas relações de atividade de alguns de seus componentes dispara uma mudança de atividade em outros componentes da rede, inclusive eles mesmos. O fechamento se dá como se o meio não existisse para a rede neural, assim como o espaço sináptico não importa como tal para a transmissão sináptica.”

Maturana, Uribe e Frenck (1968) demonstraram que tal abordagem permitia gerar o inteiro espaço de cores do observador.

Ao assumir que o sistema nervoso determina a atividade do próprio sistema nervoso, e que este não é mais determinado pelo mundo externo, Maturana chega a uma circularidade análoga à obtida em suas investigações sobre a organização dos sistemas vivos. O mundo externo não determinaria os estados do sistema nervoso, embora tivesse um papel desencadeador inicial¹⁵.

14 “E se, invece di tentare di correlare l'attività nella retina con gli stimoli fisici esterni all'organismo, avessimo fatto diversamente, ed avessimo cercato di correlare l'attività nella retina con l'esperienza del colore del soggetto?”

15 Embora tenha sido demonstrado que o córtex visual responde de modo distinto a características específicas de estímulos visuais, Varela destaca que “essas respostas ocorrem apenas em animais anestesiados em ambientes internos e externos extremamente simplificados” (Varela, 1989: 93)

“Os estados de atividade neural que são desencadeados pelas diferentes perturbações em cada pessoa são determinados por sua estrutura individual, e não pelas características do agente perturbador.” (Maturana & Varela, 1985)

Duas consequências imediatas decorrem dessa nova perspectiva. O fenômeno da percepção, até então suposto como uma atividade do sistema nervoso, capaz de captar informação do mundo externo e processá-la, de modo que o organismo pudesse adequar-se ao meio, passa a ser visto como o resultado de uma rede fechada de neurônios interagentes em que o meio circundante se limita a um desencadeador de estados do sistema nervoso sem, porém, determiná-los. “[A] nossa experiência está indissociavelmente amarrada à nossa estrutura. Não vemos o ‘espaço’ do mundo — vivemos nosso campo visual. Não vemos as ‘cores’ do mundo — vivemos nosso espaço cromático.” (Maturana & Varela, 1985)

Uma outra conclusão é que a percepção “real” do mundo não poderia ser distinta de uma alucinação, em termos de funcionamento do sistema nervoso¹⁶. Por consequência, o dogma objetivista sofre uma fratura enorme nas suas próprias bases experimentais. Uma segunda consequência foi a identificação da necessidade de uma nova linguagem que fosse adequada a essa nova abordagem dos processos cognitivos e da percepção.

Reformulando sua pergunta inicial: “Como o organismo obtém informação sobre o meio ambiente?”, Maturana agora pergunta: “Como sucede que o organismo *tenha a estrutura que lhe permite operar adequadamente no meio* em que existe?” (Maturana, 1986:28), e, ao fazê-lo, troca uma questão semântica por uma pergunta estrutural. Observe-se que “operar adequadamente” aqui não supõe “captar” ou “reconhecer” aspectos de um mundo aí, independente, já dado, mas significa primordialmente estar vivo.

¹⁶ Varela (1992:46) faz referência aos experimentos de Kosslyn, S. (Image and Mind, 1980) e Shepard & Metzler (Mental Rotation of three dimensional objects. Science, 171:701-3) que demonstram que uma imagem mental desencadeia uma reação análoga à de um objeto externo.

Compreender e explicar o fenômeno da percepção e da cognição exigia que se pudesse explicar a estrutura dos seres vivos, mas, ao mesmo tempo, compreender e explicar os seres vivos exigia que se pudesse explicar como percebemos e conhecemos as coisas....

No ano de 1969, Maturana, convidado por Heinz von Foerster a se apresentar num simpósio de antropologia, deixa o tema que lhe fora encomendado (O estado da arte da neurofisiologia da cognição) e pela primeira vez apresenta suas novas formulações, a partir da compreensão de que as duas linhas de pesquisa, cognição e funcionamento dos sistemas viventes, eram uma única e mesma coisa. Daí surge o seu ensaio “Biology of Cognition” (1970).

Nesse trabalho seminal, que só foi publicado em inglês em 1979 na *Boston Studies in the Philosophy of Science*, ainda não se elaborara propriamente o termo autopoiese. No entanto, ele já continha os elementos de uma fenomenologia biológica capaz de caracterizar a organização dos sistemas viventes, que resumimos a seguir.

3.3.4. Um sistemismo renovado

Uma das qualidades da abordagem sistêmica é que ela possibilita a distinção básica entre sistema e meio. Maturana percebe que este esquema básico Sistema e Meio (Sistema nervoso vs. Meio ou SnXM) não seria suficiente para gerar explicações sobre a cognição se no esquema de análise não se inserisse o próprio agente que faz a distinção, o Observador. Assim, o novo esquema passa a ser $[O] \Rightarrow [S \times M]$. Ao se perguntar sobre a cognição, isto é, sobre as condições do operar do próprio Observador, o sistema observado passa a ser o mesmo que observa, fechando-se um círculo. Essa característica circular aproxima Maturana da cibernética de Segunda Ordem de V. Foerster. Essa circularidade tem a implicação lógica de que a forma “A implica A” deixa de ser recusada como tautologia, e tem implicação epistemológica por romper com o dogma da separação entre sujeito observador e coisa observada.

“Esta percepção não só representa uma mudança fundamental do modo como conduzimos a ciência, mas também no modo como percebemos o ensino, a aprendizagem, o processo terapêutico, a administração organizacional, e assim por diante e — eu diria — de como percebemos relações em nossa vida diária.”¹⁷ (Von Foerster, 1992)

3.4. Tudo o que é dito é dito por um observador

Esse aforismo resume, na sua simplicidade, o primeiro ponto da teoria de alcance epistemológico e metodológico, surgido da análise da cognição como função biológica, centrado no Observador. Recordemos que uma das origens da “crise” do paradigma da ciência corrente foi a introdução da problemática do observador na geração do conhecimento científico, contrapondo “objetivismos” e “relativismos” extremados.

Para Maturana, o Observador, mais que fonte da crise, passa a ser “solução”. Ou melhor, ponto de partida:

“Um Observador é um ser humano, uma pessoa, um sistema vivo que pode fazer distinções e especificar aquilo que ele ou ela distingue como uma unidade, como uma entidade diferente de si mesmo ou de si mesma, e que pode ser usada para manipulações ou descrições em interações com outros observadores.” (Maturana, 1997:128)

Não há discurso sem um observador, sem um ponto de vista implícito, e ele implica sempre um outro observador, que pode ser ele mesmo (reflexivamente). Observar e discursar são fenômenos da esfera humana, implicados na vida de convivência (social) e contemporaneamente sujeitos a determinações biológicas.

¹⁷ This perception represents a fundamental change not only in the way we conduct science, but also how we perceive of teaching, of learning, of the therapeutic process, of organizational management, and so on and so forth; and — I would say — of how we perceive relationships in our daily life” (Von Foerster 1992).

3.4.1. Distinções

Um Observador, ao cortar o mundo em dois, estabelecendo as fronteiras de um sistema, separa um "isto" de um "aquilo", um sistema e um ambiente. Esta é uma das vantagens de uma abordagem sistêmica (Beer, 1986). Mas, como observa Varela (1979), distinções coexistem com propósitos, isto é, uma distinção é acompanhada de uma indicação, uma marca que dá prioridade a uma das partes distinguidas, um valor ou interesse que implica o observador na coisa observada.

Ao se operar uma distinção "[...] o estabelecimento das fronteiras do sistema está inescapavelmente associado a [...] um ponto de vista cognitivo, isto é, um conjunto particular de pressuposições e atitudes, uma perspectiva ou um frame no sentido de Bateson (1959) ou Goffman (1974)." (Varela, 1979)¹⁸

Mas, por outro lado, uma distinção realizada também revela as capacidades cognitivas (a Estrutura) daquele que faz a distinção. O que significa que o Observador só pode fazer as distinções que a sua Estrutura admite.

Aqui, Maturana e Varela propõem uma importante contribuição metodológica. Esses autores desenvolveram uma análise da situação cognitiva, por meio de uma "contabilidade" passo-a-passo, desdobrando-a em seus diversos aspectos lógicos e fenomenológicos. Uma "estratégia" importante é a distinção e manutenção de "modalidades" de discurso.

O observador pode tomar em consideração, simultaneamente, a entidade (sistema S) que observa e o universo (ambiente ou meio M) no qual aquela se encontra. Dessa consideração, deriva-se que o observador (O) pode interagir de modo independente, seja com a entidade observada ($O \leftrightarrow S$), seja com o seu ambiente ($O \leftrightarrow M$), e estabelecer

¹⁸ "[...] the establishment of system boundaries is inescapably associated with [...] a cognitive point of view, that is, a particular set of presuppositions and attitudes, a perspective or a frame in the sense of Bateson (1959) or Goffman (1974)".

interações que necessariamente estão fora do domínio de interações da entidade observada.
[O $\leftrightarrow$ M > O $\leftrightarrow$ S]

Essa condição do Observador de tomar em consideração ora o Sistema, ora o Meio e ora as interações entre Sistema e Meio, ou seja, ele pode interagir com a entidade observada e também com as relações desta entidade, de modo independente, implica que tanto a entidade quanto as suas relações, podem ser tomadas como unidades de interação distintas.

Descrever uma entidade significa enumerar as interações e as relações atuais ou potenciais da entidade descrita. O que exige que qualquer descrição implique pelo menos uma segunda entidade da qual a entidade observada possa ser distinguida e com a qual interage ou entra em relação. Esta segunda entidade que serve de referência pode ser qualquer uma, embora o referente final seja o próprio observador.

Com essas diretivas, Maturana remete o foco de atenção e toda a problemática do conhecer ao observador. É o observador que, ao distinguir uma entidade, faz emergir este ente desde um fundo (*background*) indiferenciado. Maturana considera como operação cognitiva básica o ato de distinção que, ao especificar uma unidade distinta desde um fundo, caracteriza a unidade e, concomitantemente, o fundo, com propriedades de que a operação de distinção as dota. Note-se que já não se trata de apreender as propriedades de uma coisa aí, já dada, mas que é o próprio ato de distinção, ou a operação efetuada por um Observador, que especifica as propriedades da coisa distinguida e contemporaneamente as propriedades do fundo.

3.4.2. Unidades simples e compostas, Organização e Estrutura

Ao se fazer uma distinção, surge uma entidade ou uma unidade. Essa distinção pode ser feita de modo *concreto* (apanhando ou apontando uma coisa) ou pode ser feita uma distinção *conceitual*, especificando um procedimento que destaca essa unidade de um *background*, que é especificado ao mesmo tempo.

Além disso, pode-se distinguir uma entidade como unidade simples ou como unidade composta. Uma unidade simples é especificada pela operação de distinção, isto é, as propriedades que caracterizam a unidade são indicadas e contrastadas com o fundo ou meio do qual se destaca a unidade no ato da distinção. Uma unidade composta surge ao se operar uma nova distinção que destaca, na entidade simples, os componentes, as partes separáveis, que integram aquela unidade.

O Observador, ao focar uma unidade simples, observa as interações da unidade como uma totalidade distinta de um meio, com características e propriedades próprias do todo.

Em uma unidade composta é possível operar, ainda, outras duas distinções:

A) O modo como as partes se relacionam entre si, isto é, as relações entre os componentes que permitem que se possa identificar a unidade como unidade, o que Maturana e Varela vão designar como Organização¹⁹. A Organização de uma unidade composta é o conjunto das relações entre os seus componentes que, mantidas invariantes, dão identidade à unidade. É a manutenção daquelas relações que permite identificar uma unidade ou entidade, como “a mesma” no decorrer do tempo. E é a Organização que define uma classe de unidades, ou seja, se duas unidades distintas tiverem a mesma Organização, então ambas pertencem a uma mesma classe. Quando uma entidade perde a sua Organização, então deixa de ser ela mesma, perde sua identidade de classe, podendo passar a ser outra coisa (um outro conjunto de relações se estabelece entre seus componentes, uma outra classe) ou, simplesmente, deixando de existir (desfaz-se como unidade, não havendo mais aquelas relações entre componentes). Como consequência, temos que é a Organização de uma unidade composta que determina a dinâmica de interações e transformações que uma unidade pode sofrer, mantendo-se com tal. Note-se que a Organização de uma unidade não especifica as propriedades dos componentes que realizam uma unidade como um sistema concreto. (Maturana, 1997,1985; Varela, 1979; Maturana e Varela, 1995).

¹⁹ O termo organização é utilizado em diversas áreas e no próprio senso comum, o que pode ser equivocado. No caso da teoria da autopoiese, ele tem sentido preciso, e utilizaremos Organização em maiúscula para distinguir dos usos correntes.

B) Uma unidade composta pode ser considerada em sua efetiva realização, incluindo os componentes e as suas relações que integram uma unidade particular, que compõe a sua Estrutura. Se a Organização especifica apenas as relações que se fazem necessárias para que os componentes constituam uma unidade pertencente a uma determinada classe, uma Organização pode ser realizada como uma unidade particular, concreta, em um dado espaço, de diversas maneiras, por diferentes componentes ou diferentes Estruturas. Isto é, uma Organização de uma determinada classe pode ser considerada independentemente (abstraída) das propriedades de seus componentes. E uma dada unidade pode ter sua Estrutura modificada nos seus componentes, sem perda de sua identidade de classe, desde que mantidas as relações definidas pela sua Organização. Embora as propriedades dos componentes de uma unidade não entrem na Organização que a define, para que uma unidade seja atualizada (realizada), constituindo uma unidade concreta, estes componentes devem deter propriedades que lhes permitam realizar tais relações. Uma unidade simples interage através da operação de suas propriedades (todo); uma unidade composta interage através das propriedades de seus componentes. Por isso, as unidades compostas interagem em dois domínios simultaneamente: naquele em que são unidades simples e naquele em que são unidades compostas.

Note-se na construção de Maturana & Varela a analogia entre a Organização e a discussão filosófica da distinção entre a noção de “conceito” e a “coisa”. Por exemplo, quando tomamos o conceito de cadeira, temos idéia do que é uma cadeira (Organização?), independentemente de características particulares (o seu estilo, do material, cor etc.; Estrutura?). E sabemos distingui-la de uma mesa, de um banco etc., mesmo se a cadeira se encontra virada de pernas para cima, deitada de lado, pendurada, ou debaixo d’água ou com o encosto frouxo (identidade de classe e variações estruturais). Assim como sabemos que, quando temos um conjunto desmontado de pernas, assento, encosto, ele não constitui efetivamente uma cadeira (perda da Organização e da identidade de classe). Cabe também destacar que nessa construção não há uma idéia de substância ou essência, de uma realidade primeira, mas de relações entre [possíveis] componentes que conformam uma unidade que é “trazida à tona” pela operação de distinção do observador. É o Observador que, no seu operar, faz emergir uma unidade.

3.4.3. Sistemas estruturalmente determinados

As unidades compostas estão determinadas na sua estrutura presente, em termos de componentes e relações existentes. Qualquer transformação ou mudança estrutural só pode ocorrer a partir da operação das propriedades dos componentes desta estrutura, segundo as próprias determinações. Isto é, suas interações como unidade composta só podem desencadear nela mudanças estruturais determinadas em sua estrutura, sem especificá-las. Ou, em outras palavras, que sistemas ou unidades estruturalmente determinados não admitem interações instrutivas, não podem ser modificados de modo específico por interações independentes, pois não existe mecanismo pelo qual o meio possa determinar as mudanças de estado de um sistema estruturalmente determinado. Neste sentido, segundo Maturana, a ciência só pode lidar com sistemas estruturalmente determinados.

3.4.4. Domínios de realidade

Uma outra consequência que o foco no observador suscita é a identificação de diferentes domínios fenomenológicos, correlatos aos diferentes pontos de vista cognitivos. Por outro lado, a estrutura de uma unidade composta determina as configurações estruturais do meio com as quais ela pode interagir. Então podemos sistematizar que a cada instante a estrutura de um sistema composto (estruturalmente determinado) determina:

- “a) seu domínio de mudanças estruturais possíveis sem perda de identidade de classe (com conservação da organização), que denomino seu domínio de mudanças de estado;
- b) seu domínio de interações estruturais possíveis, que desencadeiam nela mudanças de estado, que denomino domínio de perturbações possíveis;
- c) seu domínio de possíveis mudanças estruturais com perda da identidade de classe (perda da organização), que denomino seu domínio de desintegrações possíveis;

d) seu domínio de interações possíveis que desencadeiem nela uma desintegração, que denomino seu domínio de interações destrutivas possíveis.” (Maturana, 1997:85)

3.4.5. Explicação e explicação científica

Uma explicação é sempre uma reprodução ou reformulação intencional de um sistema ou fenômeno, por intermédio da proposição de um mecanismo gerativo, isto é, que mediante o seu operar gere o fenômeno. É mostrar como surgem os fenômenos por meio de uma proposição de um sistema conceitual ou concreto que se pretende ser isomórfico a modelos de sistema que geram o fenômeno observado.

Uma explicação é dirigida por um observador a outro, que deve aceitá-la ou rejeitá-la, admitindo que ela constitui um modelo do sistema ou fenômeno que se quer explicar. Fenômeno explicado é aquele que as relações ou os processos, que o definem como um sistema, foram intencionalmente reproduzidos por meio de um sistema conceitual ou concreto. Uma explicação científica, além do mecanismo gerativo, deve ser capaz de gerar outros fenômenos observáveis, não considerados para a formulação mas deduzidos a partir do primeiro fenômeno. O que distingue uma explicação científica de outros tipos de explicações pode ser creditado ao método de que os cientistas se utilizam.

Dois tipos diferentes de explicações científicas podem ser dados, em função dos critérios de validação *a priori* adotados: uma explicação mecanicista ou uma vitalista. É particularmente interessante e surpreendente o modo como Maturana analisa e distingue as explicações mecanicistas e vitalistas.

As explicações mecanicistas supõem, implícita ou explicitamente, que as propriedades do sistema ou fenômeno a ser explicado são geradas pelas relações entre os componentes do sistema ou pelas relações entre os processos constitutivos dos fenômenos, e não devem ser encontradas entre as propriedades desses componentes do sistema ou entre as características desses processos.

Ocorre aqui uma distinção entre o sistema ou fenômeno e os seus componentes ou processos, como tipos de unidades operacionalmente diferentes, isto é, que pertencem a conjuntos discretos que geram domínios fenomênicos que não se intersectam. O domínio fenomênico do sistema como unidade é distinto e operacionalmente diverso do domínio fenomênico de seus componentes. Mas, se são domínios distintos, como há correspondência entre eles? A resposta de Maturana é precisa:

“A relação de correspondência entre o domínio fenomênico gerado por um sistema e o domínio fenomênico gerado por seus componentes é assegurada pelo observador [...] através de suas interações independentes com o sistema e com seus componentes, e não indica uma redução fenomênica de um domínio a outro.” (Maturana, 1997:127, grifos nossos)

É o observador que, ao descrever o sistema, representa todos os fenômenos num mesmo domínio de descrição que é parte de seu (do observador) domínio cognitivo, ou seja, a relação de correspondência entre os domínios fenomênicos se estabelece através do observador.

Uma explicação vitalista seria aquela que assume que as propriedades do sistema, ou as características do fenômeno a ser explicado, devem ser encontradas entre as propriedades ou características de pelo menos um de seus componentes ou dos processos que constituem o sistema ou fenômeno.

Maturana dá como exemplo ou modelo de explicação mecanicista a seguinte proposição: "O peso de um corpo é a soma do peso de seus componentes." O "peso de um corpo" é uma propriedade de um corpo em seu domínio de existência, enquanto unidade, e é o fenômeno a ser explicado; a "soma" é a relação que o observador aplica aos componentes (unidades em um outro domínio fenomênico), definidos por sua propriedade "peso", em seu (do observador) domínio descritivo e que determina a propriedade peso do corpo.

Numa explicação vitalista, a propriedade "peso de um corpo" deveria ser procurada em um ou mais dos componentes do corpo, de modo que seria, por exemplo, a

"pesidade" de um ou mais componentes que determinaria a propriedade "peso do corpo". Poder-se-ia dizer que obviamente não há "pesidade", mas que é o peso dos componentes que determina o peso do corpo total. Normalmente referimo-nos desse modo à situação descrita, mas o que observa Maturana é que, na linguagem comum, desaparecem os passos específicos daquela operação, isto é, a relação "soma" que nós operamos, enquanto observadores, em nosso domínio descritivo.

3.4.6. Distinções e racionalidade dialética

Esse modo de indicar os processos de construção das coisas segue um esquema relativamente simples: distinção do movimento em ato (no gerúndio); recursão sobre o precedente, substantivando-se o movimento (particípio passado) em uma nova unidade; nova recursão pondo a nova unidade em movimento e assim por diante. Pode-se notar a semelhança entre este método e os processos de totalização de uma racionalidade dialética, segundo a crítica sartriana se compararmos o movimento das distinções com o das totalizações (cf. Sartre, 1979, em que se destaca a práxis individual como totalização). O movimento de totalizações em ato para a formação de totalidades totalizadas (inertes) e a sua entrada em novas totalizações. Cada passo de distinção se compara com cada determinação ou negação. Assim, uma distinção de uma distinção é análoga à famosa *negação da negação* geradora de uma nova positividade ou novo domínio fenomênico.

“Esta lógica das diferenciações seria um sistema abstrato de proposições referindo-se à multiplicidade possível das relações entre um todo e suas partes, entre as partes entre elas, diretamente e através da sua relação com o todo. [...] o conteúdo dessas proposições, ainda que elas sejam abstratas, não estaria vazio como nos juízos analíticos da lógica aristotélica; e, ainda que estas proposições sejam sintéticas, representam por si mesmas uma verdadeira inteligibilidade.” (Sartre, 1979:219)

3.5. Do inorgânico ao corpo vivo

A relação da matéria inorgânica com as coisas vivas, nós a vivenciamos através do nosso corpo. Na tradição positivista, esse corpo pode ser fragmentado em suas partes fundamentais e, conhecendo-as, poderíamos compreender e explicar o comportamento do corpo. No entanto, esse projeto fornece-nos apenas o corpo inerte, desprovido de vida. A alternativa fenomenológica se apresenta pela insuficiência do positivismo, porém nos põe nesse espaço de ambigüidade em que a vida parece se descolar da matéria.

Um primeiro desafio está em conseguir uma forma inteligível para explicar como da matéria física, como conjunto de moléculas desagregadas, poderia surgir um sistema orgânico, vivo, sem remeter a forças transcendentais ou místicas. A autopoiese surge como possível solução: a hipótese é que espontaneamente, sem nenhuma instrução prévia ou externa, um sistema molecular, pelas características de cada classe de moléculas e pelas suas interações, pode gerar uma cadeia de reações que: a) delimitam um espaço físico através de parte de seus componentes que conformam uma fronteira ou uma membrana, gerando um "dentro" e um "fora"; b) essa cadeia de reações tem por resultado a produção de componentes dessa mesma cadeia de reações que a realimentam e a mantêm; c) desde um posto de vista da cadeia de reações, ela configura um sistema circular fechado, isto é, as reações seguem as determinações da própria cadeia. Pode-se dizer que o sistema é aberto para trocas energéticas e moleculares através da atividade da sua membrana. Essa hipótese, formal, pôde ser demonstrada por Varela, Maturana e Uribe (1975) num modelo computacional num espaço bidimensional da tela do computador. Com um conjunto de regras de interação locais, produziu-se espontaneamente uma unidade distinta e que se automantém (Maturana & Varela, 1997:22).

"Um sistema autopoietico é organizado (definido como uma unidade) como uma cadeia de processos de produção (transformação e destruição) de componentes que produzem os componentes que: (1) pelas interações suas e transformações continuamente regenere e realize a cadeia de processos (relações) que os produziu; e (2) constitua (a máquina) como uma unidade concreta no espaço no qual eles existem, especificando o domínio topológico de sua realização como tal cadeia." (Varela, 1979: 13)

Destacamos que se torna possível (inteligível) gerar uma célula como uma unidade viva primária, organizada (autopoiética) desde o domínio de operação de um conjunto de moléculas dispersas que passam a formar seus componentes, originando um novo domínio fenomênico, em que a nova unidade molecular interage e opera com suas propriedades de unidade simples. Então fica claro que, ao surgir uma unidade viva, dois domínios fenomênicos se configuram: o domínio das interações dos seus componentes enquanto unidade composta, que continuam a interagir através das propriedades enquanto moléculas; o domínio de interação enquanto unidade viva (simples), enquanto célula num meio ambiente. Seres vivos são sistemas dinâmicos: sistemas que modificam continuamente a sua estrutura (deriva estrutural) de modo a manter invariável a sua organização. A estrutura corresponde aos componentes e às relações que o sistema realiza, a cada instante. Note-se que a cada instante o sistema está se modificando, em qualquer nível de descrição (molecular, celular, como subsistema, por ex. respiratório, ou como corpo).

3.5.1. Acoplamento estrutural

Quando um observador distingue um sistema vivo, estruturalmente determinado, destaca-o desde um meio. Pode-se, num segundo momento, tomar esse meio como um segundo sistema independente, também estruturalmente determinado, que interage com o sistema vivo. A história da dinâmica de transformações estruturais do sistema vivo é sua ontogenia; essa dinâmica pode ser desencadeada pela sua interação com o meio e/ou pela interação com a própria estrutura modificada. Por sua vez, o meio considerado como sistema sofre perturbações do sistema vivo e também passa por transformações em sua estrutura, de modo que sistema vivo e o meio desencadeiam-se mutuamente transformações estruturais. Quando o fluir de mudanças estruturais mútuas entre sistema e meio torna-se recorrente e adquire relativa estabilidade, ocorre o que se chama um acoplamento estrutural. O que ocorre é que sistema e meio, através de perturbações mútuas e transformações auto-referidas, geram um processo que podemos qualificar como seleção recíproca. O sistema vivo se mantém enquanto se mantém a sua

organização, que por sua vez depende da congruência estrutural dinâmica entre sistema e meio. Se essa congruência se rompe, o organismo morre ou se transforma em outra coisa. Neste contexto, pode-se compreender o conceito de adaptação, no sentido absoluto. Ou se está ou não se está adaptado, pois se não estiver adaptado o sistema está morto. O que implica também dizer que não há melhor ou pior, mais ou menos adaptado desde um ponto de vista biológico. Todo sistema vivo que se mantém vivo está adaptado e é biologicamente legítimo, até que morra.

É interessante apreender nesse esquema que, como observadores, podemos distinguir dois sistemas vivos (A / B) e relacioná-los num meio (M). Porém, desde o ponto de vista de cada um dos sistemas vivos, o outro sistema pode ser simplesmente considerado como parte integrante do meio e vice-versa ($A / M=B$; $B / M=A$).

3.5.2. Constituição do Corpo — organismos metacelulares

Quando dois sistemas vivos, unicelulares, estabelecem relações recorrentes e estáveis, podem ou derivar para uma imbricação de suas fronteiras (uma unidade incluindo totalmente a outra: simbiose) ou podem conservar seus limites individuais, mas, ao mesmo tempo, desenvolver uma coerência operacional conjunta que nos permite distingui-los com uma nova unidade metacelular. Esses sistemas metacelulares podem ser descritos como sistemas autopoieticos de segunda ordem (Maturana e Varela, 1995:124).

3.5.2.1. A descoberta do Movimento

A movimentação dos sistemas vivos é tão característica que, quando algo se movimenta, muitas vezes pensamos que “está vivo”. Assim é um dos aspectos teóricos que merece destaque, pois faz parte dos enigmas seculares: como a matéria pode mover-se, sem que haja uma força externa que a determina? Maturana sugere um esquema explicativo geral e abstrato. Dado um sistema unicelular em um meio, por exemplo, uma ameba; o meio modifica-se e gera um gradiente de concentração de uma substância X ; a célula é perturbada por essa diferença de gradiente X e, para conservar a sua organização, modifica

a estrutura de sua membrana em diferentes pontos para onde o protoplasma flui gerando os pseudópodes e os movimentos amebóides.

“O ciclo se repete, e a sequência de deslocamento da amebas se dá por meio da manutenção de uma correlação interna entre o grau de modificação de sua membrana e as modificações de seu protoplasma que chamamos de pseudópodes. Ou seja, cria-se uma correlação recorrente ou invariante entre uma área perturbada ou sensorial do organismo e uma superfície motora (ou capaz de produzir deslocamento), que mantém invariável um conjunto de relações internas na ameba.” (Maturana & Varela, 1995:177, grifos nossos)

Essa noção de correlação interna sensório-motora ocorre segundo sua determinação estrutural, isto é, não visa nem o movimento nem a substância X do meio, mas serve como coordenação interna. Em outros termos, não se trata de uma correlação dentro-fora, como uma representação que a ameba pudesse fazer do meio em relação à substância X. Mas tem consequências na conservação de sua autopoiese e, portanto, na preservação da vida. Poder-se-ia descrever a situação *como se* a ameba identificasse a substância X e se movimentasse em função de uma intenção em relação a essa substância. É o que Maturana e Varela designam como descrição semântica, pois não trata dos mecanismos efetivos do fenômeno, mas o observador atribui significado desde o seu ponto de vista, que é uma forma de correlacionar dois domínios fenomênicos que não se intersecam.

3.5.2.2. Sistema nervoso e correlações sensório-motoras

Seguindo o tópico anterior, quando se trata de organismos metacelulares é preciso recorrer ao sistema nervoso. O sistema nervoso, como já indicado anteriormente, não representa aspectos do mundo externo, mas estabelece correlações internas ao próprio sistema nervoso como um sistema operacionalmente fechado. Maturana e Varela propõem que esse sistema nervoso está acoplado estruturalmente com o “resto do corpo”, fazendo parte integrante dele. Esse acoplamento estrutural ocorre através das superfícies sensório-motoras do organismo. Tais superfícies formariam uma intersecção estrutural entre sistema

nervoso e organismo. Assim, pode-se compreender o paralelismo entre o domínio fenomênico do sistema nervoso e o domínio fenomênico do corpo como um todo, embora sejam domínios que não se intersecam. O sistema nervoso possibilita, com as extensas redes neurais, que partes muito distantes do organismo possam ser coordenadas simultaneamente a velocidades elevadíssimas. Desse modo, entende-se que, quando um organismo se movimenta, o sistema nervoso está realizando correlações sensório-motoras de múltiplos centros simultaneamente, mas não está movendo ou dirigindo o corpo; por sua vez, o corpo realiza modificações estruturais (de posturas) para manter sua organização. Novamente ocorre que “o operar do organismo, incluindo o sistema nervoso, seleciona as mudanças estruturais que lhe permitem continuar operando sem se desintegrar” (Maturana & Varela, 1995:198) e acaba selecionando as modificações estruturais que o meio vai sofrer, seguindo a sua deriva estrutural. Estabelece-se assim uma dinâmica em que sistema nervoso, organismo e meio fluem numa co-deriva de transformações estruturais contínua.

3.5.3. Condutas

Neste contexto, o termo conduta adquire um sentido particular e preciso: trata-se de um “fenômeno relacional que nós, como observadores, notamos entre o organismo e seu meio” (Maturana & Varela, 1995:198). Uma conduta pode ser classificada como inata ou aprendida quando podemos ter acesso à história das estruturas que a tornaram possível, uma vez que cada organismo tem uma história particular de deriva estrutural. Assim, podemos dizer que as transformações estruturais surgidas independentemente da história de interações de um organismo específico são geneticamente determinadas, ao passo que as condutas que tais estruturas possibilitam são instintivas. Por sua vez, as condutas decorrentes das circunstâncias das interações que o organismo teve durante a sua ontogenia são consideradas como condutas aprendidas e são contingentes com a história de cada indivíduo.

3.5.4. Comunicação e domínios consensuais

Dois organismos (multicelulares) podem interagir de modo recorrente e estabelecer um acoplamento estrutural que preserve a individualidade de cada um. Esse tipo de interação pode ser denominada como acoplamento de terceira ordem ou acoplamento social. O que ocorre é que, embora cada organismo siga um curso de mudanças contingentes com a história de interações com os outros, as condutas dos indivíduos passam a se orientar e a coordenar-se mutuamente gerando uma deriva estrutural co-ontogênica que dá lugar a um domínio de interações recorrentes ontogenicamente estabelecido entre eles, que aparece a um observador como *um domínio consensual de coordenações de ações ou distinções em um ambiente* ou “[...] um domínio de seqüências imbricadas (intercalados e mutuamente desencadeadores) de estados, estabelecida e determinada por interações ontogênicas entre sistemas plásticos estruturalmente estado-determinados.” (Maturana, 1975:316)

Essas unidades de terceira ordem geram uma fenomenologia particular em que “[...] os organismos participantes satisfazem suas ontogenias individuais, fundamentalmente, segundo seus acoplamentos mútuos na rede de interações recíprocas que formam ao constituir essas unidades de terceira ordem.” (Maturana & Varela, 1995:216)

Considera-se comunicação a coordenação comportamental que resulta de condutas geradas nesse âmbito e que podem ser descritas como condutas comunicativas. É importante ressaltar que, até aqui, comunicação não corresponde a transferência de informação, uma vez que sistemas estruturalmente determinados não admitem interações instrutivas, mas é a expressão do acoplamento estrutural ontogênico.

Um observador pode descrever essas condutas comunicativas como se o que as determinasse não fosse o acoplamento estrutural, mas o significado que o próprio observador lhes atribui. Podemos então distinguir um domínio de condutas coordenadas que podem ser associadas a termos semânticos, que se denominam domínio lingüístico, e a essas condutas lingüísticas.

“Ou seja, quando descrevemos as palavras como designadoras de objetos ou situações no mundo, fazemos, como observadores, uma descrição de um acoplamento estrutural que não

reflete a operação do sistema nervoso, posto que este não opera com representações.” (Maturana & Varela, 1995:232)

Sendo decorrente de uma deriva estrutural, um domínio lingüístico associa-se de modo contingente às palavras semânticas, “não há um desígnio, e sim um arcabouço *ad hoc* que vai se fazendo com os elementos disponíveis a cada momento” (Maturana & Varela, 1995:233).

3.5.5. Linguagem

Num domínio lingüístico, um observador pode tratar *a conduta de outros* como se fossem interações semânticas, de modo que as palavras denotam algo do *domínio comum entre seres humanos*, seja ele constituído de objetos, de estados de espírito, intenções etc.. Nos seres humanos, um aspecto fundamental é que um observador pode fazer descrições tratando *as outras descrições* como objetos ou elementos do domínio de interações. Ocorre uma *reflexão* em que uma descrição passa a ser elemento de uma segunda descrição (diferente repetição, de uma descrição de novo). Maturana estabelece que *uma linguagem* existe apenas quando tal reflexão lingüística acontece e o domínio lingüístico como totalidade passa a fazer parte do domínio de interações possíveis do observador. Então “os organismos participantes passam a operar num domínio semântico” (Maturana & Varela, 1995:233).

“A linguagem [...] é considerada normalmente um sistema denotativo de comunicação simbólica, composto de palavras que denotam entidades, a despeito do domínio no qual essas entidades podem existir. Porém, denotação não é uma operação primitiva. Requer acordo ou consenso para a especificação do denotante e o denotado. Então, se denotação não é uma operação primitiva, não pode ser uma operação lingüística primitiva. A linguagem tem de surgir como resultado de qualquer outra coisa que não requer denotação para seu estabelecimento, mas que dá lugar à língua com todas as suas implicações como um resultado necessário trivial. Esse processo fundamental é acoplamento estrutural

ontogênico que resulta no estabelecimento de um domínio consensual.” (Maturana, 1978:50)

A linguagem, mais que representar o mundo, funciona primordialmente como orientação mútua entre os participantes de uma interação lingüística. As palavras servem ao sujeito orientado a se orientar dentro de seu próprio domínio cognitivo, sem consideração pelo domínio cognitivo do orientador.

“Nenhum comportamento, nenhum gesto particular ou postura corporal constituem em si mesmos um elemento da linguagem, mas são parte dela desde que pertencentes a um fluxo recursivo de coordenações de consensual de conduta. Assim, palavras são só esses gestos, sons, comportamentos ou posturas corporais que participam como elementos consensuais no fluxo recursivo de coordenações consensuais de conduta que constitui a linguagem. Então, palavras são modos de coordenações de consensual de conduta.” (Maturana, 1989)

Esse fluxo recursivo de interações lingüísticas dá lugar a um domínio cooperativo de interações entre locutores pelo desenvolvimento de um quadro referencial comum, embora cada locutor aja exclusivamente dentro do domínio cognitivo próprio (Maturana & Varela, 1980:57). Por consequência, a linguagem é uma atividade, ação coordenada e coordenante entre interlocutores. “Disso resulta que a linguagem como processo não acontece no corpo (sistema nervoso) dos participantes do fluxo, mas no espaço de coordenações consensuais recursivas de conduta.” (Maturana, 1989)

A idéia de que a linguagem está no cérebro ou “na cabeça” das pessoas mostra-se inadequada, e destaca-se a noção de que a linguagem é um fenômeno dinâmico, que acontece no espaço de interações lingüísticas que os interlocutores conformam de modo consensual no viver cotidiano.

3.5.6. Emoções

Retornando a corporalidade, já sabemos que um organismo pode ter diferentes domínios de coerências operacionais “internas” que conformam as posturas corporais

dinâmicas pelas quais age e interage. Um observador pode chamar essas diferentes maneiras de interagir como estados de espírito ou emoções.

Uma emoção é um estado operacional ou disposição corporal dinâmica para a ação que define (especifica) um domínio de ações e interações possíveis nos quais o organismo observado se move; articula-se a dinâmica de mudanças estruturais dos componentes internos e a dinâmica de interações do organismos como corpo (totalidade) em um meio, de modo que os limites de transformação impostos pela dinâmica dos componentes ou fluxo de emoções delimitam um domínio de ações do organismo, “[...] toda vida animal ocorre sob um contínuo fluxo de emoções e estados de espírito (o emocionar) que muda os domínios de ações nos quais os organismos se movem e operam de maneira contingente com o curso de suas interações.” (Maturana, 1997:276)

3.5.7. Seres humanos e o “viver na linguagem”

Os seres humanos, como sistemas vivos, são coerentes com tudo o que se aplica aos sistemas vivos: desde a conservação da autopoiese no âmbito celular até a conservação do acoplamento estrutural de segunda ordem de seu organismo individual e ao acoplamento de terceira ordem como seres sociais. Na deriva estrutural, os organismos que fluem em interações recorrentes estabelecem um domínio de coordenação de ações ou condutas, admitidas pelas estruturas desde o início da interação.

A partir desse domínio, expandem-se em novos domínios de coordenações, contingentes com a história de interações; temos, então, um domínio consensual de ações ou condutas. Se tais coordenações consensuais de ações admitem uma descrição semântica, estaremos num domínio lingüístico de primeira ordem (Maturana, 1978; 1997:275).

De acordo com o que foi apresentado, condutas comunicativas e domínios lingüísticos não são exclusivos da espécie humana. Existem inúmeros exemplos de condutas comunicativas entre animais (Bonner, 1989). Mas o que nos diferencia de outros seres sociais é o nosso modo de viver na linguagem. Esta surge de uma recursão entre

organismos num domínio lingüístico de primeira ordem, gerando coordenações lingüísticas recursivas de ações ou um domínio lingüístico de segunda ordem. Até então, apenas a espécie humana pode recursivamente tomar suas condutas nesses domínios lingüísticos básicos como objetos. O que equivale a dizer que uma coordenação de conduta pode ser totalizada, distinta como uma unidade e servir de referência a novas coordenações de conduta. E nesta primeira reflexão constituem-se os objetos.

Vivemos em um mundo de objetos, isto é, um mundo de coordenações consensuais de condutas totalizadas, tornadas inertes, que servem de referência para outras coordenações consensuais; ou seja, vivemos na linguagem como seres linguajantes.²⁰ Pode-se seguir adiante num fluxo contínuo de operações de coordenações consensuais de coordenações consensuais de conduta (objetos) ou, pode-se efetuar uma segunda recursão, distinguindo uma distinção, isto é, podemos destacar a distinção que fez surgir o objeto do fluxo de coordenações de coordenações. Ou seja, nessa recursão, constitui-se o observar ou observ(a)ção.

Numa terceira recursão, distinguimos o distinguir e temos o surgimento do observador. “Além do mais, em, nós seres humanos, o emocionar é, em grande medida, consensual, e segue um curso entrelaçado com o linguajar em nossa história de interações com outros seres humanos.” (Maturana, 1997:276)

O processo de linguajar entre organismos ou de coordenação consensual de coordenação consensual de ações depende operacionalmente da operação do organismo individual que tem uma dinâmica estrutural, o emocionar, ou seja, para que ocorra o linguajar entre seres humanos “[...] é necessário que haja, nesses seres humanos, um fluir particular de disposições corporais que, momento após momento, os leve a permanecer em interações recorrentes.” (Maturana, 1997:276)

A Teoria da Autopoiese, para se manter coerente, fornece uma perspectiva particular sobre os seres humanos, uma “visão de homem” própria. Maturana considera que

²⁰ Os neologismos linguajar e linguajante conotam o privilégio que se dá aos aspectos dinâmicos dos fenômenos na Teoria da Autopoiese.

a característica fundamental dos seres humanos é o seu viver na linguagem. A teoria desenvolveu-se desde uma hipótese explicativa para a constituição de um ser vivo a partir de matéria inorgânica até alcançar os problemas das relações sociais humanas, tendo como fio condutor as determinações estruturais e as variações e contingências históricas das estruturas que conformam o observador e o seu mundo. Com esses novos subsídios, passaremos a rever o problema de “enigma do corpo” no próximo capítulo.

4. Pavilhão “P” – vários mundos para todos

[As Refeições]

As pessoas sentam-se mecanicamente. Cada um em seu lugar, que é sempre o mesmo, determinado por algum enfermeiro. Esperam que alguém venha trazer a comida. Enquanto isso, eles não se falam entre si, simplesmente esperam. Sempre seguindo alguns rituais, que repetem os mesmos movimentos, os mesmos olhares para nenhum lugar. Ninguém escolhe o que quer comer, mas eles só enchem a boca com qualquer coisa para mastigar, posta à mesa naquele momento. Quando lhes perguntam: “o que querem comer, o que preferem?”, ficam bloqueados. Parece que eles não acreditam mais que se pode escolher o que se quer comer, talvez eles nem mesmo saibam mais que diferença existe entre um macarrão, uma sopa de feijões ou de legumes. Porém, eles trazem tudo, sem um momento de alegria, sem nenhuma sensação. De fato, não faz diferença o que eles comem. É apenas um momento no qual uma lei fisiológica é completada, uma necessidade de sobrevivência. As enfermeiras dizem que, se não lhes dão de comer, os pacientes não conseguem comer por si. E eu acredito. Porque, depois de tantos anos aqui dentro, ...]

Essas são anotações pessoais do período em que trabalhei como voluntário na montagem de um grupo-apartamento para mulheres idosas, ditas crônicas, no Serviço de Saúde Mental de Trieste, Itália, em 1982. Havia terminado o 5º ano do curso de medicina na USP, e minha formação acadêmica fora dedicada a uma futura carreira na cirurgia. De fato, são observações quase leigas, pois minha ida a Trieste foi quase acidental, isto é, até então não tinha nenhum interesse pela psiquiatria e, posso dizer, nutria por ela até uma certa antipatia e mesmo desprezo, pois, para quem se habitua a ver o mundo através das lentes “objetivas”, do “cortar e costurar”, do “pôr a mão e resolver”, nada mais desprezível que a psiquiatria e os seus pacientes “sem cura”.

O que podemos sumarizar até aqui é que, ao nos referirmos aos pacientes como crônicos, percebemos que não conseguimos uma descrição satisfatória, embora as descrições semânticas sejam compreensíveis e aparentemente consensuais aos diversos autores. A dificuldade para se constituir um referente mais estável talvez se deva à própria

vivência que se tem ao se entrar em contato com pacientes internados por tempo muito longo. Nas nossas vivências cotidianas, interagimos com outros seres humanos, em grande medida, utilizando-nos de esquemas gestuais, faciais e mímicos, freqüentemente não conscientes. Assim, podemos compreender por que, mesmo quando em um encontro com indivíduos de língua ou cultura desconhecidas, temos a vivência de que uma “conexão” se estabelece.

A interação com os pacientes chamados crônicos se estabelece de certa forma desconcertante, pois temos a sensação de grande estranheza, como se os meios habituais de contato ou comunicação não funcionassem. Não nos percebemos como reconhecidos, e nossas ações ficam por um instante bloqueadas, em suspensão, em busca de pistas sobre como agir. As nossas ações e atitudes usuais parecem não servir para estabelecer uma conexão, ao menos naquele padrão que costumamos considerar “normal” ou comum de interação. Podemos dizer que temos uma vivência de perda de referências, de coordenadas.

Mas o texto em epígrafe mostra ainda que saltam aos olhos os aspectos corporais: corpos inertes, apáticos, que se movem apenas pela interferência dos enfermeiros; movem-se mecanicamente, isto é, enrijecidos e lentos; praticamente não há interações faladas, como se não houvesse linguagem.

4.1. Corpo institucionalizado

Sem dúvida, a primeira reação de discrepância que senti quando comecei a trabalhar no grupo-apartamento foi ao modo como aquelas velhinhas *não* se movimentavam como esperado. Situações das mais corriqueiras como uma troca de olhares não fluíam, mas causavam-me perplexidade, dúvidas e angústia. Usualmente, quando cruzamos com uma pessoa, mesmo que desconhecida, ocorre uma troca ainda que fortuita de olhares e de coordenações, que nos indicam que se estabelece uma certa reciprocidade (ou não): somos perturbados e somos perturbadores do outro. Eibl-Eibelfeldt (1978) mostrou que, nas mais diferentes culturas, encontramos esquemas de comportamento de saudação à distância, que podem ser considerados como “universais filogenéticos”:

“Assim, os índios waika, os aborígenes australianos, os bosquímanos, os papuas e os europeus, quando em situação de encontro amigável, utilizam os mesmos esquemas de comportamento [...] observamos que as pessoas sorriem e em seguida inclinam a cabeça; e, no momento em que erguem a cabeça para executar esse movimento, elas levantam rapidamente os supercílios, que permanecem nessa posição durante cerca de um sexto de segundo. É o que eu denomino “deflagrar de supercílio” (“*declic du sourcil*” ou “*eyebrow flash*”).” (Eibl-Eibelfeldt, 1978)

Esses estudos, baseados em filmagens para câmera lenta, sugerem que nesse tipo de interação, embora não tenham consciência do movimento que fazem nem de sua percepção, os indivíduos têm uma idéia ou uma “sensação” de aceitação e de reconhecimento como existentes¹. Mas aquelas mulheres não mais apresentavam esse comportamento espontâneo nem o suscitavam. Daí pode-se supor e avaliar quão profundas modificações seus corpos haviam sofrido durante o período de internação.

A temática do corpo sempre esteve presente no pensamento de Basaglia. A fenomenologia permitiu-lhe uma crítica desenvolvida a partir da análise da relação médico-paciente em geral, apontando as características da relação e suas implicações, para em seguida criticar a psiquiatria asilar e a cronificação institucional.

¹ Esse tipo de comportamento social inato, espontâneo, pode ser modificado, modulado pelas diferentes culturas. Parece que os japoneses tendem a reprimir esses movimentos, considerados indecentes, mas até mesmo as mulheres japonesas, ao se aproximarem de uma criança, acabam fazendo o movimento dos supercílios (Eibl-Eibelfeldt, 1978). Montagner, pesquisando a comunicação não-verbal em crianças de 2 a 4 anos, também mostrou que, quando uma criança assume uma postura com a cabeça inclinada sobre o ombro e à vezes sobre o tronco (acompanhada ou não de outros elementos posturais), essa postura “[...] desencadeia em outra criança um sorriso e/ou um conjunto de atos que podem ser mímicas, gestos (indicação de alguém ou alguma coisa com o braço estendido), emissões verbais em 90% dos casos” (Montagner, 1978:243). Buscou-se verificar a reação a essa postura, designada “comportamento de solicitação”, quando efetuada por adultos, em diversas situações (com brinquedos, com alimentos, com óculos escuros), e a correlação manteve-se elevada. Observou-se que as mães, quando solicitam uma resposta afetiva dos seus filhos, adotam essa postura espontaneamente. O autor concluiu que a função primordial dessa postura é o *estabelecimento ou o reforço de um laço* [afetivo] entre os indivíduos.

4.1.1. «Antes de sair foram verificadas fechaduras e doentes»

Basaglia distingue o “corpo que sofre oferecido ao médico para ser curado”, conotando uma concepção de corpo orgânico, biológico, do “corpo vivido” ou “corpo próprio”, o qual tem implicações subjetivas inerentes a essa apropriação corpórea. O modelo médico fundar-se-ia na relação do médico com o corpo do doente, “considerado pelo médico na sua nua materialidade, opacidade e objetualidade”, numa assimetria tal que a subjetividade do paciente não entra em consideração. Nos termos da fenomenologia existencial, Basaglia afirma que não ocorre um *encontro real*, mas o encontro de um sujeito (o médico) diante do corpo (do paciente), alienado de seu próprio sujeito que o significa.

“Neste sentido, o encontro entre médico e doente se atua através de um corpo anatômico que serve, ao mesmo tempo, como objeto de pesquisa e segundo pólo da relação. Não se trata, portanto, de um encontro real [...]; mas de um encontro entre um sujeito e um corpo que não tem outra alternativa senão ser objeto aos olhos de quem o examina.” (Basaglia, 1981:429)

Esta *falta de reciprocidade* impede que médico e paciente estabeleçam uma relação na qual um, ao objetificar o outro, também venha a ser objetificado pelo outro, num jogo no qual ambos os sujeitos se colocam como sujeito e objetos mútuos. Numa relação real, ambos os pólos da relação entrariam em jogo, e cada um se reconheceria como *Eu* através do *Corpo do Outro*.

Ressalte-se que Basaglia não critica o *ato* de objetificar, numa simples contraposição entre subjetivo e objetivo; a objetificação do outro faz parte da relação e é necessária para que o indivíduo possa se opor ao outro e se reconhecer e afirmar como sujeito. Isto é, o problema não está em tomar o corpo do outro como matéria, como coisa ou processo biológico. A questão é como se relacionar com o indivíduo que vivencia *este* corpo (que objetificamos), que precisa questionar o médico e opor-se a ele para reapropriar-se do corpo como *corpo vivido*, como *corpo próprio* e poder afirmar-se como sujeito. O que se critica é a falta da reciprocidade, isto é, a impossibilidade de que o doente possa se subjetivar a partir da oposição ao (corpo do) médico. Critica-se a alienação do sujeito do corpo objetificado.

A crítica basagliana é originariamente uma crítica ética e epistemológica dirigida ao reducionismo positivista da medicina, que lida apenas com o corpo que sofre, que busca uma compreensão do corpo vivido através da fenomenologia e da atitude antropológica. Pode-se dizer que a sua crítica é apenas um esquema, uma caricatura das efetivas relações interpessoais entre médico e paciente, como de fato admite Basaglia “até quando o médico sabe que pode resolver os problemas, até que se sente capaz de enfrentar e curar os distúrbios, a relação com o doente pode ainda ser uma relação vital, na qual se sente co-envolvido, humanamente presente.” (1981:432)

Ao deixar a academia e assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Basaglia teve de se confrontar com a situação dos pacientes crônicos internados nos hospitais psiquiátricos, o que o conduziu, posteriormente, à crítica sociopolítica dessas instituições. Estes dois aspectos (ético-epistemológico e sociopolítico) estarão sempre presentes no seu pensamento.

“Neste sentido, a realidade do assim chamado “crônico” dos nossos institutos evidencia uma fratura intransponível entre a psiquiatria e aquilo que deveria ser a finalidade de sua pesquisa. É pois a própria situação falimentar da psiquiatria asilar que nos autoriza a repropor o problema em termos muito mais gerais.” (1981:428)

4.1.2. Doente até que se prove o contrário

Basaglia dirige então sua crítica à psiquiatria asilar. Diferente do doente orgânico, o encontro entre médico e doente não pode mais se dar em relação a um corpo anatômico. O que deixa apenas duas possibilidades: ou de fato não ocorre encontro nenhum ou “[...] atua-se sobre um corpo que se presume de algum modo doente, operando uma ação objetivante de caráter pré-reflexivo, do qual se deduz a natureza da abordagem a estabelecer.” (1981:430)

Segundo Basaglia, a psiquiatria asilar se constituiu em torno de uma *presunção de doença*, uma vez que não consegue apontar o órgão doente e sobre ele incidir. Prescindindo de verificação com a realidade, essa *presunção* assumiu um caráter de verdade absoluta, como metafísica dogmática, sobre a qual a psiquiatria organizou suas instituições e impôs ao corpo do paciente que permanece, no entanto, como testemunha da incapacidade do médico de compreendê-lo.

Nesta situação, pode-se supor que o psiquiatra, inconscientemente, precisa negar a capacidade de testemunhar ao paciente, mas que simultaneamente também se aliena. “Semelhante processo de “coisificação” não pode ser de mão única e a “coisificação” do doente pressupõe – reciprocamente – a do médico, que não pode se expressar nem realizar o que deveriam ser as implicações subjetivas do seu corpo próprio.”(Basaglia, 1981:432)

O paciente psiquiátrico ver-se-ia constrangido a assumir um corpo objetivado, imposto pela instituição, construído sobre “esquemas, parâmetros, subdivisões na qual toda contradição foi negada”. Basaglia assume a posição de Goffman e afirma que a instituição de fato *constitui* o Eu do paciente, uma *nova identidade* “através do tipo de relação objetivante que se estabeleceu com ele e os estereótipos culturais com os quais o circundaram”. O paciente “incorporaria a imagem de si que a instituição lhe impôs” (1981:433).

Basaglia recorre a uma fábula sobre um homem que, após ter engolido uma serpente, passou a ser dominado e conduzido por ela (cf. Amarante, 1996) e a viver sob o seu jugo. A metáfora é bastante forte e compreensível, além de ser congruente com a “perfeita correspondência das regras da organização asilar àquilo que se torna o doente uma vez internado”.

A questão que nos parece importante, então, é *como* o paciente incorpora a nova identidade, o novo corpo? Como ocorre essa incorporação? Por quais processos passa o paciente de modo que podemos observar e descrever o que descrevemos?

A relação de objetificação por si só, como vimos, não significa que essa *incorporação* ocorra. Uma indicação de mecanismo gerativo é a noção de hábito: “uma disposição adquirida com a repetição dos mesmos atos”. Fazendo uma alusão crítica a Bleuler, que propunha que o paciente esquizofrênico “crônico” *deveria ser habituado ao instituto*, Basaglia ironiza sugerindo que *habituair* significa destruir sistematicamente todos os elementos pessoais, vivos do paciente através de “constrangimento” para receber o “novo corpo” institucional, que obriga o indivíduo a negar

“[...] todo desejo, toda ação, toda aspiração autônoma que o faria sentir-se ainda vivo e ainda si mesmo. Ele se torna um corpo vivido na instituição, para a instituição, a ponto de ser considerado parte integrante da sua própria estrutura física. *‘Antes de sair foram verificadas fechaduras e doentes.’*” (Basaglia, 1981:434)

Basaglia sugere que, na relação entre psiquiatra e paciente, o primeiro se salvaguarda afirmando “a sua linguagem como única, encerrando o doente no papel de *‘incompreensível’*, através de um ato de prevaricação”. Como seria essa prevaricação? Podemos entender que a crítica vai no sentido de que ao psiquiatra caberia buscar um meio de compreensão mútua com o paciente e não sancioná-lo no lugar de incompreensível, anulando *a priori* a validade da linguagem do paciente.

À objetificação extrema, em que não se considera nenhuma diferença qualitativa entre pacientes e fechaduras, agrega-se um ato de desqualificação do paciente enquanto agente de linguagem. Temos uma situação em que um indivíduo desqualifica o discurso do outro e se prevalece como detentor da verdade absoluta, inclusive e principalmente a verdade sobre este outro. Ainda que possamos compreender a opressão e o sofrimento dessas situações e nos pareça consistente e verossímil que objetificação, constrangimento, desqualificação da linguagem conotem modos de ação da instituição, não nos fica claro *como* essas ações institucionais interferem nos pacientes a ponto de fazê-los chegar ao estado em que chegam.

Em prisões também ocorre violência e opressão, mas os detentos não apresentam a mesma fenomenologia dos pacientes psiquiátricos. De modo semelhante, nos conventos o isolamento em relação ao mundo externo é por vezes maior que nos próprios

hospitais, mas não me parece que os monges se comportem como os pacientes crônicos. Podemos lembrar ainda outras situações, por exemplo nas instituições de tipo militar, nas quais as relações hierárquicas são fundamentais e por vezes extremadas, e ainda assim soldados não se comportam como doentes mentais crônicos. Goffman (1974), em seus estudos sobre instituições totais, demarcou semelhanças entre essas formas institucionais, mas não explorou muito as diferenças. A nosso ver, o autor buscava construir um tipo ideal para sua teoria das instituições totais e uma teoria da adaptação do ego diante das demandas institucionais, conjugando semelhanças e aspectos gerais, mas descartou as facetas particulares, isto é, não se propôs fornecer uma explicação para o fenômeno específico da “cronificação” que ocorre nas instituições psiquiátricas. Podemos supor que, no limite, mesmo sob a ação da hierarquia, da desqualificação do discurso, um indivíduo pode apelar à má-fé e simplesmente fingir. Fingir que aceita a instituição, que abandonou seus desejos e aspirações, que aceitou o “novo corpo”. Essa dificuldade não passa despercebida, e Basaglia argumenta:

“Nós nos perguntamos que coisa deveria fazer um doente a quem não lhe oferece nenhuma alternativa à vida asilar que não seja a submissão, a entrega ao médico ou ao chefe, e portanto a condição de colonizado.” (1981:435)

Goffman, ainda, comenta sobre a cultura dos indivíduos internados:

“Aparentemente as instituições totais não substituem algo já formado pela sua cultura específica; estamos diante de algo mais limitado do que aculturação ou assimilação. [...] Mas criam e mantêm um tipo específico de tensão entre o mundo doméstico e o mundo institucional, e usam essa tensão persistente como uma força estratégica para o controle de homens.” (1974:24)

Na perspectiva de Goffman, na instituição total um indivíduo viveria subjetivamente uma contraposição entre *mundo institucional* e *mundo doméstico*, que o deixaria de alguma forma mais vulnerável à manipulação e controle por parte da instituição. A adaptação do Eu do recruta, do recém-chegado dar-se-ia à medida que houvesse uma acomodação e um aprendizado gradual.

“Aprende a mover-se segundo o “sistema da ala”; constitui-se em uma série de níveis de vida que ocorrem no hospital, desde o “pior” ao “melhor”, compostos por privilégios referentes a atividades como passeios, alimentos, lugares para dormir etc., que são manipulados conforme o comportamento dos internos. [...] A institucionalização de níveis elementares da vida põe luz sobre a influência que o ambiente social exerce sobre a formação do eu.” (Goffman, 1974: 174)

As modificações e transformações do eu não teriam origem apenas em um processo de interação significativa entre o eu e os outros, mas também dependeriam do tipo de estrutura que se organiza em torno do paciente. As descrições de Goffman levam a pensar que permanece uma dualidade no paciente, um “Eu original”, escondido, e um “Eu institucional”, visível e adaptado às regras. Mas o que nos move aqui é a problemática daqueles pacientes cujos corpos efetivamente aparentam não ter mais eu algum.

4.1.3. Segunda doença: Design manicomial

Basaglia denominava o estado de destruição dos pacientes nos manicômios de “segunda doença” ou, simplesmente, “institucionalização”. Distingua assim esse estado daqueles quadros que os pacientes apresentam no início dos seus internamentos, indicando que institucionalizar significa “o sobrepor-se de uma doença à doença originária”.

Não encontramos explicação satisfatória para a institucionalização nas propriedades ou características individuais, seja de pacientes, seja de profissionais. O que significa dizer que o fenômeno acontece independentemente da intenção individual ou das propriedades individuais. Os profissionais também acabam sendo transformados em algum grau. Tampouco se trata de uma somatória de resultados da evolução natural das doenças. Desde um ponto de vista sistêmico, a institucionalização pode ser entendida como um fenômeno emergente, isto é, que é gerado na operação do sistema “manicômio” que, porém, não está inscrito nas suas propriedades dos componentes locais (indivíduos). Os fenômenos emergentes surgem como uma propriedade da totalidade dinâmica do operar do sistema, a partir do conjunto das relações e relações de relações entre os componentes de

um sistema. Seria possível que uma instituição, uma organização conseguisse produzir tal grau de destruição dos pacientes?

“Assim, desde que nós somos sistemas estruturalmente determinados, estamos abertos a qualquer manipulação estrutural que respeite as coerências estruturais adequadas para o domínio estrutural no qual acontece. Ou, o mesmo dito de modo mais geral e, de certo modo, mais notável e, ao mesmo tempo, mais terrificante: *qualquer coisa que nós podemos escolher projetar pode ser implementado, se o design respeita as coerências estruturais do domínio no qual acontece.*” (Maturana, 1997)

4.2. Caracterização sistêmica do manicômio

Na arena do debate da reforma psiquiátrica, muitos equívocos e tergiversações ocorrem no uso do termo manicômio. Propomos então uma caracterização sistêmica, específica, fazendo uso dos conceitos de Domínios fenomênicos, Organização e Estrutura apresentados no capítulo 3.

4.2.1. Manicômio e sociedade: unidade simples

Distinguir o sistema manicômio em relação ao seu meio e observar as relações e dinâmicas que se estabelecem neste domínio fenomênico é diferente de estudá-lo como unidade composta e sua dinâmica interna. As relações referentes entre sistema e sociedade são de outra ordem ou domínio; quer dizer que, embora sejam importantes no operar do sistema como um todo, não determinam o seu operar no plano da dinâmica dos seus componentes. Ou seja, a questão da tutela da saúde mental, quando vista a partir do Estado e suas instituições, em relação à sociedade, encontra-se num domínio diferente daquele onde operam os profissionais e os pacientes individualmente.

Consideradas como unidade simples, essas relações entre o manicômio e a sociedade já mereceram a atenção de diversos autores. Foucault, por exemplo, vendo os

manicômios como lugares nos quais a loucura foi encerrada, sugeriu que eles são o produto da tentativa de se enclausurar o trágico da vivência humana (Foucault, 1978) em função da afirmação da Razão. Se a Razão é o critério de legitimidade para se participar da sociedade, aquele indivíduo marcado pela desrazão estará sempre do outro lado da fronteira, sendo ilegítimo no espaço da cidade. Não pretendo aqui reiterar as análises que demonstram “que a psiquiatria não é uma disciplina teórica e uma técnica que sempre existiram” (Machado et al., 1978), em que o tratamento da loucura tornada doença encontra na constituição da psiquiatria o discurso médico adequado. Tampouco é preciso retomar as ambigüidades da constituição da psiquiatria, como braço de uma polícia médica. A tese que caracteriza a psiquiatria como prática de uma contradição (Castel, 1978) entre o mandato terapêutico de cura e o mandato de controle é consistente. Mas é possível derivar dessas proposições algumas consequências para nossos objetivos.

A exclusão da loucura do universo humano põe essa experiência no outro lado da razão, subtrai-lhe a legitimidade enquanto experiência humana. A exigência da sociedade de submeter o desarrazado a controle depende da distância que se interpõe entre a experiência humana legítima e a loucura. Por outro lado, a demanda por cura e tratamento da doença mental torna-se contraditória: Como posso humanizar aquele a quem já de início desqualifico como humano e de quem retiro a legitimidade? Ou a quem é imposta, como única possibilidade de legitimidade, a de ser um *legítimo corpo doente*? Apenas como corpo doente ele tem lugar na relação. E, como a doença é que é assumida como objeto da ação do médico, não há contradição com a “[...] recusa, da parte do instituto que tutela o paciente, de aceitá-lo na sua dignidade de homem conservando-lhe, mesmo na doença, o direito a um mínimo de autonomia e responsabilidade.” (Basaglia, 1981:286)

Na tradição da psiquiatria do século XIX, “os loucos de todo gênero” eram definidos essencialmente como “Perigoso para si e para outrem”, frase constante num carimbo circular, com todo o peso da formalidade institucional do Estado Italiano, invariavelmente presente em todos os prontuários psiquiátricos do antigo manicômio de Trieste. A relação entre sociedade e manicômio é basicamente uma relação de proteção da sociedade contra o doente mental realizada pelo manicômio. Nesse sentido, é uma relação assimétrica, praticamente unidirecional, em que os pacientes são seqüestrados e enviados

ao manicômio para ser custodiados. Se o médico se relaciona com um corpo *suposto doente*, a sociedade relaciona-se com a absoluta certeza da periculosidade.

No processo de transformação do hospital de Gorizia e com maior clareza durante a experiência de Trieste, Basaglia identifica novas facetas da relação manicômio sociedade: a imensa maioria dos internados nos manicômios era proveniente das classes proletária e subproletária, indicando que o manicômio não só era comprometido com os problemas de ordem pública de modo genérico, mas especificamente com os problemas do controle dos desviantes.

“O mandato social do técnico vem a ser então identificado em um ato de separação e de seqüestro de problemas e de conflitos sociais: a sua função se esclarece como controle e codificação separadas, funcionais ao ocultamento da natureza política das demandas que lhe eram dirigidas.” (Giannichedda, 1977)

4.2.2. O circuito do controle

Sintetizando a relação do manicômio com a sociedade nesta dupla demanda de controle do desvio e cura dos doentes, nesta ordem de prioridades, podemos abstrair ainda um pouco mais e identificar o manicômio como um componente de um sistema maior, de controle social, que os triestinos designaram como o *Circuito do Controle*. Esse sistema seria composto por todas as instituições voltadas para o controle das tensões sociais, através de uma forma de pensar e organizar as relações sociais em termos bipolares: saúde e doença, normal e anormal, loucura e razão, bom e mau, capaz e incapaz, honesto e delinqüente, que, ao se absolutizar um pólo como pura positividade, deixa imediatamente o outro no lugar da negatividade absoluta. Esse método permite dissolver as contradições do viver humano e naturalizar o Bem e o Mal, de modo a poder sempre normalizar um dos pólos e apontar o outro como culpado pelo mal e sancioná-lo, sem que se possa perceber a arbitrariedade da situação, o que é muito conveniente para aqueles que “seguram a faca pelo lado do cabo”.

Escolas, serviços de saúde, serviços sociais, polícia, numa sociedade capitalista, dividida em classes, são os componentes desse sistema que se direcionam exatamente às classes mais pobres, acolhendo suas demandas e fazendo-as percorrer o Circuito em busca da instituição que mais se ajusta a cada problema, anulando-lhes o potencial crítico. O interessante a destacar é que, nas relações internas ao Circuito do Controle, o manicômio tem uma topologia particular: situa-se numa posição relativa terminal em que recebe todos aqueles casos que não conseguiram ser normalizados pelas outras instituições. Podemos dizer que, neste sistema, o manicômio cumpre um papel redundante de controle social.

Mesmo considerando-se as situações de reformas implementadas, como vimos na experiência dos E.U.A., em que “a ‘estática’ da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela ‘dinâmica’ da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas” (Rotelli, Leonardis & Mauri, 1990:23), continua havendo um efeito de circuito entre estruturas de internação e serviços da comunidade, no qual os locais de internação “representam um ‘ponto de descarga’ necessário, temporário e recorrente.”(id.,ibid.) Além disso,

“O circuito é, entretanto, também uma espiral, ou seja, um mecanismo que alimenta os problemas e os torna crônicos. Não por acaso, o dilema central e dramáticos dos sistemas de saúde mental nascidos das reformas não são mais os velhos pacientes crônicos egressos dos hospitais psiquiátricos com a desospitalização, mas os novos crônicos.”(id., ibid.)

A presença do manicômio no circuito além de confirmar a necessidade do isolamento e de perpetuar uma cultura de medo e exclusão, dá forma aos conteúdos da demanda psiquiátrica, endereçando-a aos canais previamente determinados.

“Por estas razões, qualquer forma de sobrevivência do hospital psiquiátrico, mesmo se aparentemente periférica e quantitativamente reduzida, define, a partir de seu papel, a lógica de funcionamento dos circuitos dos quais faz parte; vive-versa a sua destruição representa a ruptura do coração espesso do mecanismo com o qual, no mundo da saúde, se fabrica a diversidade como ‘inferioridade’ e se preformem as respostas para invalidar-lhe a existência.” (Giannichedda, 1978:29)

4.2.3. Manicômio e sua dinâmica como unidade composta

Quais são as relações que caracterizam um manicômio, que lhe dão uma identidade de classe ou sua Organização? Basaglia nos dá uma resposta precisa:

“Uma organização baseada somente no princípio de autoridade, cujo objetivo primeiro seja a ordem e a eficiência (deve escolher entre a liberdade do doente e portanto da resistência que pode lhe opor) e o bom funcionamento da internação. Sempre se escolheu a eficiência, e o doente foi sacrificado em seu nome.” (1981:288)

Então um *manicômio* é um sistema auto-referente que se organiza tendo como relação principal o princípio de autoridade e do controle, ou seja, uma relação hierárquica que visa ao controle da ordem e da eficiência da própria instituição e opera pelo uso da força e da coerção para manter esse controle.

A hierarquia característica dos sistemas manicomiais pode ser descrita por uma escala em cujo topo está o Diretor Geral, passando pelos diversos níveis de *staff* médico, técnicos (psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, chamados *paramédicos*)², o corpo de enfermagem (que tem a sua hierarquia interna, por vezes altamente estratificada e regulamentada), pessoal de apoio (funcionários de limpeza, cozinha, manutenção). Finalmente, na base dessa escala, estão os pacientes. Entre os próprios pacientes costuma haver distinções hierárquicas entre grupos “alcoolistas”, “os bonzinhos”, “os maus”, e no último escalão “os crônicos”.

Toda hierarquia é, antes de tudo, uma estratificação de poder (e conseqüentemente de liberdade), mas o critério de classificação para esta escala pode ser descrito de modo geral pelo “grau de acesso ao real e às verdades”. No manicômio, o que vale é o acesso ao Real³ ou a posse do Saber; as ciências servem para legitimar e arbitrar os indivíduos quanto a esse Saber. O saber garante o direito ao exercício do controle sobre os

² É de notar a ambigüidade do termo *para*; no sentido etimológico a raiz grega indicaria um lugar “ao lado”, topológico, não necessariamente secundário; mas ‘para médico’ sugere também *a serviço do médico*. Não é à toa que esta designação é rejeitada por todos os profissionais sob ela catalogados.

níveis inferiores, e é o caminho para a ascensão. Por sua vez, o acesso ao Real franqueia o usufruto da Liberdade. Pode-se dizer que quanto menor o acesso ao Real maior é a necessidade de controle; ou seja, o Saber está em relação inversamente proporcional ao grau de coerção a que um indivíduo está submetido. O que significa que, de modo paradoxal, há maior carga de exigências e regras exatamente para aqueles que, presumivelmente, não têm condições de cumpri-las, gerando um círculo vicioso, pois o não-cumprimento das regras confirma a incapacidade e aumenta ainda mais as exigências.

Podemos então observar que os pacientes ditos crônicos estão colocados na base da pirâmide, o que significa que se considera que não têm acesso ou têm acesso mínimo ao Real, e portanto necessitam ser controlados ao máximo.

Basicamente, a metáfora de fundo da organização manicomial é a imagem de uma máquina que precisa controlar os indivíduos que a compõem para poder manter-se operando. Os indivíduos (pacientes e funcionários) são peças de um engenho mecânico cuja variação e instabilidade supostamente põem em risco todo o sistema. Assim, qualquer mudança nas rotinas é vista com temor. Em termos sistêmicos, trata-se de um sistema cibernético de primeira ordem, que autocontrola o operar de seus componentes dentro de parâmetros estreitos (o Real), que o conduzem a uma enorme rigidez.

A emoção básica dessa formação social é a autoridade, que se traduz pela vontade de subjugar o outro; ao lidar com os indivíduos nesses termos, as possibilidades de evolução ou individuação deles tendem a ser cada vez mais precárias e monolíticas. O que se espera deles é que sejam sempre iguais entre si e consigo mesmos. A variação é identificada como sinal patológico e deve ser penalizada.

Em resumo, o manicômio é um sistema caracterizado pelo princípio de autoridade, cuja emoção básica é a vontade de subjugar, composto por diversas instâncias dispostas hierarquicamente sob o critério prevalente de “mais saber”, que operam no controle e normalização de doentes mentais, tendo como variável fixa a sua própria

³ No presente período da história do Brasil, acesso ao REAL, curiosa e coincidentemente, também conota a situação socioeconômica do indivíduo, isto é, a sua origem de classe, e é congruente com o que foi dito até aqui.

organização e que se utiliza de todos os meios que detém para se manter como tal. Essa caracterização do sistema manicômio através da sua Organização, em termos formais, permite compreender que o manicômio pode ser Estruturado, isto é, fisicamente concretizado de diversas formas e sob diversas aparências. Ou seja, permite-nos identificar um sistema manicomial onde quer que esteja estruturado e servir como referência para uma luta contra o *manicomialismo*⁴. (De Salvia, 1977).

4.2.4. Estruturação do corpo institucionalizado

O manicômio leva os indivíduos, enquanto sistemas vivos, a estados cada vez mais simplificados, ou seja, cada vez menos criativos e com ações e comportamentos mais estereotipados. O homem tratado como máquina acaba funcionando como uma máquina inerte. Não tem mais vontade própria nem é capaz de corrigir e aprender. Sabe apenas responder aos comandos estereotipados do sistema que o controla.

Resta ainda estabelecer como essa dinâmica do sistema manicomial se relaciona com a estruturação dos pacientes após longos períodos de internação e nela interfere.

Recorrendo às noções da Teoria da Autopoiese apresentadas no capítulo anterior, assumimos que nós nos tornamos humanos pela interação recursiva na linguagem com outros seres humanos também imersos num mundo da linguagem. Esse processo de humanização ocorre no processo ontogenético, partindo de domínios de coordenação consensual de condutas que podem ser descritos como condutas semânticas, ou domínios lingüísticos básicos. Através da reflexão e da recursão sobre estas coordenações de condutas lingüísticas, damos lugar à linguagem propriamente dita, gerando um domínio de objetos ou de coordenação consensual de coordenação consensual de condutas.

⁴ O neologismo proposto por este autor serve para contrastar um processo de humanização e melhoramento dos hospitais e serviços psiquiátricos extra-hospitalares, congruentes com a ideologia burguesa, com uma proposta de uma alternativa às relações sociais de opressão e exploração que o manicômio sintetiza, como veremos mais adiante.

“O linguajar não é uma maneira de transmitir conhecimento ou informação. O linguajar é, em sua constituição, uma maneira de coexistência, uma maneira de viver juntos em coordenações recursivas de ações consensuais, de tal maneira que a estrutura dos participantes muda de modo contingente a sua participação nele.” (Méndez, Coddou & Maturana, 1998)

Esse linguajar permite novas recursões, de modo que cada nova coordenação pode ser totalizada num novo objeto e gerar novos domínios fenomenológicos. Além disso, vivemos nosso organismo que se expressa em emoções, que determinam domínios de possibilidades operacionais particulares, segundo as circunstâncias de cada emoção, no nossa deriva estrutural. No nosso cotidiano, vivemos com outros humanos numa deriva estrutural conjunta, num fluxo de linguajar e emocionar entrelaçados, que Maturana chama de conversar ou rede de conversações e que caracterizam nossa principal forma de acoplamento estrutural, de modo que a estrutura dos participantes muda de maneira contingente com a sua participação nessa dinâmica social.

“[Nós] linguajamos através de nossos corpos no fluxo de interações que constituem a linguagem, e nossos corpos estão em contínua mudança que segue um curso contingente a nossas interações na linguagem: nós nos transformamos em nossas conversações e geramos as conversações nas quais nos transformamos.” (Maturana, 1998:159)

Considerando essas premissas, e entendendo que a relação que se estabelece com alguém considerado ilegítimo *a priori*, como na situação do doente mental, não se configura como uma interação propriamente humana, mas como uma relação entre homem e coisa, nos perguntamos: que efeitos ser tratado reiteradamente como coisa produz num ser humano?

No dia-a-dia, qualquer pessoa pode, fortuitamente, entrar num ambiente em que não é considerado legítimo. Se desejar obter essa legitimidade e ser aceito nesse ambiente, busca interações nas quais se situar de modo a expressar a legitimidade do outro, de modo a ser reconhecido como legítimo interlocutor. Mas, se o sujeito deseja ser reconhecido para essa convivência e não obtém legitimidade, sente-se mal, fica angustiado, triste ou com raiva. Isto é, muda o seu estado emocional, que pode passar então a negar a legitimidade do

outro. Entra assim num estado que impossibilita a geração de um domínio consensual de conduta. E sofre. Esse mesmo indivíduo pode obstinadamente tentar insistir em obter legitimidade, isto é, em ser aceito, mas enquanto não se modificam os estados emocionais de ambas as partes da relação no sentido de uma mútua aceitação, serão tentativas inúteis. Podem-se gerar assim situações de sofrimento que se reiteram indefinidamente. Quando não quer ser aceito nesse ambiente ou não considera essa aceitação importante, o indivíduo simplesmente vai embora. Assim são selecionados os diversos espaços de convivência em que um indivíduo vive a sua vida.

Mas o manicômio é um lugar particular em que as pessoas consideradas loucas, isto é, desarrazoadas, têm a sua ilegitimidade decretada por definição. O argumento pineliano de que os loucos são humanos porém acometidos por doença e, por isso, merecem nossa compaixão não minimiza o fato de que a legitimidade da sua humanidade está sob júdice devido à doença mental e que, enquanto o tratamento não lhes restituir a razão, deverão permanecer encerrados nos hospitais. A doença mental seria o mal que consome a razão, e para poder restituir a razão e, portanto a legitimidade do indivíduo como ser humano, seria necessário debelar a doença.

É curioso notar que a histórica atribuição de doença feita por Pinel, por um lado, reafirma a humanidade dos loucos, mas, por outro, a suspende, condicionando-a ao tratamento. Há dois movimentos aqui: subtração de legitimidade e objetificação extrema a ponto de se pensar que estabelecemos interações instrutivas com os corpos dos pacientes. O louco é duas vezes ilegítimo: como humano [desarrazado] e também como corpo [suposto] doente.

As interações instrutivas caracterizam-se pela negação da determinação estrutural do sistema com o qual se interage e, por consequência, no caso de um sistema vivo, negação da sua autonomia. Que as interações entre médicos e pacientes não são instrutivas é evidente pela idéia bizarra de que bastaria um comando justo para que o paciente se curasse de seus males. O simples enunciado imperativo instruindo a conduta do organismo poderia resolver os problemas. Note-se que, em muitas situações de tratamento que não têm na ciência o seu enfoque conceitual, pode ser perfeitamente aceitável uma

interação instrutiva: o curandeiro, ao contatar com o ente maligno, dá uma ordem, em nome de uma força exterior de maior poder, para que o mal deixe o corpo ou a alma do indivíduo. Nesta situação, não se pressupõe que os sistemas sejam estruturalmente determinados, mas aceita-se que possam ser determinados por elementos transcendentais exteriores a eles.

Não é o caso da medicina, embora muitas vezes descrevamos as ações terapêuticas como se fossem interações instrutivas, e assim nos portemos em relação a elas. É comum que o médico imagine que, ao dar um medicamento a um paciente, esteja de alguma forma “instruindo” o corpo do paciente a se comportar de uma maneira determinada pelo próprio médico, sem se dar conta de que os estados do corpo só podem ser determinados pela estrutura presente, resultado de uma história de interações no fluir da deriva estrutural do sistema em seu meio.

Usualmente, essa ilusão não traz muitas consequências, pois, de fato, os medicamentos desencadeiam modificações estruturais que garantem sua eficácia e a descrição semântica faz sentido. Mas é interessante pensar como existem poucas substâncias que podem servir como “comandos” para o organismo e ser considerados como medicamentos, enquanto a maioria das substâncias poderia ser tóxica ou simplesmente não ter efeito significativo algum. No nosso caso, a metáfora da instrução ao organismo é ainda mais frágil, uma vez que estamos lidando com um *corpo suposto doente*. Pode-se levantar a objeção aqui de que os psicofármacos (antigos e novos) são uma *evidência* de que ocorre instrução, uma vez que eles “objetivamente” modificam a sintomatologia e o quadro clínico dos pacientes. Não se trata de negar a efetividade dos medicamentos; porém, o que estamos propondo é uma interpretação diferente da situação: os fármacos não podem instruir nem determinar os estados do organismo ou do sistema nervoso, pois isso romperia com a determinação estrutural; o que acontece é que eles desencadeiam mudanças estruturais determinadas pela estrutura do sistema na sua circunstância. E isso significa que o organismo se modifica estruturalmente, mas “se a descoberta dos fármacos modificou as reações do doente ao tipo de relação que a instituição lhe impunha, porém não serviu para modificar em conformidade a própria relação” (Basaglia, 1981:431).

Ou, como vimos anteriormente no caso da experiência com a insulina⁵, a atitude positiva interessada dos profissionais e, portanto, a *relação*, tem uma importância determinante. No entanto, é freqüente a atitude inversa, predominando os aspectos coercitivos, de controle, em que se lança mão dos fármacos para tornar inócua e inofensiva a ação dos pacientes em relação à instituição. Essa atitude se concretiza em prescrições médicas que, não bastasse a politerapia associando dois ou mais neurolépticos, hipnóticos, antiepilépticos, antidepressivos, antiparkinsonianos, muitas vezes numa única prescrição, usualmente limitam-se a subdoses não terapêuticas que, embora ineficazes, garantem a passividade do paciente. Quando participei da intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, pudemos observar que isso acontecia com enorme freqüência (Kinoshita, 1996).

Basaglia por outro lado considerava que o grande mérito dos fármacos é o de “ter evidenciado, para além dos sintomas do doente, um homem ainda vivo e real, cuja reabilitação se impunha com a angústia e a consciência de todo ato de reparação” (id., *ibid.*).

Deslegitimação, objetificação e contenção química seriam suficientes para que o paciente incorporasse o “novo corpo institucional”? Mas como isso opera?

A situação de internação não é espontânea, é involuntária na maioria das vezes. Inicialmente, um indivíduo “espontaneamente” resiste a estar internado. Luta com todos os meios para não ser internado. Fala, discute, briga, seduz. Gera-se uma situação em que, ao tentar negar sua insanidade e a necessidade de internação, acaba por confirmar a necessidade de internação (de controle); quanto maior a força com que resiste, mais identificado como pouco razoável e violento e, portanto, necessitado de tratamento (a internação); se nega estar a doente (não sou louco!), sempre pode ser entendido como “desprovido de autocritica” e portanto perigoso, sujeito, uma vez mais, a internação. Muitas situações de “violência explícita” acontecem exatamente quando alguém toma a iniciativa de tratar (internar) o indivíduo. É comum que familiares digam que “já toleraram o máximo

⁵ Cf. Cap. I

e agora só resta a internação", embora tolerar signifique muitas vezes apenas não interferir, deixar correr, "sofrer calado". Nas situações iniciais, o indivíduo, mesmo adoecido, mantém-se ativo, lutando por suas idéias e condutas (independente de qualquer juízo de seus conteúdos), mas toda esta resistência é considerada ou como sintoma da própria doença ou como reações psicológicas defensivas. Contudo, sabemos que se essa internação se prolongar por muito tempo, o indivíduo pode tornar-se um "crônico". Como poderia isso ocorrer?

Inicialmente, tendemos a pensar em termos de uma dinâmica de motivos, frustrações e reações de cunho psicológico, o que nos obrigaria a chegar a noções do tipo "regressão", que expressam um certo princípio inteligível, mas não constituem um mecanismo gerativo. Basaglia faz o seguinte comentário:

"Reduzido a um campo de possibilidades que não lhe consente saída, que não lhe solicita nenhuma participação, nem uma intervenção pessoal, mas, ao contrário, *reprime todo impulso, cada movimento individual em nome da ordem e da eficiência*, não lhe restará senão anular-se, aceitando como lógica de sua objetivação nas regras do instituto que o determinam, definitivamente institucionalizado." (1981:286, grifos nossos)

Nesta passagem, institucionalizar-se seria como que o resultado de uma auto-anulação, de uma capitulação para garantir-se a sobrevivência. Mas, ainda assim, esse caminho continua a supor um sujeito ativo transcendente para ser capaz de auto-anular-se, de capitular, como resultado de um cálculo instrumental, e que restaria escondido, o que não condiz com as descrições dos ditos crônicos.

A questão é como ocorre a repressão aos *impulsos* e ao *movimento individual*? A resposta é simples: pela força. E, antes de tudo, pela força física. Se todas as instituições totais têm um certo grau de coerção, o manicômio tem aspectos particulares, a deslegitimação da linguagem e objetificação: o ideal do controle é o corpo absolutamente inerte. E, nesse sentido, a *instituição age para que o internado não se mova* em nenhum espaço, mas seja apenas *movido*, começando pelo espaço físico. Quando um indivíduo tenta se mover por conta própria, esse movimento é imediatamente reconhecido como *sinal ou sintoma* e conseqüentemente deve ser abolido. E isso é feito pelo uso da força. O paciente

sofre uma desapropriação concreta do corpo., Já não existe distância entre o corpo e o corpo da instituição, isto é, o corpo só se move como corpo da instituição. Destitui-se da linguagem e da titularidade do corpo. Quais as consequências dessa dupla desapropriação? A instituição deslegitima o paciente como participante do espaço da linguagem, isto é, recusa qualquer conversação (como entrelaçamento do linguajar e do emocionar) e age sobre o corpo do paciente como corpo inerte. O paciente encontra-se então restrito apenas aos espaços que lhe são permitidos e está excluído de qualquer espaço humano. Não apenas não conta com interlocutores, mas fica impedido de se constituir como interlocutor para si mesmo. Vejamos melhor: segundo a Teoria da Autopoiese, fazer é conhecer e conhecer é fazer. E nós seres humanos fazemos e conhecemos as coisas, enquanto seres humanos, através do nosso viver na linguagem com outros seres humanos. E estar na linguagem é movimentar-se num espaço de coordenações consensuais recursivas de coordenações consensuais de condutas. Quando consideramos que alguém está interditado para esse espaço, ocorre que se considera que não é possível haver essa recursão e a coordenação consensual sobre as coordenações consensuais de condutas básicas. Ou seja, não se estabelece um mundo de objetos compartilhado, não se possibilita a emergência de novos domínios nem novos objetos. Limita-se apenas a interações em termos de coordenação de condutas simples. Além disso, essas coordenações de condutas nesse nível são intencionadas para a não-ação, ou melhor, são constrangimentos para que o indivíduo não se mova. Desde o ponto de vista cognitivo do paciente, ocorre que as distinções que ele opera na linguagem deixam de fazer sentido operacional, porque a instituição não as aceita como distinções consensuais, isto é, elas não servem como referência para a coordenação das condutas do paciente, uma vez que a ação da instituição visa sempre impedir qualquer conduta. Supondo que o paciente tente estabelecer um espaço privado num autodiálogo, conversando consigo mesmo, à revelia da instituição, tal dinâmica se vê prejudicada, pois todos os movimentos do indivíduo são controlados, reprimidos e impedidos, ou seja, não se permite que ele se mova autonomamente, impossibilitando que tente gerar (auto) coordenações consensuais de conduta sobre as quais possa acontecer uma recursão e fazer emergir um mundo de objetos para se coordenar as suas condutas. Podemos dizer que a coerção física sobre o corpo do paciente, impedindo que ele se movimente autonomamente, impossibilita o movimento de reflexão e recursão que permite viver na linguagem. Não

poder se movimentar implica que as distinções que faz não têm a possibilidade de ser relacionadas com outras distinções geradas pela conduta ou pelo movimento. Seu corpo não se movimenta, isto é, só se movimenta quando permitido pela instituição, o que significa uma restrição do domínio de interações ou domínio cognitivo.

Varela, Thompson & Rosch (1996) sugerem que a cognição deve ser entendida como “ação encarnada” – *embodied action* – e não como forma de apreensão de um mundo já dado (realismo), nem como projeção de um mundo interior (idealismo). Esses autores propõem uma alternativa que busca um entendimento da cognição que prescindia da noção de representação, na qual se fundamentam as duas posições anteriores. Esta via foi denominada *enaction* ou enação. Segundo esta perspectiva

“[...] a cognição depende dos tipos de experiência que vem do fato de ter um corpo com várias capacidades sensório-motoras e, em segundo lugar, que essas capacidades sensório-motoras individuais estão embutidas em um contexto biológico, psicológico e cultural mais abrangente.” (1991:173)

Centrando-se na idéia de *ação guiada pela percepção*, a questão é entender como aquele indivíduo percebe e guia suas ações na sua situação local. O indivíduo age e modifica constantemente a situação local, de modo que o ponto de referência não pode ser um mundo independente do percebedor, mas a sua estrutura sensório-motora, isto é, o modo como seu corpo vai estabelecendo inter-relações entre suas superfícies sensoriais e motoras, através das conexões do seu sistema nervoso, ou como vai se configurando a interseção estrutural entre corpo e sistema nervoso nas suas interações. Esse modo de estruturação dinâmico “determina como o percebedor pode agir e ser modulado pelos eventos ambientais” (id., *ibid.*).

Esses autores fornecem dois exemplos de experiências que ilustram a idéia de enação: a) um exemplo “positivo”, no qual se observa a emergência de novos comportamentos em situações de deficiência visual, e b) uma experiência de privação sensorial.

“[a] Bach & Rita⁶ desenharam uma câmera de vídeo para pessoas cegas que pode estimular múltiplos pontos da pele através de vibrações eletricamente ativadas. Usando essa técnica, imagens formadas com a câmera foram arranjadas de modo a corresponder a padrões de estimulação da pele, como substitutos da perda visual. Os padrões projetados sobre a pele não têm nenhum conteúdo ‘visual’ a menos que o indivíduo esteja se comportando ativamente e dirigindo a câmera de vídeo com o uso da cabeça, das mãos, ou de movimentos do corpo. Quando a pessoa cega se comporta ativamente desse modo, após algumas horas de experiência uma notável emergência acontece: a pessoa não interpreta mais as sensações da pele como relacionadas ao corpo, mas como imagens projetadas no espaço que está sendo explorado pelo ‘olhar’ da câmera de vídeo dirigida pelo corpo. Assim, para experienciar ‘objetos reais aí fora’, a pessoa deve ativamente dirigir a câmera (com a cabeça ou a mão).

[b] Held e Hein⁷ criaram gatos no escuro e expuseram-nos à luz apenas em situações controladas. Um grupo de animais podia locomover-se normalmente, mas cada um deles estava preso a uma simples carreta e a uma cesta que continha um membro do segundo grupo de animais. Os dois grupos, portanto, compartilharam as mesmas experiências visuais, mas o segundo grupo era inteiramente passivo. Quando os animais foram liberados após algumas semanas desse tratamento, o primeiro grupo comportou-se normalmente, mas aqueles que estiveram sendo carregados comportaram-se como se fossem cegos: eles trombavam nos objetos e caíam das beiradas.” (Varela, Thompson & Rosch, 1991:175)

Ambos os experimentos indicam que “ver” não é um mapeamento passivo de características do mundo exterior, “mas uma criativa forma de ‘en-agir’ significância com base na história encarnada do animal”.

O paciente que não tem a permissão de se movimentar ou, durante muito tempo, só é movimentado pela (permitida) instituição, termina por se configurar estruturalmente de modo análogo ao dos gatos “cegos”. A deriva estrutural do indivíduo

⁶ Bach y Rita P. 1962. *Brain Mechanism In Sensory Substitution*. New York: Academic Press. (apud Varela, Thompson & Rosch, 1991)

submetido à instituição manicomial flui no sentido de um acoplamento estrutural com a instituição, de tal forma que se gera uma dependência física total, ou, como apontava Basaglia, o paciente passa a viver a instituição como seu próprio corpo.

Outra vertente da argumentação de Varela, Thompson & Rosch, baseada em estudos voltados para aspectos mais propriamente humanos, como a formação de categorias, indica que a formação de categorias básicas também depende da movimentação ativa dos indivíduos no seu ambiente, ou melhor, da sua experiência corporal que, ao agir, simultaneamente gera o mundo no qual opera. O que sugere que a própria atividade de categorizar e movimentar-se num espaço de idéias fica prejudicada.

Um esquema de constituição da autoconsciência através da recursão das condutas lingüísticas, proposto por Randall Whitaker⁸, baseado em Maturana, Mpodozis & Letelier (1995)⁹, pode dar uma idéia sobre o que sucederia ao paciente internado. O esquema apresenta seis passos recursivos para se compreender a emergência da consciência e autoconsciência, ao qual acrescento aqui um passo zero, para maior clareza:

0. os seres humanos, como seres vivos, vivem em coordenações consensuais de condutas, no domínio lingüístico, que se configuram no processo histórico da ontogenia de cada indivíduo e da filogenia;
1. numa primeira recursão, na qual as coordenações consensuais de conduta de [0] são tomadas como referência para uma nova coordenação consensual de conduta, surgem os objetos e a linguagem; ou objetos equivalem às coordenações de [0] que o observador vê operando como símbolos;
2. na segunda recursão, distinguimos a distinção do objeto (1); ou seja, constitui-se o *observar*;

⁷ Held, R. & Hein, A. 1958. Adaptation of disarranged hand-eye coordination contingent upon re-afferent stimulation. *Perceptual-Motor Skills* 8:87-90, apud Varela, Thompson & Rosch, 1991.

⁸ Whitaker edita uma *Encyclopaedia Autopoietica* disponível na Internet, na qual consta uma tabela deste esquema, sob o verbete *self-consciousness*. Cf. site <http://www.informatik.umu.se/~rwhit/EAIntro.html>

⁹ Maturana, H., Mpodozis, J., and J. C. Letelier [1995]. Brain, language and the origin of human mental functions, *Biological Research*, Vol. 28 (1995): 15-26. Electronic transcriptions available via WWW at: <http://cipres.cec.uchile.cl/~jusaenz/BLOHMF.HTM>

3. uma terceira recursão permite distinguir as relações entre objetos; surge o *Observador* na distinção do observar (2) localizando o observar;
4. na quarta recursão, distinguimos o observador, ou observamos o observador (3), ou seja, surge a autoconsciência;
5. na quinta recursão, temos a experiência da responsabilidade pelo autoconhecimento;
6. na sexta recursão, experienciamos a liberdade como autoconhecimento do autoconhecimento.

É importante reiterar que esse movimento ocorre no fluir do linguajar de seres humanos com seres humanos. Se o indivíduo está alijado do seu corpo e deposto do seu lugar de legítimo interlocutor, está imediatamente alijado da sua liberdade. A impossibilidade de, literalmente, se movimentar gera uma dinâmica de des-objetificação do mundo, uma vez que o mundo e os objetos se constituem no convívio linguajante com outros humanos. A possibilidade de haver consciência, observador, observação e observar pressupõe a recursão lingüística sobre uma coordenação consensual lingüística. Se a linguagem do paciente está desqualificada como interação ou como referência para coordenações consensuais de conduta, o que se pode concluir é que as interações com os pacientes resumem-se a coordenações consensuais de condutas num fluxo linear, não recursivo (como no item 0).

Em outras palavras, sugiro que ocorre um fenômeno de reversão dos domínios lingüísticos na interação com o paciente psiquiátrico, no qual, a cada recursão, restringe-se mais e mais o domínio de realidade e, no final, resta apenas o espaço das coordenações consensuais básicas que permitem a adaptação como dinâmica estritamente fisiológica. Isso significa dizer que os fenômenos de autoconsciência, consciência do outro, o observador e a observação, e o observar deixam de acontecer. Desconstitui-se operacionalmente o observador.

Então o indivíduo passa a viver apenas no fluxo das perturbações que seu corpo inerte sofre, ou seja, em seu acoplamento estrutural com a dinâmica da instituição. O corpo institucionalizado é este corpo gerado nessa dinâmica institucional de dissolução do

mundo humano, das conversações, da linguagem, operada pelo exercício da força contra todo movimento ou qualquer expressão de vida, começando pelo seqüestro do corpo.

4.3. Uma Intervenção intra-institucional: tempo de despertar

Durante minha estada em Trieste, participei da desmontagem de uma das últimas unidades de internação de pacientes de longa estadia. Todos os voluntários estrangeiros que chegaram a Trieste naquele ano foram morar num pavilhão que tinha o andar térreo desativado, mas abrigava no seu andar superior uma unidade de internação. Esta unidade chamava-se o pavilhão “P”, seguindo uma denominação serial alfabética que os diversos edifícios do grande manicômio receberam desde a sua fundação. O pavilhão “P” em 1982, após mais de dez anos do início do processo de transformação e abertura do hospital, iniciado por Franco Basaglia em 1971, continuava abrigando aproximadamente 60 mulheres, com idade média próxima de 65 anos, e com um tempo de permanência de internação da ordem de quarenta anos. Na época, o médico-chefe da unidade, que tinha ampla autonomia garantida pelo seu posto de carreira e pela estrutura burocrático-administrativa e legal, era contrário às mudanças introduzidas por Basaglia, de modo que o pavilhão “P” permaneceu praticamente nas mesmas rotinas e métodos de cuidados que se empregavam na década de 1960. As pacientes, já velhinhas, vestiam sobre o corpo apenas calcinhas e batas brancas, abertas nas costas, que combinavam com os cabelos brancos; permaneciam assim seminuas, sentadas ou em pé, estáticas, num enorme salão, trancafiado durante o dia todo, sob a vigilância de um ou dois enfermeiros. Com exceção das horas de refeição e, eventualmente, do banho, aquelas mulheres passavam o dia esperando... a próxima refeição... E à noite eram postas na cama, algumas sendo amarradas simplesmente para não se levantarem durante a noite. Esquecendo-se da aparência física descuidada e do envelhecimento das faces, o mais desconcertante era a quase absoluta ausência de conversas. Não se via nenhuma paciente com aqueles delírios caricatos que as fizessem posar como Cleópatras, nem deusas exóticas ou Julietas shakespearianas. Talvez a única que, uma vez ou outra, expressava loucura, era uma senhora bem franzina que costumava inclinar-se para a frente e ficava movimentando sua mão no ar, num vai-e-vem, como

fazemos quando acariciamos um cachorro. O cuidado e o carinho que expressava em seus modos e em seu rosto eram persuasivos o bastante para que nos levar a pular ou a desviar o nosso curso quando passávamos por ela e seu “animal virtual”. Em todo esse cenário, os únicos que falavam, como num monólogo bem ensaiado, eram os enfermeiros, que vez ou outra rompiam o silêncio com algum tipo de admoestação, ordem, ou comentário, como se vê muitas vezes um tratador de animais fazer ou como um vaqueiro “fala” com seus bois. Quero dizer, tinha-se a impressão de que as falas não eram partes de um diálogo, mas funcionavam como um “pensar em voz alta”, de quem tem a certeza de que os pacientes não eram capazes de compreender nada.

4.3.1. Con-vivendo com crônicos no pavilhão “P”

O grupo de voluntários era composto por aproximadamente vinte e cinco jovens em torno de vinte anos; havia espanhóis, holandeses, alemães, franceses, gregos e, naquele ano, a maior “colônia” era brasileira, com doze pessoas. Haviam chegado a Trieste atraídos por conhecer e participar daquela “experiência radical” de *libertação dos doentes mentais e destruição do manicômio*. A grande maioria do grupo já estava trabalhando em novos serviços territoriais, os Centos de Saúde Mental, e moravam em outras partes re-convertidas do velho hospital. Franco Rotelli, à época diretor do Serviço de Saúde Mental, propôs que todos os voluntários passariam a morar no pavilhão “P”, uma vez que ainda havia aquelas pacientes em condições manicomiais. A transferência para o novo local de moradia não se deu sem protestos e reclamações. Ninguém queria “voltar ao manicômio” no pavilhão “P” e, além disso, exceto por um pequeno grupo recém-chegado, não havia disposição para se mudar de trabalho. Os argumentos dos voluntários contra a mudança incluíam desde “direito à privacidade”, “exigência de participação democrática na decisão”, “falta de condições físicas” etc. Mas, não obstante os protestos, todos foram transferidos para o “P”, com o simples argumento de que aquelas senhoras internadas já haviam esperado tempo demais e que, se algum voluntário não tivesse “vontade de se mudar”, estaria absolutamente livre para partir. Quando os voluntários foram habitar no mesmo edifício em que as pacientes estavam internadas, logo surgiram transtornos à rotina daquela unidade. De fato, era como se houvesse um condomínio: no andar térreo, moravam os voluntários que ocuparam todos os espaços para dormitórios, refeitórios, salas; no andar acima

continuava a ala de internação. Toda a rotina diária do primeiro andar necessariamente passava pelo andar térreo: desde o fornecimento de alimentos, até a entrada e saída do pessoal. À noite, quando os voluntários retornavam “para casa”, então havia queixas de música alta, de barulho, de desordem que “prejudicavam o sono das pacientes”.

4.3.1.1. Romper com a inércia institucional

Esta é uma das diretivas triestinas: romper a inércia como produto das totalizações passadas, que nos aparece como coisa totalizada, já dada. No caso, o Pavilhão “P”, ou simplesmente o “P”, como era chamado, mostra essa totalização. O “P” era o lugar em que a *onda de mudança não passou*, como se todos ali dentro não existissem, nem eram notados no seu isolamento. A ruptura deu-se com um movimento forçado: misturam-se espaços, interesses e pessoas. Para os voluntários, o “P” não era um problema, pois todos já estavam trabalhando nas unidades de “vanguarda da revolução psiquiátrica”; mais cedo ou mais tarde, aquele pavilhão se desmontaria, pela sua própria inércia... não havia planejamento nem treinamento ou estudos prévios. Onde havia inércia começou a haver tensão, problemas, isto é, sujeitos empenhados, movidos por interesses, idéias e sentimentos dos mais diversos e conflitantes. A quebra do isolamento deu-se pela ocupação dos espaços vazios e pela introdução da dinâmica multivariada dos voluntários que disturbou as rotinas da ala.

4.3.1.2. Prioridade para as necessidades das pacientes

Um aspecto importante a ressaltar é que, embora todos os voluntários estivessem ali por livre e espontânea vontade, envolvidos por idéias de transformação, revolução, nova ciência, ou simplesmente em um lugar de passagem com casa e comida de graça (como era o meu caso, no início), nenhum estava considerando a situação de abandono e maus-tratos daquelas velhinhas. Paradoxal, pois a maioria estava lá exatamente para trabalhar, estudar ou colaborar contra isso.

Alguns destes voluntários¹⁰ começaram a interferir nas rotinas da ala, retirando algumas pacientes do pavilhão e iniciando um trabalho que se chamava de “reativação de subjetividades”. A maioria daquelas pacientes, ao serem interpeladas, praticamente não se movia, nem muito menos davam respostas verbais. Seus corpos pareciam não reagir à nossa presença. O que talvez nos sugira que se tratava antes de um trabalho de “reativação dos corpos”. Algumas delas mostravam grande dificuldade até com os movimentos da boca para falar! Aqueles voluntários fizeram uma aproximação comedida mas decidida, que consistia basicamente em criar situações de atividades simples e cotidianas junto com as pacientes, fora do ambiente da enfermaria, num clima cuidadoso e carinhoso. Andar pelo parque, tomar café num bar, atividades absolutamente banais, porém que requeriam uma dedicação não trivial. Basta pensar que aquelas pessoas não estavam mais habituadas a vestir roupas normais, a calçar sapatos, e muito menos a participar de atividades com outras pessoas em lugares fora daquele salão em que haviam estado por tantos anos. Tudo isso entremeado por um contínuo e regular fluxo de “Bom dia, como está hoje?”, “Gostaria de...?”, “Vamos ao...?”. Isto é, falas das mais elementares para um convívio gentil!

Quando pela primeira vez observei esse tipo de atuação com os pacientes, inevitavelmente pensei que, de um lado, era muito louvável da parte dos colegas voluntários dedicarem-se àquelas pacientes tão “complicadas”, mas, ao mesmo tempo, considerava que aquele tipo de intervenção era por demais trivial, “pouco científica” e destituída de técnica. Qual a finalidade de se *passar no parque*? Para que serve *vestir roupas normais*? E por que insistir em falar com quem não lhe responde?

4.3.1.3. Romper com a inércia dos corpos

Não havia como explicar por que era importante “sair com as pacientes”, deixar o salão onde o tempo parou e buscar outros espaços do edifício. Caminhar aparentemente sem muito sentido. Mas, se refletirmos um pouco, o que se propunha é que se iniciasse um processo de conversação, isto é, um movimento de constituição de domínios consensuais de

¹⁰ Hoje são amigos e colegas médicos Issa, Josiane, Ester.

condutas lingüísticas, entrelaçadas com o emocionar das pacientes e dos voluntários. Observe-se que não estamos nos referindo aqui a conversas *faladas* no sentido usual; mesmo porque as pacientes não falavam! Referimo-nos sim a ações práticas realizadas em conjunto com as pacientes, nas quais cada um tinha que se orientar em relação ao outro na medida da aceitação mútua. Inicialmente, as velhinhas não respondiam aos convites para sair do salão. E, hoje podemos dizer, não é de admirar que não o fizessem. Ora, no ponto em que se encontravam, o nível de coordenações consensuais básicas, e adaptadas ao ritmo da instituição, elas não poderiam mesmo responder, uma vez que não estavam inseridas na dinâmica da linguagem; comportavam-se como corpos inertes, movidos pela rotina institucional. Seus corpos estavam estruturalmente adaptados à instituição. Então, no início a ruptura com a inércia dos corpos se deu com corpos inertes, isto é, exigiu da parte dos voluntários uma ação sobre os corpos das pacientes, sem contar com a aprovação verbal e, ao invés, tendo até mesmo de vencer a resistência corporal a se movimentar.

Passados uns dois meses, um grupo de nove daquelas senhoras obteve alta formal (oficial) da ala de internação e foi deslocado para o andar inferior para morar em uma parte reformada do prédio, onde se montou uma espécie de apartamento. Com esta medida, a direção do hospital pôde, finalmente, dissolver e desativar o pavilhão “P” como unidade de internação: considerando as normas administrativas, não era mais legalmente possível manter uma unidade operacional com menos de 60 pacientes! Em seguida, o restante das pacientes foi redistribuído por outras unidades (apartamentos, casas-abrigo) do sistema assistencial territorial.

Quando aquele grupo de nove senhoras veio habitar o mesmo andar dos voluntários, a convivência com elas tornou-se uma situação forçada para todos. Como eu já havia trabalhado por mais de sete meses no Centro de Saúde Mental de Domio, um dos sete centros espalhados pela cidade, considerei que seria interessante acompanhar a implantação do grupo apartamento e verificar se seria possível recuperar ou pelo menos minimizar os efeitos de degradação e desumanização que aquelas velhinhas haviam sofrido.

4.3.1.4. Porto Belo

Na história da experiência triestina, a reconversão de equipamentos do hospital em utilidades “domésticas” foi uma constante na desmontagem do manicômio. Assim, camas, armários e móveis hospitalares foram sendo recuperados e reutilizados em novos contextos, pavilhões inteiros transformaram-se em escolas públicas, edifícios de moradia para ex-internados, creches etc. Muito além da luta contra a escassez de recursos financeiros, essa prática sustentava o espírito de mudança, de transformação, que não podia aguardar os tempos da burocracia. Essa era uma das formas de se romper com a inércia institucional e, por sua vez, tinha um efeito recursivo sobre as pessoas que, ao verem e sentirem a mudança, acabavam mudando também. Foi o que ocorreu com a montagem do grupo-apartamento no “P”. Decidida a transferência, em poucos dias uma enfermaria desativada do andar térreo foi reorganizada na forma de ou o mais próximo possível de um apartamento comum, com quartos, sala de estar, televisão, geladeira etc., tudo recolhido em diversos locais do complexo hospitalar. E, junto com esse frenesi de mudança, alguns dos antigos funcionários que trabalhavam na ala do primeiro andar, embora desconfiados e descrentes, resolveram “pagar para ver” e vieram trabalhar no projeto.

As primeiras medidas organizativas visaram à quebra das rotinas hospitalares, que se caracterizam justamente pela repetição e pelo controle do ritmo do fluir da vida. Isso era muito evidente: mesmo após serem transferidas para o apartamento, todas as pacientes acordavam praticamente ao mesmo tempo, sem nenhum despertador, mais ou menos às seis horas da manhã. Esperavam ser vestidas e depois se dirigiam ao refeitório para o café da manhã. O cardápio era o mesmo havia décadas: leite servido numa tigela grande de plástico azul e pão.

Não foi muito fácil convencer os enfermeiros de que não havia nenhum sentido em obrigar mulheres de mais de sessenta anos a se deitar às sete da noite e a ficar retidas na cama até as seis da manhã. Mudar essas rotinas implicava rever práticas estabelecidas há décadas, inclusive o uso de medicação. Para que elas ficassem onze horas deitadas, eram medicadas com barbitúricos e hipnóticos em doses relativamente altas, que também serviam de garantia para um plantão tranquilo no turno da noite.

Os horários foram alterados, e as medicações reduzidas aos poucos. Creio que a maior dificuldade era lidar com os ímpetos de controle e vigilância dos enfermeiros, que tomavam todas as situações desde um ponto de vista totalizado como perigo iminente. Buscávamos então criar contextos particulares para cada uma das velhinhas, o que implicava a constituição de histórias, de um passado e obviamente uma aproximação concreta. Essa proximidade com o doente era o que mais temiam os enfermeiros. Basaglia identificou esse problema como *o risco da relação*. Se a abertura das portas era possível,

“[...] há a outra clausura da situação que se determina entre “uma pessoa que raciocina bem” e outra que “raciocina mal”. E aqui está a habilidade de viver a nova instituição aberta: viver uma situação na qual não temos a chave, mas em vez disso temos o risco da relação que é sempre aberto, que é nossa habilidade de manter aberto e não fechar.” (Basaglia, 1983)

As duas histórias a seguir nos servem para uma reflexão sobre as características de um paciente dito crônico, institucionalizado, e uma interpretação através do referencial da Autopoiese. Observamos três pontos que nos parecem importantes: (a) inicialmente os movimentos corporais das pacientes eram muito reduzidos, estereotipados, como que sem nenhum sentido. Mesmo na situação de não-coerção, no espaço do apartamento, foram necessárias algumas semanas para que as velhinhas viessem a ocupar e circular pelos diversos ambientes (sala, quartos, cozinha, refeitório, varanda). O aspecto que nos parece aí ser central diz respeito à linguagem. Observamos que nas primeiras semanas aquelas mulheres não falavam, isto é, quase não interagiam com outras pessoas nem entre elas através da fala; raramente se ouviam suas vozes, a não ser por gritos e sons guturais em ocasiões de aparente conflito. E o terceiro ponto é a questão das expressões faciais, do contato que aparentemente não se estabelece através do olhar.

4.3.2. Antonieta J.

Antonieta havia nascido em Trieste em 1912. Sua cartela clínica não trazia muitas informações: Da sua vida pregressa constava apenas: *Infância normal, frequentou a*

escola até os 14 anos (7 anos); trabalhou como costureira. Antonieta foi internada pela primeira vez no Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste em 30 de dezembro de 1939, aos 27 anos, sob o diagnóstico de esquizofrenia.

[Em setembro de 1939, conheceu um rapaz de Nápoles. Gostava de ir dançar, frequentar bailes etc. Dois meses depois o rapaz foi-se embora e ficou sozinha com medo de estar grávida. Desesperada, não queria mais comer. Contava que todos lhe diziam que “ela havia soçobrado o mundo”. Alucinações visuais. Foi enviada à Casa de Saúde porque “*andava com qualquer um*” e tinha um delírio. Tentou escapar algumas vezes. Quando em casa, agredia a irmã porque queria fazer tudo e ela não a deixava fazer nada. Terapia com reserpina. Não dormia muito bem e de manhã respondia que tinha ido a um baile.]

Teve alta onze meses depois, em 25 de novembro de 1940. Após dezesseis dias fora, em 11 de dezembro de 1940 foi reinternada naquele hospital, de onde nunca mais saiu. Assim, conheci Antonieta quando já tinha 70 anos, dos quais havia passado 42 internada. Ou seja, havia passado mais da metade da sua vida internada.

Quando Antonieta veio para fazer parte do grupo-apartamento, era muito magra, com cabelos muito curtos, sem corte, totalmente brancos. Costumava ficar parada o dia todo num canto do corredor, aparentemente indiferente ao que ocorria ao seu redor.

Pouco a pouco, começou a dar voltas pelo corredor próximo ao seu quarto. Cantarolava e falava sozinha, palavras ininteligíveis. Quando perguntada sobre qualquer assunto, dava respostas igualmente ininteligíveis ou desconexas. Não controlava os esfíncteres e urinava-se constantemente em pé, caminhando.

Embora não fumasse quando estava na ala, no primeiro andar, onde não era permitido a nenhuma paciente fumar, Antonieta em pouco tempo passou a pedir cigarros. Chegava perto e dizia simplesmente: “Tens um cigarro?” Então começamos a buscar sempre puxar alguma conversa com Antonieta a partir da partilha de cigarros. Ocorreu-me que ela poderia aprender a ir comprar cigarros sozinha, pensando que isso poderia servir para sua vida autônoma. Então, diariamente, numa certa hora após o almoço comecei a levá-la para comprar cigarros numa tabacaria logo à saída do complexo hospitalar. Esse

trajeto tinha em torno de trezentos metros desde o “P”, passando pelas ruas internas do manicômio até a saída dos muros. Repeti diariamente esse passeio por algumas semanas, até que resolvi deixar “ver o que aconteceria” quando não a levasse. Antonieta dizia que queria cigarros e precisava ir à tabacaria. Então lhe disse que podia ir sozinha, pois já sabia o caminho. Incontinenti, ela se pôs a andar em busca de seus cigarros. Da minha parte, fiquei contando os segundos para saber se ela seria capaz de voltar. Após algum tempo, Antonieta não retornou e saí angustiado à sua procura. Logo no portão do hospital encontrei-a conversando com outro paciente antigo morador do hospital. Creio que possivelmente *conversando* no sentido de linguajar e emocionar, “conversa de doido”, poder-se-ia dizer, pois Antonieta não dava continuidade a um tema. Mas estavam ali os dois trocando palavras e atenção. Ela não havia comprado os cigarros e parecia não estar mais se lembrando deles naquele momento.

Essa tentativa de uma aprendizagem por treinamento ou hábito pareceu-me fracassada. No entanto, o que percebi é que, de uma forma então incompreensível, após algumas semanas Antonieta “conversava”, e mais, não mais se urinava nas roupas, em pé. Parece-me que o mais importante daquele “treino” foi o próprio treino, quando é possível estabelecer alguns domínios consensuais de conduta e um espaço de conversações.

Alguns dias depois, numa certa manhã, encontrei Antonieta dançando sozinha pelos corredores silenciosos, com os braços abertos, num ritmo de valsa. Perguntei-lhe como estava e o que havia acontecido. Antonieta, num grande sorriso desdentado, disse-me: “Ontem fui ao baile, fui dançar; e lá conheci um belo rapaz, vindo de Nápoles...” e seguiu dançando, deixando-me a falar sozinho! Duas coisas deixaram-me perplexo. Antonieta estava feliz! Dançava pelos corredores como uma jovem de vinte anos, apaixonada por um rapaz que acabara de conhecer. Como podia ela estar tão alegre? Ou melhor, após tantos anos internada, em que aparentemente perdera suas capacidades emocionais, “repentinamente” surge um momento de alegria para ela, e para mim. A segunda coisa era a curiosa situação de Antonieta ter “retornado” à vida na mesma história que a condenara à internação eterna, como se o baile de 1939 tivesse ocorrido no dia anterior. Uma história que se atualizou depois de 42 anos, com a dança de Antonieta nos corredores do “P”.

Como podemos entender esta passagem? A primeira coisa que nos aparece é que, para nós, observadores, Antonieta parecia estar “conversando” consigo mesma, entretida na sua “música” e nas emoções que o baile lhe despertara. Ou seja, passamos a ter a vivência de que a paciente *tinha uma vida mental*, o que não ocorria anteriormente. O que nos indica que ela já estava novamente gerando coordenações de coordenações consensuais de conduta. Outro aspecto interessante é que ela *dançava*, isto é, não simplesmente se movimentava, mas estava num fluir combinado de emoções (alegria, amor) e linguajar, e seguia uma seqüência de passos de valsa. Naquele momento, não havia aquele corpo arrastado, descoordenado e indiferente; talvez naquele momento não houvesse mais instituição para Antonieta e ela podia ao menos gerar um mundo próprio através da reapropriação do seu corpo, pois ela já tinha um corpo próprio. Podemos supor que seu cérebro reatualizava determinados padrões de correlações sensório-motoras que gerava o dançar. E, do nosso lugar de observadores, podíamos atribuir uma vida mental a Antonieta e reconhecê-la como *pessoa*.¹¹

Sobre a particularidade da lembrança do baile, do rapaz napolitano, podemos apenas imaginar que, além da ativação da conexão corpo-mente, Antonieta se inseria na ordem social que “[...] é intrinsecamente moral, por ser feita de deveres e obrigações, triunfos e vergonha, vilões e heróis. O comportamento pessoal nesta ordem moral-social é interpretado em termos de razões e mudanças de *status*.” (Brothers, 1997:4)

A história de Antonieta continha o drama de uma mulher que, na década de 1930, havia sido abandonada por um “aventureiro” com a suspeita de uma gravidez. Talvez o retorno àquelas vivências possa ser compreendido como uma volta a um marco da última vivência humana, plena de contradições emocionais, pela qual Antonieta passara. Desde a sua “crise” psicológica, moral e social, ao ser internada e reclusa no manicômio, passou progressivamente a ser destituída de seus conteúdos humanos.

Certa vez, na hora do almoço, Antonieta apresentou uma “crise”. Repentinamente, levantou-se e começou a virar os pratos e a gritar: “Eu não como esta

¹¹ Cf. interessante discussão sobre esses aspectos da constituição da pessoa, como conexão do corpo com uma vida mental em

merda de comida”, e repetia em altos brados. De imediato, a primeira reação que tive, assim como dos enfermeiros, foi de contê-la, retirando-a da mesa e levando-a para fora do refeitório. O hábito mental nos levava a querer medicá-la imediatamente: “obviamente” estava apresentando uma recaída na doença, pois tal agressividade e falta de crítica só podiam ser entendidas no quadro referencial que equaliza tudo na forma agressividade = doença = desrazão = agressividade. Basaglia comenta esse tipo de situação:

“Mas no interior do instituto existe uma razão psicopatológica para todo acontecimento e uma explicação científica para cada ato. Assim, o doente que não podia ser imediatamente objetivado no momento do seu ingresso no hospital, o doente ao qual o médico — seguro do seu preparo positivista — só pode presumir um corpo doente, é então finalmente domado e recluso em uma etiqueta que tem toda a crisma da oficialidade científica.” (1981:436)

Mas, logo após o susto, pudemos parar e refletir de outro modo: Antonietta tinha razão! Aquela comida era horrível. Não apenas no cardápio sempre o mesmo, ou na qualidade dos pratos. A refeição como um todo era horrível: os utensílios eram tipicamente funcionais, monocromáticos e feios; continuava-se a comer apenas com colheres, não mais por “razões de segurança”, mas principalmente por inércia, por considerarmos que aquilo não era importante. Basta imaginar o que significa comer uma bisteca só com a colher... A comida era servida como “prato-feito”, impessoal e sem graça, sobre uma mesa nua. Obviamente, os profissionais da casa não comiam no mesmo lugar. Se isso não fosse o suficiente, ainda ressaltamos a cultura italiana do *comer bem* como um momento de valor cultural, que serve de moeda social cotidiana, que ratificava a avaliação feita por Antonietta e, podemos dizer, dava-lhe *razão*.

O que é surpreendente é que toda essa situação *não era visível*; todos os dias fazíamos as refeições das velhinhas assim, literalmente ninguém via as coisas deste modo. Até então, as refeições eram consideradas normais e avaliadas apenas pela preocupação: fulana comeu bem, a outra recusou a salada. A irrupção de Antonietta serviu para iluminar

Brothers, 1997.

nosso ponto cego em relação às refeições. Passamos então a buscar criar, junto com as velhinhas, um novo modo de comer; mesas separadas, toalhas, talheres, possibilidade de se servirem e fazerem o prato, separando o “*primo*” (em geral macarrão ou sopa) do “*secondo e contorno*” (carne e vegetais), seguidos de sobremesa e café, e, principalmente, temperados com conversações à mesa, como é da cultura italiana. Para que isso pudesse acontecer, os horários da rotina tiveram de se modificar; destinou-se maior tempo de preparo, sem tempo predeterminado para se encerrar a refeição. Além disso, começou-se a tentar compartilhar as tarefas com as *moradoras* e não mais simples “pacientes”, corpos inertes.

Interpretamos a situação da crise de Antonieta como um momento de verdadeira *crítica* às condutas até então adotadas. Um instante de ruptura com as coordenações consensuais de condutas inertes, totalizadas e de abertura para a possibilidade de novos domínios fenomênicos. A ação de Antonieta desencadeou nos profissionais uma série de mudanças estruturais, de atitudes e de ações; mas ela não fez uma demonstração racional para a mudança. Embora não tenha havido transmissão de informação crítica, essa ruptura com o fluxo normal de coordenações de condutas inertes —que, para os profissionais imersos no clima antiinstitucional basagliano, pode ser considerado um domínio de coordenações de emoções— serviu como referência para a coordenação de condutas dos profissionais nos seus domínios cognitivos já predispostos a mudanças. Penso que, em outra situação, possivelmente continuaríamos “cegos” em relação às refeições e, recorrendo às medicações e sobretudo à contenção física, continuaríamos a controlar e a reprimir as manifestações dos “sinais e sintomas” dos corpos supostos doentes.

Aos poucos, as refeições deixaram de ser um momento da ordem institucional e passaram a fazer parte dos momentos de co-construção do cotidiano, muito mais agradável para todos, profissionais e moradoras.

4.3.3. Palmira S.

A primeira vez que notei Palmira foi quando ela estava saindo acompanhada por um voluntário para um passeio e, ao tentar responder a uma pergunta, percebi que ela não conseguia mover a mandíbula de forma coordenada com a emissão da voz. Não consegui encontrar o seu prontuário. Era uma mulher gorda, com o rosto bem redondo, com as maçãs salientes e olhos pequenos. Seus cabelos ainda pouco grisalhos não denunciavam de imediato que também estava internada havia mais de trinta anos. Quando Palmira desceu para vir morar no apartamento, já não apresentava mais dificuldades motoras, movimentava-se e, ainda que espontaneamente não conseguisse entabular nenhum tipo de conversação, falava sem dificuldades aparentes, embora de maneira um pouco lenta. Passava o dia caminhando pelos diversos espaços do prédio, inclusive nas áreas de moradia dos voluntários, aonde ia pegando tudo o que encontrasse pela frente, guardando no sutiã e nas calcinhas. Quando era instada a devolver as coisas para seus proprietários, resistia, ficava brava e passava a gritar em dialeto: “Eu não sou patroa de nada, eles levaram tudo, eu não tenho nada!”. Esse comportamento repetiu-se estereotipadamente por semanas seguidas. Não foi possível desvendar quem seriam “eles” a que se referia Palmira. Mas é tentador interpretar que fosse referente ao próprio *staff*, uma vez que confiscar todos os objetos pessoais faz parte de uma das rotinas institucionais básicas da instituição total (Goffman, 1974).

No dia-a-dia, Palmira aparentemente não mostrava nenhum comportamento bizarro, exceção feita a sua “mania de pegar as coisas”, logo totalizada no diagnóstico de cleptomaniaca pelos enfermeiros que a conheciam havia muitos anos. De fato, toda a sua atividade sugeria que Palmira vivia para roubar coisas. Observando melhor, notei que Palmira andava o dia todo, em seus passos silenciosos, pelos diversos espaços do apartamento e do resto do andar térreo, onde viviam os voluntários. Com um olhar plácido, tranquilo, ia identificando coisas pelo seu caminho, desde pedaços de papel colorido, restos de tecidos, tampinhas de refrigerante até sabonetes, pentes, escovas, relógios esquecidos, colheres, copos etc. Pegava calmamente uma coisa, examinava por um instante e a guardava nas suas roupas íntimas, impassível, dona de si. Isto é, não tinha um comportamento furtivo, dissimulado, que fosse coerente com a idéia de ladra. Além disso,

ela pegava apenas coisas que estavam expostas ou em áreas “coletivas”, como banheiro e cozinha. Ao fim do dia, guardava tudo no seu armário, debaixo do travesseiro ou do colchão da sua cama. A sua bizarrice é que só fazia isso! O dia todo, todos os dias. E todos os dias havia reclamações de outros moradores do pavilhão de que alguma coisa havia desaparecido. Assim, tornou-se uma rotina vasculhar o seu armário pessoal, contrariando a idéia de privacidade e respeito que advogávamos. Certa noite, ao encontrar seu armário esvaziado, pela primeira vez vi Palmira chorar aos prantos, sentada na beira da cama, desolada e, entre um soluço e outro, sussurrava com profunda tristeza: “Eu não sou patroa de nada, eles levaram tudo, eu não tenho nada!”. Desde esse dia, passamos a considerar que os “delírios” de Palmira eram na verdade lamentos reais, que, em uma síntese melancólica, retratavam a ação do manicômio. Basaglia faz referência à idéia de “delírios institucionais” gerados pelo manicômio:

“É a própria psicopatologia que nos dá a possibilidade de objetivar aquele corpo que continuava a se recusar a ser objetivado, que não se dobrava a se considerar doente, mas que se mantinha obstinadamente ligado aos “próprios delírios” como última expressão de sua subjetividade. Os delírios que continuará a produzir no cativeiro serão, com muita probabilidade, delírios institucionais e não delírios psicóticos.” (1981:436)

Com a mudança de atitude diante do comportamento de Palmira, mudamos também as tarefas e projetos: a questão deixou de ser “como educar Palmira “a não pegar coisas que não lhe pertencem” para trabalhar visando restituir “tudo o que eles levaram” e como fazer Palmira “sentir-se dona de alguma coisa”. A resposta mais simples e ingênua foi “Vamos às compras!”. Apresentamos a idéia à direção do hospital (na época Franco Rotelli), que aceitou imediatamente, conseguiu dinheiro para comprar alguns apetrechos pessoais e até nos emprestou um carro. E Palmira foi às compras. Certamente, não foi fácil conter os seus ímpetos/hábitos em uma loja de departamentos. Afinal, ela não saía para o centro comercial da cidade havia pelo menos trinta anos! Mas era comovente a alegria que expressava ao poder comprar algumas peças de roupas coloridas, um lenço com estampas floridas. Ela certamente não tinha mais noção do valor monetário, nem fazia contas; mas creio que tinha a idéia de que aquelas compras eram *para* ela.

À medida que Palmira conseguiu compor um pequeno enxoval, seu comportamento de “coleta” diminuiu; embora nunca tenha deixado de pegar coisas, passou a fazer algumas coisas diferentes no dia-a-dia: às vezes, ficava sentada na varanda do edifício, como se estivesse apreciando a paisagem (o hospital é circundado por uma grande área verde); outras vezes sentava-se ao lado de alguma roda de voluntários que conversavam. Certa vez, ela desapareceu. Passou o dia sumida e ficamos preocupados, pensando que ela estaria perdida, sem rumo. No final da tarde, ela foi trazida pela polícia. Palmira havia sido encontrada a muitos quilômetros do hospital, caminhando pelas ruas catando coisas! Chegou com um grande saco plástico, cheio de papéis de chocolate coloridos, embalagens de sorvetes, latas, pedaços de pano, coisas que certamente havia recolhido nos lixos e nas ruas; suas mãos estavam imundas e, entre as duas bochechas gordas bem sujas, um enorme sorriso...

Embora Palmira tivesse modificado um pouco o seu modo de viver, ficava a impressão de que a mudança era mais de grau do que de qualidade. Até que, numa ocasião, esqueci meu relógio de pulso no banheiro e, quando dei pela falta dele, Palmira já o havia recolhido. Eu estava tranquilo, pois sabia que ao fim do dia poderia ir apanhá-lo no seu armário. Eis que Palmira aparece no corredor onde eu me encontrava, me fita e vem caminhando em minha direção. Chegou bem perto, tirou o relógio do seu sutiã e devolveu-o, cochichando ao pé do ouvido: “Tome, você deve guardá-lo, do contrário eles vão levar o seu relógio também!”. Em seguida, saiu andando novamente, com um certo ar de cumplicidade.

O que foi surpreendente é que eu não tinha a menor expectativa de que Palmira soubesse que aquele relógio me pertencia e muito menos de que ela estava estabelecendo esse tipo de relação de cumplicidade. Palmira incluiu-me na sua luta contra “eles”, e estava tomando conta das minhas coisas e de mim. Onde eu pensava que era o cuidador, estava sendo cuidado!

Outra passagem que sugeriu modificações significativas de Palmira aconteceu no dia de seu aniversário, quando ela ganhou um bolo. Ao abrir a caixa que continha o bolo, Palmira foi logo comendo com as próprias mãos, sem esperar que alguém viesse

cortá-lo (ou seria levá-lo?). Mas, quando já tinha comido praticamente a metade do bolo, Palmira começou a despedaçá-lo em pequenos fragmentos que distribuiu entre outras pacientes e voluntários. Novamente um comportamento inesperado, pois não se percebia que Palmira tivesse algum senso de coletivo e que pudesse compartilhar alguma coisa sua com outrem; como se a consequência da história de espoliação fosse o egoísmo do “cada um por si”.

Por fim, eu tinha a impressão de que, embora as velhinhas morassem sob um mesmo teto, não interagiam ou não estabeleciam laços entre si. Até que um dia Antonieta foi internada no hospital de clínicas, devido a diabetes. Resolvemos levar Palmira para um passeio e uma “visita” a Antonieta no hospital, que fica no centro da cidade. Não sabíamos o que esperar, pois nunca tinha visto Palmira trocar palavra com Antonieta.

Entramos pelo hospital adentro, procurando a enfermaria em que estava internada Antonieta. Até então, Palmira estava tranqüila, sem nenhum desassossego. Finalmente, encontramos a enfermaria na qual estavam internadas outras sete ou oito pacientes. Palmira aproximou-se do leito em que estava deitada Antonieta, olhou-a por alguns instantes e saiu andando pelo quarto; percorreu todos os criados-mudos ao lado das camas e, para espanto e terror das pacientes, foi pegando biscoitos, água, frutas e flores e levou tudo até a cama de Antonieta, dizendo-lhe carinhosamente em dialeto: “Tome, você vai precisar. Fique boa”. Antonieta agradeceu: “*Grazie, grazie, tante grazie!*”.

No caso de Palmira, as surpresas que sua conduta nos causava, de certo modo, ratificam a idéia de que cada um “diz o que pensa, mas ouve o que quer”. Durante meses, enquanto olhávamos para seu “comportamento de coleta” e nos focávamos sobre isso, do seu lado outras coisas pareciam estar acontecendo e nem nos dávamos conta. Haveria aqui um problema de comunicação?

Usualmente, quando descrevemos uma situação como um problema de comunicação, recorremos à metáfora do tubo, o qual tem em uma de suas extremidades um emissor de mensagens e, na outra, um receptor; os problemas ocorrem na passagem da mensagem, que chega distorcida por “ruídos”. Imagina-se que os sistemas podem especificar o que ocorre uns nos outros dessa maneira, pela transmissão de informações ou

interações instrutivas. Mas, segundo a noção de determinismo estrutural, essa visão seria tanto errada quanto enganosa, pois “Se essa visão assume que as interações instrutivas ocorrem, ela é errada; se essa visão é apenas uma metáfora, é enganosa porque sugere modelos que implicam interações instrutivas.” (Maturana, 1997)

O que ocorre então na comunicação? Se assumimos que não há interações instrutivas, então, para que haja uma correspondência entre os estados do emissor e do receptor, é necessário que ambos sejam *operacionalmente congruentes*, refletindo um acoplamento estrutural ontogênico. “Em outras palavras, o domínio de estados possíveis do emissor e o domínio de estados possíveis do receptor devem ser homomórficos, de forma que cada estado do emissor desencadeie um único estado no receptor.” (id., ibid.)

Como poderia ocorrer esse homomorfismo? Como se dá esse acoplamento estrutural ontogênico?

“Durante esse processo, não há nenhum homomorfismo de comportamento entre os organismos em interação e, apesar de individualmente eles operarem estritamente como sistemas determinados em sua estrutura, tudo o que ocorre no sistema que eles então constituem juntos em suas interações é novo, anticomunicativo, *mesmo se, sob outros aspectos, eles participam de outros domínios consensuais*. Se esse processo leva a um domínio consensual é, no sentido estrito, uma conversação, um dar voltas juntos, de tal forma que todos os participantes passem por mudanças estruturais não triviais até que um homomorfismo comportamental seja estabelecido, e a comunicação ocorra. Essas interações pré-comunicativas ou anticomunicativas que ocorrem durante uma conversação, então, são *interações criativas que levam a comportamentos novos*.” (Maturana, 1997:155-56, grifos nossos)

Esta longa citação permite-nos esclarecer que, embora a convivência cotidiana implique acoplamentos estruturais e domínios consensuais que possibilitam as coordenações consensuais de coordenações consensuais de conduta, esse processo não está dado de uma vez por todas. Tendemos a viver o dia-a-dia sob a aparência de um mundo estável, já dado, um mundo de objetos inertes no qual não nos movemos. Não nos damos

conta de que nas conversações, no *dar voltas juntos*, podemos estabelecer novos domínios consensuais e constituir novos mundos, talvez muitos mundos para todos.

5. Desmontagem da Organização manicomial

No período que se seguiu à promulgação da Constituição de 1988, com suas novas diretrizes, houve uma profunda modificação do papel dos governos municipais, em relação às responsabilidades e ao alcance do poder local em diversas áreas. Particularmente na área da saúde, com a nova Constituição (que garantiu uma fatia maior de recursos financeiros) e a Lei Orgânica da Saúde (que legitimou e normatizou um campo de ação), os municípios passaram a ter maior poder de gestão e interferência no setor (Capistrano, 1995).

Entre 1989 e 1996, por dois mandatos sucessivos, o município de Santos, litoral paulista, esteve sob administração de governantes da esquerda eleitos pela coligação chamada Frente Democrática Popular. Essa conjuntura criou as condições para que se desenvolvesse naquele município um sistema de saúde público que, por sua ousadia e vanguardismo, tornou-se exemplo de realização das diretrizes do Sistema Único de Saúde (Capistrano, 1995; Campos & Henriques, 1996). Contudo, o que aqui designamos como a “experiência santista” restringe-se ao processo de implantação do sistema de assistência em saúde mental.

Considero que a particularidade dessa experiência reside em dois aspectos:

a) seu início foi marcado por uma intervenção do poder público municipal, através de sua prefeita, sobre a administração de um manicômio privado, conveniado com a rede pública, e essa ação, essencialmente política, demarcou ao mesmo tempo espaços de ação e limites da técnica e da ética.

b) por partir da situação manicomial, hospitalocêntrica, a experiência configurou-se desde o início como uma proposta de substituição total e desativação do aparato asilar e, no decorrer dos anos, efetivamente construiu uma alternativa. A transformação da estrutura manicomial serviu como laboratório para a configuração dos novos serviços.

Essa experiência de Santos na área da saúde mental já foi abordada por diversas dissertações e teses de saúde mental (Leal, 1994), enfermagem (Aguilar, 1995; Filizola, 1999), saúde coletiva (Campos, 2000, Robortella, 2000), ciências sociais (Nicácio, 1994), psicologia (Oliva, 2000), além de ser apresentada também na Conferência de Caracas (Kinoshita, 1992) e divulgada em publicações deste autor (Kinoshita, 1996). Por isso, não iremos retomar aqui a sua descrição detalhada, mas apenas apresentar alguns recortes que nos permitam ilustrar o “modelo” da cronicidade e a produção de autonomia. Ou seja: em que medida o modelo explicativo para a geração do fenômeno da cronicidade, ou melhor, da institucionalização, baseado na Teoria da Autopoiese, pode contribuir para outros aspectos da atuação da reforma psiquiátrica e para a Saúde Coletiva?

5.1. Transformar a estrutura para romper com a Organização

A partir da caracterização do manicômio e especificando o modo como ele se organiza, pode-se pensar que, segundo a Teoria da Autopoiese, com a dissolução dessa Organização, o sistema necessariamente se transforma (se torna outra coisa) ou se desintegra. Assim, retomando as características já apresentadas, o manicômio resume-se a uma Organização pautada por relações hierárquicas, fundada sobre um gradiente de saber, que estabelece relações de controle para sua própria preservação, com o uso da força física sobre os pacientes, legitimado e autorizado por aquele saber.

Além disso, visto como unidade simples, isto é, como um componente do conjunto da sociedade, o manicômio situa-se em um circuito de controle com outras instituições, com as quais mantém relações complementares (específicas da área psiquiátrica) e suplementares (controle sobre outras situações de desvio, não corrigidas pelas instituições de origem). Esse circuito de controle pode ser considerado como um outro sistema ou subsistema da sociedade em geral.

Uma ação antimanicomial, desinstitucionalizante, deveria necessariamente atuar nesses dois domínios fenomênicos que, embora não sejam redutíveis um ao outro, têm uma interseção estrutural na figura do profissional de saúde envolvido, em particular a do psiquiatra.

5.1.1. Entre dois domínios

No corpo do profissional de saúde ocorre a interseção entre dois domínios fenomênicos do sistema manicomial: um domínio do manicômio enquanto componente de uma unidade composta que constitui; o outro enquanto área de contato do manicômio com a sociedade. Neste segundo domínio, cabe ao profissional proteger a sociedade e a ordem pública contra as ações desmedidas (*hybris*) dos doentes mentais. Esta delegação social, no caso do psiquiatra, é dupla: conferem-se a ele o poder e as responsabilidades de operar, contemporaneamente, duas distinções: a primeira, inerente a todo médico, é a de distinguir a doença da saúde; a segunda é específica dele e lhe confere um lugar especial¹: trata-se da tarefa de distinguir o normal do anormal e, conseqüentemente, o cidadão do não-cidadão. A sociedade reconhece o psiquiatra como capaz de operar essas duas distinções, sob a suposição de que ele possui um conhecimento objetivo, baseado em seus conhecimentos científicos.

“Desse modo, sob a noção explícita ou implícita de que o conhecimento objetivo é uma base adequada para fundamentar a autoridade social no domínio da saúde mental, os terapeutas (psicólogos e psiquiatras) definem o que ocorre a outras pessoas por meio do diagnóstico e da determinação do tratamento, a partir da posição ‘objetiva’ de quem possui um acesso privilegiado a uma realidade independente” (Méndez, Couddou & Maturana, 1998:149).

¹ Robert Castel desenvolve esta temática do papel “especial” do psiquiatra em *A ordem psiquiátrica: Idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

A concessão de poder ao terapeuta ocorre no domínio fenomênico das relações do manicômio, enquanto unidade, com a sociedade, de modo que independe da vontade do indivíduo e não lhe permite dizer: “eu não quero esse poder” ou “não recebi tal poder”. O exercício da profissão já é intrinsecamente ligado a essa delegação. O que pode ocorrer é que um profissional tenha maior ou menor consciência dessa delegação de poder, e portanto maior ou menor responsabilidade ou liberdade para exercê-lo.

No domínio das relações organizativas do manicômio, o psiquiatra em geral ocupa o lugar de maior grau na hierarquia de saber e a ele é delegado o poder de discriminar os indivíduos nos diversos níveis da hierarquia de saber. Novamente essa delegação baseia-se na suposição de que ele detém um acesso privilegiado ao real e à verdade.

O ponto crítico fundamental não está na configuração estrutural predominante, na qual o psiquiatra ocupa esse lugar na hierarquia, pois essa organização hierárquica pode estruturar-se de modo que outros profissionais ocupem o mesmo lugar de discriminador maior, de detentor de um acesso privilegiado a uma realidade objetiva ou à verdade, substituindo, por exemplo, psiquiatras por psicólogos. Do mesmo modo, não se trata de uma questão específica ao saber psiquiátrico, pois, mesmo que este fosse substituído pela psicologia (para seguir o exemplo acima, mas poderia ser qualquer outro campo de saber que se supõe objetivo), a Organização manicomial não seria alterada, realizando-se apenas com outra Estrutura. O que é preciso tentar criticar e modificar é a atitude epistemológica que se funda no pressuposto de que conhecer é apropriar-se de uma realidade objetiva independente do conhecedor; de que o conhecimento assim adquirido é neutro e pode validar nossas ações. Ou seja, é preciso repensar as relações entre epistemologia e ética, entre conhecimento e responsabilidade.

5.2. O que nos ensina a escola do manicômio?

Quem já passou pela experiência de entrar no espaço de um manicômio em transformação jamais a esquece. De repente, a cabeça gira, temos a sensação de que nos falta o chão, de uma vertigem. Essa vertigem dura alguns segundos e nos faz sentir como que sem base, sem apoio. Nosso primeiro gesto é exatamente procurar um ponto de apoio. Vamos buscar na pessoa mais próxima uma referência. Será este um médico? Não, é um enfermeiro. Então com certeza é aquele ali, bem vestido, com a gravata perfeitamente ajustada... Não, este é um paciente. Então onde está o médico?

Por um momento nos damos conta de que todos os nossos esquemas de referência se dissolveram e não temos a menor idéia de como seguir adiante. Nino Vascon, um jornalista da RAI – emissora de televisão italiana – ao visitar o manicômio de Gorizia, na década de 1960, relata: “Neste ponto [o visitante] se sentirá completamente desconfortável, porque não saberá reconhecer o doente, o médico, o enfermeiro. Então, na tentativa de restabelecer os parâmetros, perguntará inevitavelmente: onde estão os perigosos?” (Vascon, 1968:25)

Mas, se não encontra aquelas caricaturas de doentes, continua a se sentir embaraçado devido à

“[...] dificuldade de decifrar as várias categorias, o que torna difícil escolher o tipo de linguagem com o qual iniciar o diálogo com esta gente: estou falando com deferência a um enfermeiro, enquanto tratei com excessiva familiaridade um médico e agora confundi o hábil enfermeiro com um louco? Eis por que a primeira aproximação com a comunidade [terapêutica] é geralmente muda e as primeiras horas são pontuadas por perguntas em voz baixa dirigidas ao amigo, em busca de cumplicidade entre sãos, entre pessoas que vieram de fora.” (Vascon, 1968:26)

Precisamos nos colocar em um ângulo preciso para poder retomar o contato com as coisas. Passados os momentos iniciais de angústia, percebemos que podemos nos comunicar. A perda do quadro de referência obriga-nos a buscar no Outro um ponto de apoio para que a comunicação interrompida retome seu caminho. Nestas condições, temos uma experiência-limite. Limite que não nos põe um final, mas, ao invés, nos propõe um começo. Aponta a necessidade de um projeto comum que permita organizar um novo pacto, uma nova possibilidade de aproximação e de criação de espaços de *com-viver*. Por meio do outro chegamos a um projeto, a um coletivo.

Ao vivenciar a perda do quadro de referência, a impossibilidade de nos referenciar com a “realidade”, somos obrigados a nos confrontar com o outro, através de um jogo de mútuo reconhecimento, atravessado de muitas dimensões: afetiva, intelectual, científica, de formas de pensar. A possibilidade de, a partir desse limites, produzir novas relações, conexões, instituições, redes vem a ser necessariamente coletiva. Mesmo que conflitivamente, novos quadros de referência vêm a ser constituídos no próprio operar, nesse processo de co-produção da realidade à qual reflexivamente nos voltamos como critério de avaliação de nossa conduta.

Em decorrência disso, a razão deixa de ser considerada o instrumento para ter acesso a uma realidade absoluta e já dada. Esse deslocamento promove a idéia de que a realidade é um produto do operar dos sistemas envolvidos na sua deriva natural histórica.

Podemos nos referir a esse processo como um ultrapassar os muros do manicômio fazendo emergir novas “legitimidades” – processo multiplicador de linguagens, afetos, atores que os muros do manicômio não comportam. Creio que esse tipo de vivência vertiginosa é um indicador de qualidade da transformação em ato.

5.2.1. Dissolvendo a Hierarquia

Toda distinção implica uma certa intencionalidade, a qual denota uma certa valoração. É impossível operar qualquer distinção quando se absolutizam os termos em total equivalência. Ou, em outros termos, não é possível operar sem nenhuma hierarquia. Se a organização hierárquica é uma das características do manicômio, então como superá-la?

Quando assumimos a direção da Casa de Saúde Anchieta, podemos dizer que era uma organização manicomial cuja estrutura hierárquica não tinha todos os requintes de grandes instituições com vários níveis profissionais, departamentos, setores e seções. O princípio do “máximo lucro, mínima despesa” configurou uma estrutura com reduzidíssimo número de profissionais técnicos, bem como de horas contratadas. Havia apenas um psicólogo, contratado para meio período, duas enfermeiras, uma das quais afastada por licença médica, e uma assistente social, também por meio período. Os cinco médicos, na prática, só trabalhavam em regime de plantão, isto é, cuidavam de “intercorrências”. Mais ou menos sessenta atendentes de enfermagem completavam o pessoal destinado a “tratar”, em média, os quinhentos pacientes internados.

A própria escassez de profissionais não permitia, portanto, uma hierarquia pautada por graus de saber. Não obstante, as relações internas eram ordenadas por uma hierarquia informal que se iniciava no diretor proprietário do hospital e descendia a outros empregados da Casa em diversas áreas: um auxiliar de enfermagem, um porteiro, o responsável pela rouparia e alguns pacientes. A estes era delegado o poder de manutenção da “boa ordem” e do controle interno, utilizando-se de instrumentos de castigo físico, como a reclusão em celas fortes ou banhos frios com mangueira, e até de relatórios aos médicos sobre quem estava “precisando” tomar eletrochoques.

Essa rede de poder era alimentada com pagamentos em dinheiro “por fora”, como se dizia. Se, na prática, o único critério para as ações desses “agentes do poder” era apenas a obediência às suas normas, as justificativas eram sempre enunciadas em termos técnicos como: “paciente delirante”, “agressivo”, “impulsivo”, “agitado”, reforçando a idéia de que sua conduta orientava-se por uma certa suposição de saber objetivo.

O fato de não serem profissionais tecnicamente qualificados não minimiza, mas torna cruamente evidente a ideologia científica que sustenta e legitima tais práticas. Afinal, essas práticas eram referendadas pelos médicos e pela direção do hospital.

Essas relações de autoridade, fundadas em uma suposição de saber objetivo, quando contestadas, inevitavelmente se resumem a simples autoritarismo. Para romper com elas, é preciso, portanto, romper com as ideologias que as sustentam. No nosso caso, como a hierarquia era informal, essa ruptura em parte era mais fácil, uma vez que não havia empecilhos formais, burocráticos, pois simplesmente não havia poder formal a ser destituído.

Por outro lado, porém, era mais difícil romper com essas relações de autoridade porque era preciso coibir o uso da força e as justificativas que eram dadas, desautorizando aqueles indivíduos de usar o seu poder real, prático, consolidado pela história particular daquele hospital. Para isso, reorganizaram-se as enfermarias e designaram-se equipes específicas, responsáveis pelos pacientes de cada ala, de modo a dissolver a ação totalizante daqueles indivíduos ao colocá-los em confronto com equipes diversas.

Nesse novo ordenamento, em contraposição à idéia de controle, assumia-se como *slogan* a passagem do cárcere às práticas terapêuticas, anunciando a centralidade do paciente e de suas necessidades como objetivo principal da ação terapêutica. O hospital passou a contar apenas com dois postos hierárquicos: o diretor e o diretor clínico.

A atuação do diretor clínico durante os primeiros meses críticos da intervenção na C. S. Anchieta merece destaque exemplar. Normalmente, a hierarquia estabelece distâncias entre os indivíduos, preenchidas por formalidades e pompa. Nosso diretor clínico², ao contrário, rompia com todos os estereótipos e cristalizações de comportamento manicomial, reduzindo as distâncias, expondo-se ao “risco da relação”.

² Dr. Willians Valentini, atualmente diretor do Hospital Cândido Ferreira em Campinas.

Certo dia, ele chegou ao hospital esbaforido, com uma cartela de cortadores de unha que comprara no bar da esquina. Entrou pelas alas distribuindo cortadores de unha, anunciando e incitando a todos que aquele dia era o “dia de pôr as unhas dos pacientes em ordem”. Mas foi o seu exemplo que desconcertou a todos e indicou o valor da ação. O diretor clínico sentou-se numa escadaria, alguns degraus abaixo de uma paciente, uma senhora negra, gorda e mal-encarada, com os pés muito mal cuidados, pegou os pés daquela mulher, pôs no colo e iniciou uma conversação: *como é seu nome? Faz tempo que a senhora está aqui?* E foi aparando as unhas dos pés da paciente.

Essa ação é um exemplo concreto de uma radical ruptura da hierarquia manicomial e a atuação de projetos com finalidades concretas, investigando a história da paciente, aparando as unhas e, concomitantemente, incluindo-a como pessoa legítima no espaço de convivência. Quando um diretor da instituição, deixando todas as formalidades hierárquicas, põe-se a cuidar de um paciente que, por sua vez, carrega todos os estigmas de desvalor (mulher, negra, louca e pobre), gera pelo seu exemplo, inicialmente, uma perturbação nos outros profissionais, mas com a recorrência de cenas semelhantes passou a constituir uma indicação e uma coordenação consensual de ações concretas que envolveram as equipes.

5.2.2. A grande Conversação

O dispositivo operativo proposto para se organizar o dia-a-dia foram reuniões de equipes, diárias, que deveriam discutir projetos de ação dentro do âmbito de problemas de cada ala. Neste sentido, as reuniões deveriam contar com o máximo de participação de todos os funcionários da ala e principalmente dos próprios pacientes. Além disso, foram sendo retiradas as barreiras institucionais que mantinham os familiares distantes do tratamento, permitindo-se a presença de visitantes a qualquer hora.

As reuniões de equipes passaram então a girar em torno da *hierarquia de projetos*, discutindo prioridades ligadas ao tratamento dos pacientes, e não à lógica da manutenção da rotina hospitalar. O que esses projetos inicialmente punham em causa era a própria situação dos pacientes, enquanto indivíduos antes de tudo excluídos e destituídos de direitos elementares, ou seja, questionava-se a própria Organização manicomial e as diversas formas em que ela se estrutura (desde situações de violência explícita até questões de controle mais sutis, mas não menos invalidantes).

O que apresento aqui de forma abstrata era trabalhado sobre questões elementarmente práticas e concretas, como, por exemplo, o “direito” do paciente de tomar banho a qualquer hora, ou se o paciente tinha ou não o direito de recusar a medicação. Não há respostas operacionais prontas para questões como essas; ao contrário, todo argumento precisava passar pelo crivo da prática. Neste sentido, um aspecto essencial é aquilo que os triestinos costumavam chamar de *combate a todas as ideologias*.

Todas as quintas-feiras, ao final da tarde, havia uma assembleia geral, aberta a profissionais de todos os setores. Estimulava-se a participação do maior número de pessoas, de modo a fazer dessa reunião o espaço para uma grande conversação coletiva.

A cultura política de muitos profissionais considerava que essa assembleia deveria deliberar sobre as questões internas, tornando-se assim a instância maior para a efetivação da democracia direta no interior do hospital. Combatemos essa proposta, pois considerávamos que o importante era um espaço de encontro, de confronto de idéias, um mecanismo para se gerar coordenações consensuais e não para dissolver dissensos. Nesses casos, costuma-se privilegiar a resolução de conflitos mediante mecanismos formais como uma votação, por exemplo, e obviamente não se dissolve nada, mas tende-se a neutralizar e reprimir o dissenso pela força do voto. É a maneira democrática de se impor sobre o outro, sem culpa.

Em nosso caso, visávamos, ao contrário, abrir espaço para o dissenso e para o debate. Assim, as reuniões não visavam chegar a nenhuma decisão necessariamente, mas, pela convivência, pela conversação, pelo confronto de idéias, muitas vezes acalorado, criar pouco a pouco consensos, aceitação mútua. É preciso esclarecer que o termo “consensual” não implica identidade de sentido ou de idéias, mas expressa um modo de viver com outros, em coordenações consensuais de coordenações consensuais de conduta, ou seja, viver no espaço de uma linguagem que se gera coletivamente.

Nessa grande conversação foram sendo constituídos diversos objetos e problemas como, por exemplo, a cronicidade, o trabalho (ausência de), as famílias, os direitos, o lazer, os projetos... A dinâmica da conversação gerava esses objetos a partir do que tínhamos de estabelecer

5.2.3. As ideologias como opressão e liberação

Este tópico merece destaque, pois no processo de transformação e desmontagem do aparato manicomial há sempre o risco de se paralisar a ação devido às ideologias. Se a crítica inicia-se como crítica à inércia institucional, ao estado de estagnação de todo movimento na instituição manicomial, enquanto ente totalizado, é comum que não se perceba quando uma ideologia nascente, uma totalização em movimento (Sartre, 1963), torna-se uma totalidade inerte à qual nos aferramos, permanecendo estagnados. Nessas condições, toda discrepância com a ideologia passa ser catalogada como erro, e a ideologia torna-se opressora (Basaglia, 1981:384).

Basaglia, evocando Marx, propõe que o critério de validação dos projetos seja o *praticamente verdadeiro*, ou seja, uma proposta de ação só pode ser avaliada pela ação prática, e não *a priori*. Isso significa que, para se tornar efetiva, a ação depende da implicação concreta dos indivíduos (por exemplo, cortar as unhas dos pacientes e conversar). De um lado, uma certa atitude de “dúvida hiperbólica” que questiona tudo o que já está consolidado, tido com certo e verdadeiro. De outro, a manutenção da dúvida pela ação prática, que não se resolve numa comprovação da realidade, mas na demonstração de potência de transformação das pessoas. Esta demonstração ou comprovação de potência de ação serve, ao mesmo tempo, para intensificar recursivamente a dúvida e para pôr novos desafios.

A dúvida atinge não apenas a hierarquia formal, mas dirige-se, como crítica, aos saberes que legitimam a violência institucionalizada. Assim, todas as ideologias científicas, tanto por sua vertente de “presunção de acesso privilegiado ao real” como por seu aspecto de instrumento de legitimação política, são alvo de crítica.

5.2.4. A legitimidade imanente do Outro

Se prescindir da autoridade hierárquica e do saber como árbitro das situações, em que tipo de relações se funda a nova organização? Como se estrutura a nova situação? A resposta, aparentemente trivial, é que a nova organização deve basear-se em relações de mútua aceitação e de afirmação da legitimidade do outro como ser vivo. O que não é trivial, porém, é como superar as distinções tão arraigadas como louco e são, normal e anormal, profissional e doente, opressor e oprimido.

Essa aceitação não pode ser simplesmente uma aceitação ideológica, que caricaturiza “o louco beleza” e nega as situações de divergência e até de violência. Tampouco pode reduzir-se a uma aceitação formal, do tipo “todos são iguais perante a lei”, em que a formalidade se descola das relações efetivas.

A legitimidade do outro, afirmada radicalmente, implica que, seja qual for a situação, ele não pode ser negado, mas não significa que se considere toda sua conduta como desejável. A legitimidade imanente do outro significa que não se pode recorrer a justificativas transcendentais para desqualificar sua ação, mas, no caso de divergência, implica confrontos de idéias, de pontos de vista, sem com isso desqualificar automaticamente o interlocutor. Esse tipo de relação só pode ser obtido na prática, isto é, pondo as coisas para funcionar. Pelo convívio compulsório entre profissionais e pacientes no espaço do hospital, pautados por essa ausência de verdades preestabelecidas, podem surgir conversações, coordenações consensuais de emoções (como no caso das balas relatado mais adiante [p. 205]), seguidas de coordenações consensuais de condutas, e recursivamente gerar pouco a pouco uma linguagem comum.

Na nossa experiência, essa atitude de aceitação intencionada partia desde a direção do hospital, que estabeleceu como estilo de trabalho a “porta aberta”. Literalmente, a porta da sala da direção era mantida aberta, de forma que qualquer pessoa poderia vir conversar sobre suas idéias, seus problemas, a qualquer hora. Certamente, embora implicasse uma certa prática confusa, em que muitos assuntos eram discutidos ao mesmo tempo por muita gente, essa medida dava o tom de que a aceitação era uma questão para todos.

Acredito que esse estilo se refletiu na atitude de muitas pessoas que passaram a reproduzir esse clima de “voluntarismo para a conversação” no trabalho; num movimento em cascata em que as próprias pessoas experimentavam suas potencialidades e, ao mesmo tempo, se confrontavam com as potencialidades dos pacientes.

5.3. Saúde e doença e a defesa da Vida

Saúde, doença e vida são termos usamos coloquialmente para nos referir a nossas experiências pessoais, nossas vivências. Sabemos do que se trata... No entanto, esses termos não são tão claros para os profissionais da área da saúde. Em seu livro *A doença*, Berlinguer (1988) já fala de início da dificuldade de se definir o que é uma doença, devido a muitas definições e poucas certezas.

É muito variável, enfim, a ótica do observador: a doença será diferente se for julgada pela própria pessoa ou por parentes ou amigos, ou por quem deve avaliá-la para um emprego, para o alistamento militar, uma pensão de invalidez, ou até pelo médico ao tratá-la. (Berlinguer, 1988:19)

As diversas definições de doença envolveriam pelo menos três aspectos interligados: a) uma alteração de algum órgão, sistema ou função, mais ou menos demonstrável; b) um grau variável de conhecimento do mal; e c) uma interpretação ética, que vale como guia para a ação (id., ibid.).

Berlinguer, recorrendo a dicionários e enciclopédias, também não encontra uma definição mais consistente³. Ora são tautologias na forma de mútua definição do tipo “doença é o que acomete o indivíduo doente” e “doente é o indivíduo acometido por uma doença”. Ora são definições antitéticas na forma: doença como o contrário da saúde e vice-versa, ou ainda definições que estabelecem a doença em face de uma medida ou padrão exterior, como natural ou antinatural, perfeito ou imperfeito, normal ou anormal.

Outra tentativa de se definir doença consiste em atrelá-la a um aspecto funcional como “diminuição da capacidade de adaptação ao meio” ou “redução da capacidade de trabalho”. Em suma, Berlinguer manifesta três convicções:

1. A doença é um fenômeno vital, isto é, trata-se de um dos aspectos da vida ou “uma das maneiras na qual pode manifestar-se a vida”.

³ Não encontramos também uma definição específica de doença, por exemplo, no consagrado *Cecil Textbook of Medicine*, (20. ed., Bennet & Plum, 1996).

2. A doença é um processo ou movimento conflituoso na forma de agressão e defesa que se expressa na

... incapacidade permanente ou transitória de manter a homeostasia, o equilíbrio entre as funções do organismo, e é um processo: isto é, tem um início, uma história e uma conclusão. Melhor seria falar de um ciclo contínuo saúde-doença, que se desenvolve não somente no interior do organismo mas entre este e o ambiente. (Berlinguer, 1988:34)

3. Há uma associação entre saúde e doença. Esta terceira convicção é de ordem ético-programática e indica que se deve:

“[...] preferir o estímulo a uma maior saúde substancial, isto é, atingir o bem-estar e o sentir-se bem, independentemente de pressões externas, em vez da saúde instrumental, avaliada com base em critérios de produtividade ou de adaptação; e que se deve preferir a solidariedade para com o doente (e o sadio) a ser ajudado, em vez de procurar o doente a ser explorado.”(Berlinguer, 1988:35)⁴

Essa noção de ciclo saúde-doença remete a outro problema de definição, que é a de saúde. O mesmo Berlinguer cita Alessandro Sepilli, para quem a saúde é “a condição harmoniosa de equilíbrio funcional, físico e psíquico do indivíduo integrado dinamicamente no seu ambiente natural e social” (apud Berlinguer, 1988:34). Mas essa definição também apresenta problemas que obrigam Berlinguer a restringir e especificar a noção de *integração*, recusando a adaptação forçada a condições desumanas e ressaltando a idéia de “prolongar a vida e atingir o ciclo biológico completo na plenitude relativa das capacidades físicas e mentais”. Esta última passagem abre a outra questão que diz respeito à própria noção de vida.

⁴ Dando continuidade a sua discussão, Berlinguer aborda a doença a partir do modo como é vivenciada e enfrentada e propõe um esquema de cinco facetas de um processo patológico: sofrimento, diversidade, perigo, sinal e estímulo. Não é nosso objetivo seguir aqui essa discussão, mas fica a indicação.

5.3.1. A defesa da Vida

Gastão W. S. Campos, em 1991, publicou *A saúde pública e a defesa da vida*, um texto que reinscreve a problemática da Vida na arena de debate da saúde. É curioso como a Vida foi historicamente alijada do contexto das questões da saúde e da doença, tanto no âmbito específico da medicina como das políticas de saúde, a ponto de ser necessária uma “retomada crítica” e, sem dúvida, polêmica pelo autor. Se a temática da vida em si não é desenvolvida, ela se apresenta como um fundo sobre o qual se desenvolve o texto. Posteriormente, Merhy (1994) desenvolve “Em Defesa da Vida” como um modelo tecno-assistencial que

“[...] pressupõe a garantia do acesso dos cidadãos a todo desenvolvimento tecnológico hoje à disposição da humanidade, para prolongar e melhorar a qualidade da vida das pessoas; o desenvolvimento de uma consciência sanitária que contribua para que os homens e mulheres possam caminhar no sentido de reconhecer e lutar por suas necessidades mais legítimas; o desenvolvimento de formas criativas e eficazes de controle dos cidadãos sobre o Estado, no sentido de que o mesmo possa ser um dos espaços para a construção de uma vida melhor para todos.” (Cecílio, 1994:26)

Sem entrar na discussão do modelo tecno-assistencial, o que nos parece relevante é que a Vida vem a ser reconhecida como um valor fundamental que “pressupõe a garantia do acesso dos cidadãos a todo desenvolvimento tecnológico hoje à disposição da humanidade, para prolongar e melhorar a qualidade da vida das pessoas”. Ainda assim, a vida em si deixa de ser tematizada como uma questão que, ao nosso ver, não é trivial, ou melhor, as concepções sobre a Vida podem ter consequências que não são triviais.

5.3.2. O que é a Vida?

Esta pergunta, à primeira vista, parece ser ou muito banal e simples ou por demais abstrata e filosófica e, portanto, destituída de interesse científico. No entanto, é uma das questões científicas que move um debate extremamente complexo durante todo o século XX.

Em 1944, Erwin Schrödinger publicou uma série de palestras proferidas no *Institut for Advanced Studies* do *Trinity College* de Dublin sob o título *O que é a vida?*. Cientista renomado e laureado com o prêmio Nobel de Física, um dos autores da teoria quântica, Schrödinger apresentou suas idéias sobre a biologia a respeito da natureza da hereditariedade e sobre a termodinâmica dos seres vivos. Schrödinger, de certa forma profeticamente, indicou todo um programa de investigação sobre as condições físicas dos processos biológicos da transmissão de informação de geração a geração, formulando a idéia de que o gene deveria ser um cristal aperiódico, que os cromossomos conteriam uma mensagem codificada, e elaborou as noções de “ordem a partir da ordem” e “ordem a partir da desordem” e um projeto de unificação da ciência.

Essas noções influenciaram Jim Watson e Francis Crick, que anos mais tarde descreveram a estrutura do DNA, que gerou “o dogma central da biologia molecular”. Estabeleceu-se que a vida e todos seus fenômenos correlatos são em última instância determinados pela estrutura molecular genética e este dogma, direta ou indiretamente, influenciou muitas gerações de cientistas e expandiu-se pela cultura atual. Difundiu-se a noção de que “tudo está nos genes” e que, no limite, os verdadeiros agentes históricos seriam os próprios genes submetidos a seleção natural. É tal a crença nos genes que se acredita que todo o comportamento dos sistemas vivos está de alguma forma pré-programado e deposita-se a esperança de que, pela manipulação genética, todos os males podem ser resolvidos. Tal fé é representada numa anedota cômica: um cientista encontra seus colegas de laboratório e exclama exaltado: “Encontrei, encontrei! Identifiquei a sequência do gene que nos faz acreditar que tudo tem origem nos genes!”

Um aspecto interessante dessa trajetória é que todo o aparato das ferramentas da matemática e da lógica sustentando uma posição objetivista não eliminou uma ambigüidade de fundo. Jacques Monod (1971), geneticista, outro laureado com o prêmio Nobel, nas suas formulações é forçado a propor a *teleonomia* como uma das propriedades dos seres vivos, inscrita no código genético. A rigor, trata-se de um princípio explicativo, que nada explica (Bateson, 1991:65-6) e que reintroduz a teleologia aristotélica, como causalidade exterior, *não-objetiva*.

Além da teleonomia, Monod sugere como características de um ser vivo a morfogênese autônoma, isto é, uma determinação interna para a conformação estrutural do sistema, e a invariância reprodutiva. No entanto, essas características são compartilhadas por estruturas de cristais e é necessário ainda recorrer à noção de quantidade de informação transmitida de geração a geração para diferenciar um ser vivo de um cristal, o que é um critério “puramente quantitativo” (Monod, 1971:24).

Maturana critica Monod por ser vitalista ao tentar explicar a propriedade de um sistema vivo a partir das propriedades de um de seus componentes (Maturana, 1997:127). Poderíamos acrescentar que, para distinguir um objeto artificial de um ser vivo, Monod não respeita o determinismo estrutural:

“A estrutura macroscópica, uma vez concluída, não testemunha forças internas de coesão entre átomos ou moléculas que constituem o material (e só lhe conferem suas propriedades gerais de densidade, dureza, ductibilidade etc.), mas *forças externas que o modelaram*.”. (Monod, 1971:22, grifos no original)

Ou seja, artefatos podem ser explicados por interações instrutivas; e como corolário, a solução para os seres vivos só poderia resultar de uma instrução interna a partir dos genes.

Em 1993, um conjunto de cientistas reuniu-se novamente no *Trinity College*, numa comemoração do cinquentenário das palestras de Schrödinger em que se rediscutiram as teses desse cientista e se especulou sobre o futuro da biologia. Stephen J. Gould (1997) aponta criticamente que

“[...] ‘o movimento pela unidade da ciência’ surgiu como uma faceta principal do positivismo lógico, desenvolvido pela escola de filósofos de Viena durante os anos 20. Relacionado principalmente com Rudolf Carnap e Otto Neurath, [...] este movimento sustentou que todas as ciências compartilham as mesmas leis, métodos e linguagem, e que não existem diferenças fundamentais entre as ciências da física e as biológicas, ou (na verdade) entre as ciências naturais e as ciências sociais devidamente constituídas.”

Gould vai além e sugere que a convicção reducionista de Schrödinger vincula-se ao “modernismo” que “procurou, acima de tudo, a redução, a simplificação, a abstração e a universalidade” (Gould, 1997:38).

De seu ponto de vista crítico, Gould contesta

“Dentro do espírito pluralista do pós-modernismo, a teoria evolucionária contemporânea atualmente se afasta do reducionismo limitante tanto do tipo de Schrödinger (segundo o qual a questão “o que é a vida?” poderia ser respondida conhecendo-se a natureza física dos menores componentes) como do tipo de Darwin (segundo o qual os processos e escalas de tempo de níveis superiores podem ser explicados como extrapolações causais de processos que operam no organismo individual no presente observável).” (id., *ibid.*:44)

Stuart Kauffman (1997), outro participante desse encontro, admite que em grande parte as formulações de Schrödinger mostraram-se corretas, mas questiona se o *insight* desse autor a respeito da idéia de ordem solidificada no cristal aperiódico do DNA seria necessário ou suficiente para a evolução da vida. E sua resposta é negativa para ambas. Kauffman apresenta um conjunto de argumentos complexos para demonstrar que

“[...] [1] o aparecimento da própria vida poderia estar baseado não nas propriedades replicativas do DNA ou do RNA, mas sim em uma mudança de fase para conjuntos de molécula coletivamente autocatalíticos em sistemas termodinâmicos abertos. [...] [2] o aparecimento da ordem dinâmica coletiva em redes complexas de elementos de processamento paralelo [...] [teria sua origem central na] maneira como trajetórias dinâmicas convergem para pequenos atratores no espaço de fase do sistema.” (Kauffman, 1997)

Kauffman sugere que a emergência de sistemas moleculares ordenados e auto-reproduzíveis não exige a presença de grandes sólidos aperiódicos nem a reprodução da ordem dinâmica pode ser assegurada.

Não temos aqui nenhuma solução definitiva para a questão da Vida. Mas, como vimos argumentando, as proposições da Teoria da Autopoiese abrem-nos alternativas em relação ao reducionismo na ciência. Fazemos nossas as palavras de Cardoso de Melo:

“Pensar a saúde, doença, as políticas sociais, implica pensar os elementos essenciais à reprodução da vida. Neste sentido vimos desenvolvendo, na esteira de J. E. Lovelock e sua hipótese de GAIA – a de que o planeta Terra é ele mesmo um organismo vivo –, uma concepção de educação, saúde e trabalho, que se articulam num conceito mais amplo – o de vida, baseado nos autores que vêm tentando de-construir a cisão/oposição sujeito/objeto imposta pela modernidade, na busca da construção das interfaces conjuntivas entre sujeito e objeto, seja na busca da “sutura epistemológica” entre Sociedade e natureza, seja nas teorias das organizações complexas da vida como *autopoiesis*. Vida que é ao-mesmo-tempo biológica e social, como diz E. Morin.” (Cardoso de Melo, 1991)

5.3.3. A doença entre parênteses – A objetividade entre parênteses

Basaglia e Maturana têm influências comuns da fenomenologia husserliana: as duas formulações são homólogas. Mas não são equivalentes. Creio que, na obra de Basaglia, a questão de uma possível objetividade do mundo, da biologia, da realidade primeira sempre se manteve aberta.

“Muitos dos sintomas com os quais se etiquetou [o paciente] desaparecem junto com as estruturas às quais estavam estreitamente ligados, de tal forma que se exigiu um trabalho gradual de separação entre aquilo que poderia ser considerado produto da internação e aquilo que poderia ser retido como *núcleo da doença originária*.” (Basaglia, 1981:431, grifos nossos)

A *epoché*, a suspensão do juízo em relação à doença, tem como meta o encontro com o doente e a doença nus, livres das etiquetas e dos efeitos institucionais. Nesse encontro poder-se-ia identificar as reais necessidades do homem. Embora Basaglia expressasse muitas críticas epistemológicas ao positivismo e ao reducionismo, suas análises fenomenológicas não o conduziram a uma crítica radical da realidade ontológica. Por isso, sempre temos presente uma tensão com a problemática da ideologia como mistificação da realidade e a proposta de verificação pela ação concreta, tendo como critério o *praticamente verdadeiro*.

A formulação de Maturana, por sua vez, origina-se da pesquisa na área da neurofisiologia da cognição, cujos resultados o conduziram a um ponto em que, no mínimo, pode-se dizer que a questão da existência ou não de um mundo objetivo independente do observador é “indecidível”⁵.

Assim, Maturana propõe o que designa como caminho da “objetividade entre parênteses” e argumenta que a objetividade não é necessária para o trabalho científico. Uma vez que vivemos imersos na linguagem, quando buscamos explicar ou entender uma experiência, nós a explicamos com outra experiência na linguagem e, nesse contexto, a realidade ou o problema do substrato transcendente não têm sentido, ou no limite

“[...] se eu insisto em entender um substrato, o máximo que posso dizer é que ele permite o que permite. Não posso dizer como permite. Nem sequer posso dizer que as categorias de coisas, de objetos, ou relações, se aplicam a ele.” (Maturana, 1997:347)

O “indecidível” acima coloca-nos uma questão ética: quais as conseqüências de se optar por uma ou outra das vias? Para nós, a implicação maior é que a via da “objetividade sem parênteses” aceita que há um acesso privilegiado ao real⁶; este tem servido de justificativa para a autoridade e hierarquia nas relações humanas que sustenta a Organização manicomial.

A obra de Maturana e Varela demonstra, de modo consistente, que esse acesso não é operacionalmente possível e nos leva às noções de congruência operacional, acoplamento estrutural e coordenações consensuais de conduta. A via da objetividade entre parênteses leva-nos a compreender que o mundo humano é essencialmente produto da história humana.

⁵ Mingers (1995) sumariza o debate a respeito da posição filosófica/ontológica de Maturana em “Philosophical implications”, in *Self-producing systems*. New York: Plenum, p. 85-116.

⁶ Este acesso ao real também é debatido entre os físicos e Bernard d’Espagnat afirma que “a mecânica quântica não nos permite aceder ao ‘real’, ainda que sem dúvida ela nos dê uma tradução bastante fiel...” (apud Prigogine & Stengers, 1991).

No processo de dissolução da Organização manicomial, não apenas colocamos a doença entre parênteses, mas seguimos a via da “objetividade entre parênteses”, isto é, em nossa experiência em Santos, não optamos por nenhuma teoria *a priori* como mais válida que qualquer outra. O principal efeito dessa atitude foi que, nos debates das equipes, os diversos profissionais sentiram-se cada vez mais autorizados a agir; a discriminante maior era a centralidade nos problemas dos pacientes. Por exemplo, percebeu-se que muitos pacientes já haviam perdido contato com a família e não havia muitas pistas.

Foram utilizadas diversas formas de investigação, desde as mais tradicionais, percorrendo cartórios e instituições, até as mais inusitadas, como técnicas de pesquisas de “auras” e “resíduos” energéticos através de pêndulos e varetas (o curioso é que, qualquer que seja a explicação, o voluntário que se dispôs a empregar tais técnicas conseguiu ajudar a encontrar diversas famílias). Uma assistente social então recém-formada chegou a se envolver tanto na procura de uma família que solicitou autorização e recursos para seguir algumas pistas de vinte anos atrás. Ela viajou junto com o paciente para o sertão da Bahia, de ônibus, depois de caminhão, jipe, até de jegue, e, após quatro ou cinco dias, acabou encontrando um irmão do paciente que não o via há mais de duas décadas.

De certo modo, a não adoção de um referencial específico como critério de verdade inicialmente gerou uma situação de grande tensão e angústia nas equipes. As pessoas não estavam habituadas a trabalhar sem obedecer a um saber claro e distinto e a normas fixas, a ponto de, em alguns momentos, surgirem demandas explícitas do tipo: “Precisamos ser mandados para poder obedecer”. Aparentemente, percebia-se que a angústia de se pôr na situação e implicar-se era muito arriscada e apelava-se para a alienação como saída. Uma das formas de se isentar do processo era recorrer aos tradicionais papéis profissionais e aos seus *settings*.

Um grupo de psicólogos, logo nos primeiros dias, perguntava “onde ficavam as salas dos psicólogos e quando seriam as supervisões”. Discutiu-se então que a necessidade inicial dos pacientes era mais básica, mais elementar. Era preciso primeiro humanizar as relações, recuperar as histórias pessoais, e esse trabalho deveria ser feito nas enfermarias, nos pátios onde estavam os pacientes: estendendo-lhes a mão, fazendo com que se levantassem, perguntando-lhes o nome, iniciando uma conversação.

Sem dúvida, um dos fatores que conta nessas horas é o medo. Esses psicólogos passaram a entrar nos pátios em grupos, como que se protegendo mutuamente. Pouco a pouco, alguns pequenos contatos foram se estabelecendo. Com a separação das equipes, criou-se a possibilidade de se operar distinções na massa amorfa, impessoal, de pacientes e fazer surgir pessoas com histórias, com sofrimento.

Um desses psicólogos certa vez chegou com um pote de balas e disse: “Eu não sabia o que fazer; é muito difícil e ao mesmo tempo muito triste a situação dos pacientes. Então tinha essas balas em casa e achei que algumas balas poderiam ajudar a tornar a vida um pouco mais doce. Será que é permitido?” Se esse tipo de iniciativa fosse desqualificado por sua “falta de fundamento” ou de “refinamento teórico”, certamente bloquearia a mudança de estado emocional, que desde a situação de medo se deslocava para a comodência, isto é, o reconhecimento da dor do outro. E essa mudança emocional significava mudar os domínios cognitivos e as possibilidades de um acoplamento estrutural.

Gradualmente, mantendo-se a tensão aberta, muitos começaram a se arriscar a fazer coisas. E, a cada pequeno projeto realizado, novas discussões, novos domínios cognitivos consensuais foram sendo constituídos.

Quando não há domínios consensuais estabelecidos, as interações recursivas adquirem esse caráter criativo, como vimos anteriormente, e engendram novos domínios cognitivos, ampliando o espaço de interações possíveis. Na mesma linha, a porta aberta da sala da direção também se ampliava abertura de todas as portas do hospital, ou melhor, de todas as portas das alas, com exceção de duas que levavam diretamente à rua. Com isso, as pessoas tiveram condição de circular livremente por diversos espaços do hospital, oportunidade de conhecer novas pessoas, estabelecer novos contatos.

5.3.4. Saúde e doença

Ao indagar-se sobre a relação entre o estado normal e o patológico, Canguilhem (1995) aponta duas concepções sobre a doença, uma *teoria ontológica* e uma *concepção dinâmica*, que desde a Grécia Antiga permeiam o pensamento médico.

A primeira concebe a doença como algo exterior, como *alteridade*, que invade e toma o organismo e que, conseqüentemente, pode ser extirpada por uma intervenção externa, como que exorcizando a materialização do mal. A concepção dinâmica, por sua vez, dissolve a diferença *qualitativa* entre o estado normal e a doença, transformando-a em uma *relação quantitativa*; a doença difere apenas em termos de intensidade maior ou menor ou em termos de falta ou excesso, sendo que intervir no processo significa restabelecer a harmonia perdida, imitando a natureza. O dogma da continuidade entre o normal e o patológico, no limite, se levado “às últimas conseqüências, o conceito de doença se desvaneceria”(Canguilhem, 1995).

O que nos parece estar em causa e ao mesmo tempo constituir a fonte das dificuldades é a questão da identidade do organismo. Um organismo sadio é diferente do organismo doente, mas, ao mesmo tempo, o consideramos o mesmo organismo. A solução ontológica resolve essa questão sob a ótica de que “trata-se do mesmo organismo acrescido [ou subtraído] de algo (a doença)”. No entanto, nossa experiência cotidiana mostra-nos que um organismo não é uma unidade continuamente idêntica a si mesmo, mas que é um mesmo que muda constantemente. O problema está em se distinguir quando a mudança é considerada normal e quando é patológica.

A solução dinâmica, por sua vez, ao homogeneizar tudo em uma questão quantitativa, também encontra problemas pela dificuldade para se estabelecer um critério para se definir os limites do que é normal e do que é patológico, que inevitavelmente conta com uma margem de arbitrariedade. Considera-se o patológico como variação quantitativa para mais ou menos de um normal. Note-se que se pressupõe o normal como a referência do mais e do menos, mesmo que não se saiba exatamente onde está.

Quadro 4.

Relação	Ontológica	Dinâmica
Doença	$\neq$ Saúde; Alteridade	$\cong$ Saúde; Identidade
Natureza	Antinatural	Natural
Critério	Ansência/presença	Excesso ou Falta
Critério	Qualitativo	Quantitativo
Conhecimento	Localizatório	Analítico
Normal/anormal	Diversidade	Identidade, modos de ser
Fisiológico /Patológico	Descontínuo (pode haver continuidade)	Continuidade
Designação	A ou Dis	Hiper ou Hipo

Embora muito distintas entre si, têm em comum uma relação de heterogeneidade entre os estados normal e patológico. Ambas “encaram a doença, ou melhor, a experiência de estar doente, como uma situação polêmica, quer a luta do organismo contra um ser estranho, quer uma luta interna entre forças que se afrontam” (Canguilhem, 1995).

Quando falamos da doença ou da experiência de estar doente, estamos nos referindo a uma observação feita sobre o comportamento de um organismo como uma unidade simples, isto é, como uma totalidade. Essas distinções engendram domínios fenomênicos distintos não intersecantes, irreduzíveis entre si.

A análise do Patológico feita por Canguilhem abre-nos a possibilidade de introduzir uma outra distinção. Podemos verificar aqui que a distinção entre o fisiológico e o patológico se dá a partir dos domínios de observação constituídos. Quando falamos de fisio(pato)logia, em termos físico-químicos, estamos nos referindo a uma observação sobre as interações entre os componentes de um sistema composto. Nesse nível de observação, as interações entre componentes seguem a dinâmica das leis físico-químicas. Nesse nível de descrição dos fenômenos, é possível destacar determinados processos, seqüências de reações regulares e constantes, que consideramos como normais.

Pode-se entender como normal aqui desde a noção de frequência e regularidade até a noção de “regra ou norma” biológica, isto é, como exigência para a manutenção da sua autopoiese. Pode-se também distinguir quando essas cadeias de reações ocorrem de modo não usual, seja pela modificação da velocidade das reações, seja pela alteração do equilíbrio dinâmico pela introdução de novos elementos no sistema. Podemos dizer que essas variações das reações são anormais (irregulares, fora da regra). No entanto, se as relações que dão identidade de classe ao sistema se mantêm, então o que ocorre são transformações estruturais sem perda de identidade.

Na Teoria da Autopoiese, não faz sentido falar em doença como uma gradação da adaptação. Adaptação significa manutenção da autopoiese e do acoplamento estrutural do organismo, em termos de tudo ou nada. Variações estruturais podem ser anormais, num sentido de frequência, porém *não se questiona a legitimidade do organismo*, que preserva a sua identidade de classe. Aqui podemos fazer uma aproximação com a idéia de anomalia de Canguilhem, como uma maneira de ser inteiramente diferente.

Saúde e doença são juízos de um observador a respeito dos estados de um sistema. Uma abordagem ontologizante da saúde, que buscasse “o que é” a saúde essencialmente, nos levaria ao mesmo campo polissêmico conhecido. Ao invés disso, propomos uma abordagem que pergunta como sabemos da saúde e da doença, ou melhor, como operamos para determinar se um sistema é saudável ou não. Isto é, deslocamos a pergunta para o nível do observador.

O observador, ao emitir um juízo sobre o estado de um sistema dizendo é saúde ou não é saúde, compara o estado atual do sistema com o conjunto de estados possíveis que ele, como observador, consegue inferir, ou seja, avalia a extensão do conjunto de estados possíveis que um sistema pode adquirir a partir de determinado instante. Ou, em outras palavras, avalia a extensão do domínio de perturbações do sistema, que é determinado por sua estrutura. Caso esse conjunto de variações de estado possíveis seja restrito – ou a variabilidade do sistema seja reduzida –, podemos dizer que é pouco saudável e podemos prever que esse sistema não suporta grandes variações no meio ambiente.

Segundo Atlan (1992), a lei de Ashby “permite uma compreensão das condições estruturais mínimas necessárias à sobrevivência de qualquer sistema exposto a um meio ambiente, fonte de agressões e perturbações aleatórias”. E estabelece uma relação entre a variedade

- das perturbações,
- a das respostas possíveis e
- a dos estados aceitáveis.

“A variedade das respostas disponíveis deve ser tão maior quanto maior for a das perturbações e quanto menor for a dos estados aceitáveis, ou seja, uma grande variedade nas respostas disponíveis é indispensável para assegurar uma regulação de um sistema que vise mantê-lo num número limitado de estados, embora ele seja submetido a uma grande variedade de agressões. Ou, ainda, a variedade na estrutura e nas funções do sistema é um fator indispensável de autonomia (Atlan, 1992:5).”

Considerando que estudamos sistemas estruturalmente determinados que não admitem interações instrutivas, as mudanças de estado de um sistema são desencadeadas pela interação com o meio (que pode incluir outros sistemas), mas não são determinadas por este, e sim por sua estrutura presente.

A estrutura atual (presente) de um sistema é que vai determinar o:

- domínio de mudanças de estado (DME) do sistema (o conjunto de mudanças estruturais possíveis que o sistema pode sofrer sem perda de sua identidade ou de organização) ;
- o domínio de interações perturbadoras (DIP);
- o domínio de interações destrutivas (DID), isto é, que delimita o conjunto das possibilidades de interação. $\{I\} = \{DIP\} + \{DID\}$

A variedade das perturbações é determinada pela estrutura do meio, porém é a estrutura do sistema que determina quais as interações que o sistema pode sofrer, quer dizer, o sistema só pode interagir dentro das condições em que sua estrutura presente lhe permite interagir.

Assim, o que se designa como a variedade das respostas possíveis, a rigor, corresponde ao DME (domínio de mudanças de estado) que, aos olhos do observador, pode ser descrito como respostas ao meio, mas essa variedade é determinada por sua estrutura e não pela interação. Ao interagir com o sistema, o meio gera perturbações que desencadeiam as mudanças estruturais no sistema mas não as determinam. Um sistema só pode mudar do modo admitido por sua estrutura.

As interações (perturbações) com o meio (considerado como uma outra estrutura) desencadeiam, mas não determinam, as mudanças estruturais que o sistema vai sofrer. E, vice-versa, as mudanças estruturais do sistema vivo desencadeiam mudanças estruturais no meio. O sistema pode desencadear mudanças no meio, mas que são determinadas pela estrutura do próprio meio e não por instruções do sistema.

Se a temperatura da sala cai, a pele do indivíduo talvez se arrepie e ele sinta frio, de modo a se levantar e fechar a janela, acender a lareira ou ainda vestir um agasalho. Ou seja, estabelece-se uma dinâmica de interações sistema-meio em que mutuamente selecionam mudanças estruturais, numa co-deriva estrutural espontânea. Pode-se dizer que para cada estrutura existe um conjunto de perturbações que um sistema pode suportar, ou seja, há um domínio de interações possíveis ou variações estruturais que um sistema pode sofrer sem perder a identidade. Tanto o sistema vivo como o ambiente têm limites na suas possibilidades de transformação estrutural.

Se na sala não há janela, não há como fechá-la, ou se não há lareira, não há como acendê-la. Se o indivíduo estiver em coma não sentirá frio nem irá se mover.

A cada instante, um sistema vivo estabelece na sua interação com o meio um espaço de possibilidades de transformação mútua; ou, em outras palavras, é uma intersecção entre os domínios de interação do sistema vivo e do meio. Podemos denominá-lo espaço vivencial. Um indivíduo tem um espaço vivencial diferente se está no deserto do Saara ou se se encontra no interior de um supermercado.

O espaço vivencial é limitado pelos domínios de interação do sistema e do ambiente. Se o domínio de interação do sistema for restrito, mesmo que o domínio de interações do ambiente possa ser amplo, a intersecção será restrita. Em outros termos, um indivíduo com uma estrutura limitada/limitante terá um espaço vivencial restrito, mesmo num ambiente com grande variabilidade.

A variedade das respostas, a rigor, é uma referência que o observador faz ao domínio de mudanças de estado do sistema, que por sua vez é determinado pela estrutura do próprio sistema. Podemos dizer que essa variedade de respostas corresponde ao que Canguilhem descrevia como “uma reserva de normatividade” que o ser vivo teria.

Consideramos então que pode-se entender o conceito de saúde aplicando a um sistema vivo a Lei de Ashby modificada, de modo a avaliar o domínio de mudanças possíveis que um sistema pode suportar sem perder a identidade, ou seja, a fazer um cálculo de sua variabilidade. Dizemos que um sistema é saudável a partir do cálculo que fazemos de sua variabilidade. O que significa dizer que se trata de uma inferência probabilística das configurações possíveis do sistema, que é uma propriedade deste, mas não de seus componentes.

Um sistema vivo, para manter-se vivo, precisa manter sua organização (suas relações que lhe dão identidade de classe) e sua adaptação ao meio, ou seja, precisa preservar o seu acoplamento estrutural, modificando sua estrutura em uma co-deriva com as modificações do meio. Em resumo, ele preserva sua organização modificando continuamente sua estrutura. Assim, um sistema vivo pode ter, para a mesma organização, uma miríade de estruturas possíveis. Porém, cada estrutura atual (organização efetivamente realizada no espaço físico) tem um conjunto finito de transformações possíveis, determinadas pela história de sua deriva natural.

Um observador pode inferir (a partir da observação das histórias de uma série de sistemas de mesma classe) para uma dada estrutura um conjunto de transformações e, por sua extensão, julgar a capacidade do sistema de suportar modificações sem perder sua organização. Ou, nos termos de Canguilhem, a capacidade de criar novas normas corresponde ao conjunto de transformações possíveis sem perda da identidade, ou sua normatividade. De que serve esta noção de saúde?

Quando deixamos de encarar a saúde como uma “coisa”, isto é, quando não a ontologizamos, deixamos de pensar em termos de normas absolutas e únicas e seus correspondentes desvios. Deixamos de ver a saúde como ideal abstrato e norma a ser cumprida, e passamos a encará-la como dependente de um campo de possibilidades de se viver a vida. Isso nos leva a particularizar a noção de saúde para cada sistema considerado a cada momento. Nesse sentido, podemos remeter a Rotelli, que afirmava a necessidade de se trabalhar com mil saúdes.

A história de interações de cada sistema passa a ser fundamental para a compreensão do estado atual do sistema, pois é a partir da sua história de interações que um sistema se configura no presente.

A história de interações do sistema tem um lugar condicionante na configuração deste e leva a compreender o papel das intervenções (perturbações) terapêuticas, deixando de vê-las como interações instrutivas que determinam a sequência de estados que serão desenvolvidos pelo sistema em questão. Toda ação terapêutica passa a ser entendida como uma perturbação do estado atual do sistema, que, embora possa desencadear uma modificação do estado atual, não determina o estado seguinte. Em outras palavras, se não é uma interação instrutiva, mas desencadeante de mudanças de estado do sistema, a terapêutica pode ser entendida como uma série de interações que, a cada vez, desencadeiam novas mudanças de estado e que, recursivamente, podem vir a gerar acoplamentos estruturais com o meio (até mesmo através de instrumentos).

Um sistema que desenvolve novos acoplamentos estruturais, por sua vez, pode ser entendido como um novo sistema (opera-se uma nova distinção) que interage como uma nova unidade, mais complexa. Essa unidade, mais complexa, aumenta o domínio de interações possíveis do sistema originário. Promover a saúde significa, portanto, agir de modo a aumentar o campo de possibilidades de estados que o sistema pode configurar sem perder sua organização, de modo a não só suportar as variações do meio, como estabelecer acoplamentos estruturais que, recursivamente, aumentam o campo de possibilidades. Trabalha-se assim na perspectiva de se ampliar o espaço vivencial do indivíduo.

Por outro lado, o objetivo de uma intervenção terapêutica não seria mais corrigir um erro ou um defeito, e sim perturbar um sistema de modo a desencadear uma mudança estrutural na qual o estado seguinte do sistema seja mais complexo, sem perda de identidade (organização). Podemos pensar em interações contingentes e interações recorrentes.

Num pronto socorro, as interações em geral são contingentes: um pronto atendimento, uma sutura ou até mesmo uma cirurgia de emergência são perturbações que visam desencadear modificações restauradoras ou re-organizadoras (no sentido de restabelecer a organização fundamental do sistema ameaçado de perda de organização ou morte). As interações recorrentes, recursivas, podem ser criadoras de um acoplamento estrutural que amplie o domínio de interações da unidade originária, gerando uma nova unidade mais complexa.

Aquilo que conhecemos como a história natural das doenças deve ser re-significado como uma abstração de características de uma série de histórias particulares de sistemas de mesma classe e, como abstração, ela não determina o curso de um caso em particular no presente. Serve apenas como referência ao profissional como um campo de possibilidades, mas as probabilidades são definidas apenas pela estrutura presente do sistema dado.

Saúde torna-se um juízo sobre as possibilidades e probabilidades de estados possíveis do sistema considerado e não sobre a presença ou ausência de uma “coisa”, e os estados possíveis de um sistema são determinados por sua estrutura atual que, por sua vez, é produto da história de interações do sistema. Isso significa que falar de saúde em geral é falar de uma abstração, mas sempre lidamos com a saúde do caso [sistema] particular.

O processo da doença, por sua vez, exige uma avaliação de outro tipo. Um sistema vivo, na sua deriva estrutural, pode atingir um ponto em que sua estrutura configure um estado em que uma modificação subsequente seja diacrítica. Ou, em termos termodinâmicos, uma bifurcação em que ou o sistema se torna mais complexo ou se torna mais simples e mais próximo do equilíbrio, com aumento de entropia.

Esses estados, quando tendem a maior entropia, podem desencadear uma sequência em cascata em que cada vez mais se torna próximo do equilíbrio (perda da sua organização e conseqüentemente morte do sistema). A doença é um juízo que fazemos sobre a presença de um estado crítico (que pode desencadear uma sequência de estados entrópicos).

Saúde e doença são, assim, dois tipos de juízos sobre o sistema: um como projeção/avaliação do domínio de interações possíveis; o outro voltado para o estado presente ou configuração atual e sua diacriticidade. Desse modo, não estamos lidando com fenômenos complementares ou polares. Esse esquema nos permite conceber um sistema saudável, com grande extensão do domínio de interações possíveis, e ao mesmo tempo doente, isto é, configurado diacriticamente neste momento presente, podendo tomar caminhos diferentes segundo sua co-deriva com o meio. Assim podemos também conceber um sistema pouco saudável (domínio restrito) como não doente por não se encontrar em situações diacríticas. Ambos constituem apenas aspectos do processo vital (autopoiese) de um sistema.

6. Últimas proposições – à guisa de conclusão

6.1. Recursão sobre o texto

A partir da história da psiquiatria americana é possível perceber a sucessão de ondas de reformas psiquiátricas, desde o século XIX, desencadeadas sempre pela problemática dos pacientes crônicos. No entanto, essa mesma história fornece-nos indicações das limitações epistemológicas e teóricas da psiquiatria, particularmente na vertente reducionista.

6.1.1. Doença mental crônica

Não encontramos um significado inequívoco para esse termo. A busca por uma definição “objetiva” e inquestionável mostra-se infrutífera. Maturana propõe que a questão seja abordada desde um ponto de vista que o autor designa como da “objetividade entre parênteses”. Em outros termos, ele opta por um método que prescinde da objetividade para gerar explicações sobre os fenômenos. Uma vez que não se pode apelar para uma “realidade objetiva” como a justa medida das coisas, essa episteme tem como suposto que a única validação de um problema é a dinâmica que o constitui. Nesse sentido, Maturana propõe uma fórmula geral para um problema, que no caso de um paciente crônico seria

“[...] uma pessoa que surge como um ser social particular em uma determinada dinâmica de interações recorrentes que configura a todos os participantes através da estabilização de um subconjunto de relações que os constituem em seu acoplamento estrutural.” (1998:104)

Isso significa que estamos lidando com uma dinâmica que se estabelece na dinâmica do acoplamento estrutural entre indivíduos. O objeto deixa de ser “uma doença a ser sanada”, mas uma dinâmica a ser modificada. Um problema torna-se problema quando um ou mais participantes dessa dinâmica fazem uma determinada distinção, “trazem à tona no contexto de uma contradição emocional recorrente.”.

Quando ou em que contexto então utilizamos a palavra doente mental crônico? Seguindo a fórmula de Maturana, é necessário especificar qual é a “dinâmica de interações recorrentes” a que estamos nos referindo. A primeira observação é que somos nós profissionais/observadores que fazemos essa distinção e designamos alguém como crônico. Ocorre numa dinâmica de interações que pode ser descrita, sinteticamente, como a situação clínica, na qual interagem um profissional e um indivíduo com um problema de saúde. Quando emerge o paciente dito crônico? Quando, no fluir das interações recorrentes que estabelecemos com os pacientes, não conseguimos estabelecer uma dinâmica de interações que julgamos satisfatória, nas ocasiões em que consideramos que os pacientes “não respondem” ao “tratamento”. Ou seja, o termo crônico indica o fracasso das nossas interações como profissionais, e não uma propriedade específica do paciente.

A contradição emocional do observador que designa alguém como crônico precisa ser esclarecida. Os médicos psiquiatras e os profissionais de saúde têm como tarefa uma delegação social de duas vias: de um lado, devem tratar, cuidar das pessoas doentes, aliviar seu sofrimento; de outro, devem proteger a sociedade contra esses mesmos doentes, controlando-os e vigiando-os. A psiquiatria traz em si essa contradição congênita, e historicamente a resolveu separando o indivíduo doente de sua doença. Já dizia Basaglia que o “mal obscuro da psiquiatria” reside nessa separação. A doença abstrata pode ser “tratada”, ao passo que o doente concreto é vigiado e controlado. O paciente crônico re-apresenta continuamente essa condição contraditória atávica da psiquiatria. Essas dificuldades não passaram despercebidas e, aparentemente, o termo crônico caiu em desuso, dando lugar a noções de doença mental grave e doença mental de longa duração.

A experiência de Basaglia em Gorizia e Trieste demonstrou de modo eminentemente prático que, superada essa dicotomia, todo um processo de transformação emerge. A cronicidade de profissionais e pacientes se dissolve em projetos, ações e movimento. O objeto da psiquiatria reformada, em vez da “doença”, passa a ser “a existência-sofrimento de um indivíduo inserido num corpo social”. Mas é de notar que a educação médica costuma dar pouca atenção à questão do sofrimento humano (Cassel, 1991:30).

Para entender o sofrimento, seria preciso superar os paradigmas reducionistas que dicotomizam mente e corpo, subjetivo e objetivo, pessoa e objeto. Cassel considera que o sofrimento refere-se sempre a uma experiência de uma *pessoa*. O conceito de pessoa utilizado por esse autor é multifacetado: a pessoa tem história, família, cultura, papéis, relaciona-se com ela mesma, é um ser político, faz coisas, em diversos graus não se apercebe do que acontece com ela, tem comportamentos regulares. Toda pessoa tem um corpo, uma vida secreta, um futuro visado e uma dimensão transcendente (Cassel, 1991:38-43). Embora o sofrimento possa originar-se em qualquer uma dessas facetas, é sempre a pessoa na sua totalidade que sofre. Cassel propõe ainda uma distinção entre os termos *illness* e *disease*. *Disease* denotaria um processo, uma alteração física ou em ente específico. *Illness* seria referente às tribulações da pessoa, em que a doença constitui apenas um dos aspectos que pode ser fonte de sofrimento.

Interferir com o sofrimento implica poder compreender as mais diversas facetas da pessoa e atuar sobre elas, começando pela afirmação de sua legitimidade e de sua aceitação como ser humano.

6.1.2. Autopoiese e complexidade

No extenso campo de formulações que se denomina Complexidade, desde os seus primórdios, com os ciberneticistas, até a atualidade, com as diversas correntes da ciência cognitiva, passando pelos sistemas adaptativos complexos, um discurso particular, a Teoria da Autopoiese, no sentido amplo, fornece-nos um conjunto de instrumentos teóricos que consideramos úteis, por auxiliar na tarefa de dar inteligibilidade aos problemas surgidos nas reformas psiquiátricas referentes à cronicidade e aos processos de transformação institucional praticados em diversos locais, mais particularmente na nossa experiência em Trieste e em Santos.

Especificamente, esse instrumental nos permite indicar que uma questão fundamental nos processos de reforma da assistência psiquiátrica é a possibilidade de uma virada epistemológica que nos conduza por um estreito caminho entre o realismo e o solipsismo; um caminho que reconheça a historicidade e a processualidade da constituição dos Mundos, uma vez que a presença do Outro é para nós, seres humanos linguajantes, ao

mesmo tempo fonte de perturbação e possibilidade de ampliar nossos domínios de ação, de criar novos mundos.

Consideramos que a teoria contribui para retomar determinadas formulações feitas na experiência basagliana, de modo que possam readquirir a força de transformação que tiveram em sua origem. A questão dos pacientes que denunciam a nossa cronicidade continua sendo tarefa primordial para o planejamento de programas e serviços de saúde mental.

6.1.3. Planejamento de serviços

Bachrach (1991,1986) aborda dois aspectos fundamentais no planejamento de serviços para os ditos pacientes crônicos: continuidade do cuidado e serviços abrangentes.

A continuidade do cuidado entendida em termos de acessibilidade: acesso longitudinal (temporal), acesso psicológico (de modo que o paciente sinta que o serviço é acolhedor e relevante para a sua vida), acesso geográfico.

A abrangência dos serviços inclui 1) um adequado sistema para estabilização das situações de crise, imediatas e imprevisíveis; 2) um leque de serviços residenciais (casas protegidas, casas que recebem apenas suporte, individuais, coletivas, etc.); 3) um leque de enquadres de tratamento e uma variedade de serviços (para as diversas situações e necessidades) e oportunidades de lazer e sociais.

Um aspecto ressaltado por Bachrach é a necessidade de integração do tratamento. Embora postule a necessidade de substitutos para todas as funções anteriores desempenhadas historicamente pelo hospital psiquiátrico o autor afirma que a fragmentação do sistema em diversas agências e tipos de serviços oferecidos aparentemente se mantém atada à episteme hegemônica, e não se questiona o problema dessa mesma fragmentação. Uma das consequências é, por exemplo, o debate sobre a diferenças e proximidades entre a “reabilitação psicossocial” e a “psiquiatria”, como áreas em conflito teórico (Bachrach, 1992).

Do nosso ponto de vista, como já argumentamos, consideramos que o modelo biopsicossocial de George Engel, de fato, tornou-se uma palavra *pass-partout*, sem sentido

(Saraceno, 1995), e que é necessário buscar novos modelos explicativos, novas metáforas guia (Morgan, 1997) para compreender os fenômenos da doença mental e planejar e organizar serviços adequados. Paradoxalmente, as fontes dessas mudanças conceituais surgem no interior da própria biologia, que cada vez mais desenvolve modelos teóricos complexos, distantes dos reducionismos e vitalismos. Talvez fosse necessário repensar o próprio ensino médico, atualizando-o com as concepções da biologia teórica contemporânea...

Por fim, é certo que tudo o que foi dito, foi dito por um observador, e como tal limitado ao seu ponto de vista. Destarte, não podemos ter a pretensão de vencer as idéias contrárias; Maturana nos ensina que só será convencido aquele que já está disposto a sê-lo, numa dinâmica de aceitação mútua em conversações. Como dizia Basaglia, nosso problema é o de *com* vencer.

7. Abstract

The presence of the problem of the chronicity is verified in the several contexts of the reforms of the psychiatric attendance and in particular way in the American history. A revision of the publications regarding the subjects of the chronicity showed us that, in spite of being used thoroughly, that is a theme that brings a lot of divergences and that the concept of chronic patient is a concept that mistakes. Retaking Franco Basaglia's critical thought and the institutionalization concept as explanatory outline of the institutional chronification we identified it called "enigma of the bodyhood" as a central problem. The ambiguity of the body of being, simultaneously, subject and object for the human being is shown as historical subject. I argue that an approach with the Theory of Autopoiesis, proposed by Maturana and Varela, would facilitate us to investigate the chronicity as phenomenon that we observe in the domain of the ontogeny of the living beings, and its correlations with the physiologic dynamics. I argue that the new conceptions of cognition and language and of living beings, alternatives to the scientific and philosophical western tradition, would facilitate an explanation for the chronicity, in way to guide the actions in the sphere of the individual interrelations (professionals / patients), as well as to serve as reference for the planning of actions and services in mental health policies.

8. Bibliografia

- ADLER, D. A; DRAKE, R. E. & STERN, R. Viewing chronic mental illness: A conceptual framework *Compr Psychiatry*, 25:192-207, 1984.
- AGUIAR, M. G. G. *A reinvenção de ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde Anchieta e Núcleos de Atenção Psicossocial*. São Paulo:1995. dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- ALBERT, E. Long-term course of psychoses in continuously hospitalized patients. *Psychiatr Neurol Med Psychol*, 35:abstract, 1983.
- ALVES, D. S. N. A reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, 1996. (mimeo)
- AMARANTE, P. D. C. *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995.
- O homem e a serpente*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996, p. 23-34.
- ANDREASEN, N. C. Thought, language, and communication disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 36:1315-21, 1979.
- . Negative symptoms in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 39:784-8, 1982.
- ANDREW, A. M. The paradigm of self-organizing systems. In: DALENOORT, G. J. *The paradigm of self-organization*. London, Gordon & Breach Science Publishers, 1989, p. 23-41.
- ANINGER, M. ; GROWICK, B. & BOLINSKY, K. Individual community placement of deinstitutionalized mentally retarded adults: some personal concerns. *Ment Retard*, 17:307-8, 1979.
- APPLEBY, L. & DESAI, P. Residential instability: a perspective on system imbalance. *Am J Orthopsychiatry*, 57:515-24, 1987.

- ASHBAUGH, J. W. & BRADLEY, V. J. Linking deinstitutionalization of patients with hospital phase-down: the difference between success and failure. *Hosp Community Psychiatry*, 30:105-10, 1979.
- ATLAN, H. Uncommon finalities. In: THOMPSON, W. I. *Gaia*. Hudson, Lindsfarne, 1987, p. 110-27.
- BACHRACH, L. L. A conceptual approach to deinstitutionalization. *Hosp Community Psychiatry*, 29:573-8, 1978.
- . Planning mental health services for chronic patients. *Hosp Community Psychiatry*, 30:387-93, 1979.
- . Is the least restrictive environment always the best? Sociological and semantic implications. *Hosp Community Psychiatry*, 31:97-103, 1980.
- . Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry*, 138:1449-56, 1981.
- . The effects of deinstitutionalization on general hospital psychiatry. *Hosp Community Psychiatry*, 32:786-90, 1981a.
- . Young adult chronic patients: an analytical review of the literature. *Hosp Community Psychiatry*, 33:189-97, 1982.
- . The concept of young adult chronic psychiatric patients: questions from a research perspective. *Hosp Community Psychiatry*, 35:573-80, 1984.
- . Interpreting research on the homeless mentally ill: some caveats. *Hosp Community Psychiatry*, 35:914-7, 1984a.
- . The young adult chronic psychiatric patient in an era of deinstitutionalization *Am J Public Health*; 74(4):382-4, 1984b.
- . The challenge for service planning for chronic mental patients. *Community Ment Health J*, 22:170-4, 1986.

- . The homeless mentally ill in the general hospital: a question of fit. *Gen Hosp Psychiatry*, 8:340-9, 1986a.
- . The future of the state mental hospital. *Hosp Community Psychiatry*, 37:467-474, 1986b.
- . Chronicity in schizophrenia (letter). *Hosp Community Psychiatry*, 38:1226-7, 1987.
- . Geographic mobility and the homeless mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*, 38:27-8, 1987a.
- . Defining chronic mental illness: a concept paper. *Hosp Community Psychiatry*, 39:383-8, 1988.
- . Service planning for chronic mental patients: some principles. *Int J Group Psychotherapy*, 41: 23-31.1991
- . Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *Am J Psychiatry*, 149: 1455-63.1992
- BAKER, F. & WEISS, R. S. The nature of case manager support. *Hosp Community Psychiatry*, 35:925-8, 1984.
- BARTON, W. E. The place, if any, of the mental hospital in the community mental health care system. *Psychiatr Q*, 55:146-55, 1983.
- BASAGLIA, F. *L'istituzione negata*. Torino, Einaudi, 1968.
- . La libertà comunitaria come alternativa alla regressione istituzionale. In: ONGARO BASAGLIA, F. *Basaglia scritti*. Torino, Einaudi, 1981, p. 394-409.
- . Lezione/conversazione con gli infermieri. In: GALLIO, G. et al. *La libertà è terapeutica*. Milano, Feltrinelli, 1983.
- BASSUK, E. L. The impact of deinstitutionalization on the general hospital psychiatric emergency ward. *Hosp Community Psychiatry*, 31:623-7, 1980.

- BASZANGER, I. Deciphering chronic pain. STRAUSS, A. & CORBIN, J. *Grounded Theory in Practice*. 1-34. SAGE Publications. Thousand Oaks. 1997.
- BATAILLE, G. *O erotismo*. L&PM. Porto Alegre. 1987.
- BATESON, G. *Pasos hacia una ecologia de la mente*. Buenos Aires, Planeta, 1991.
- BATTISTON, E. et al. *Il circuito del controllo. Atti e documenti del Reseau di alternativa alla psichiatria*. Trieste, Cooperativa Libreria-Centro Culturale, 1980.
- BECK, M. A. & CALLAHAN, D. K. Impact of institutionalization on the posture of chronic schizophrenic patient. *Am J Occup Ther*; 34(5):332-5, 1980.
- BEER, S. Recursions of power. In: TRAPPL, R. (org.). *Power, autonomy, utopia*. New York, Plenum Publishers, 1986, p. 3-18.
- BEHRMAN, A. L.; TEITELBAUM, P. & CAURAUGH, J. H. Verbal instructional sets to normalise the temporal and spatial gait variables in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 65:580-2, 1998.
- BELLACK, A. S. & MUESER, K. T. A comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. *Community Ment Health J*, 22:175-89, 1986.
- BELLUS, S. B. et cols. Behavioral rehabilitation and the reduction of aggressive and self-injurious behaviors with cognitively impaired, chronic psychiatric inpatients *Psychiatr Q*:70(1):27-37, 1999.
- BENNETT, D. Deinstitutionalization in two cultures. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 57:516-32, 1979.
- BENNETT, M. I. et al. The value of hospital-based treatment for the homeless mentally ill. *Am J Psychiatry*, 145:1273-6, 1988.
- BERLINGUER, G. Muitas definições, poucas certezas. In: BERLINGUER, G. *A doença*. 19-37. Hucitec. São Paulo. 1988.

- BERMAN, M. The roots of reality: Maturana and Varela's. The tree of knowledge. *Journal of Humanistic Psychology*, 29:277-84, 1989.
- BERTALANFFY, L. V. *Perspectivas en la teoría general de sistemas*. Madrid, Alianza Universidad, 1992.
- BIRCH, J. Re-inventing the already punctured wheel: reflections on a seminar with Humberto Maturana. *Journal of Family Therapy*, 13:349-73, 1991.
- BOWEN, A. Some mental health premises. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 57:533-51, 1979.
- BRADDOCK, D. Deinstitutionalization of the retarded: trends in public policy. *Hosp Community Psychiatry*, 32:607-15, 1981.
- BRAUN, P. et al. Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *Am J Psychiatry*, 138:736-49, 1981.
- BREIER, A. & STRAUSS, J. S. The role of social relationship in the recovery from psychotic disorders *Am J Psychiatry*, 141:949-55, 1984.
- BROTHERS, L. *Friday's footprint*. New York, Oxford University Press, 1997.
- BRUZZONE, A. M. *Ci chiamavano matti*. Torino, Einaudi, 1979.
- BUSNELLO, E. A. O paciente psicossocial crônico: um problema e suas complexidades. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. do Sul*, 1985, p. 187-94.
- CAMPOS, F. C. B. & HENRIQUES, C. M. P. *Contra a maré, à beira-mar*. São Paulo, Scritta, 1996.
- CAMPOS, F. C. B. *O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Campinas: 2000. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas/Unversidade Estadual de Campinas.

- CAMPOS, G. W. S. A militância em saúde pública e a defesa da vida. In: CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. 13-36. Hucitec. São Paulo. 1991.
- . Sistema Único de Saúde: ainda um desafio (mais uma possibilidade que uma realidade). In: CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma*. São Paulo, Hucitec, 1992, p. 17-33.
- . A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada, 1997. (mimeo)
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*, 4a. Ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CAPRA, F. *A teia da vida*. Cultrix. São Paulo. 1996.
- CASSEL, E. J. Ideas in conflict: the rise and fall of new views of disease.
- . *The nature of suffering*. p. 3-16. Oxford University Press. New York. 1991.
- CASTEL, R. A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- . A instituição psiquiátrica em questão. In: FIGUEIRA, S. A. (coord.). *Sociedade e doença mental*. Rio de Janeiro: Campus, 1978.
- CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.
- . *As encruzilhadas do labirinto*. Paz e Terra. Rio de Janeiro. 1987.
- . *As encruzilhadas do labirinto /2*. Paz e Terra. Rio de Janeiro. 1987b
- . *As encruzilhadas do labirinto /3*. Paz e Terra. Rio de Janeiro. 1992.
- . *Feito e a ser feito*. Paz e Terra. Rio de Janeiro. 1999
- CATON, C. L. M. Effect of lenght of inpatient treatment for chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 139:856-61, 1982.

- CECILIO, L. C. O. *Inventando a mudança na saúde*. Hucitec. São Paulo. 1994
- CHARMAZ, K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociol Health Illn*, 5(2):abstract, 1983.
- . "Discovering" chronic illness: using grounded theory. *Soc Sci Med*, 30:1161-72, 1990.
- CHAUDHRY, M. R. Rehabilitation of chronic schizophrenics in a developing country. *Int Disabil Stud*, 9:129-31, 1987.
- CHRISTENFELD, R. et al. Effects of community placement on chronic mental patients. *Am J Community Psychol*, 13:125-38, 1985.
- . How physical settings affect chronic mental patients. *Psychiatr Q*, 60:253-64, 1989.
- CLARK, D. H. *Psiquiatria administrativa*. Buenos Aires, Nueva Visión, 1973.
- CLARKE, L. Schizophrenia: all in the mind or locked in the brain? *J Adv Nurs*, 28:398-404, 1998.
- COFFMAN, J. A.; ANDREASEN, N. C. & NASRALLAH, H. A. Left hemispheric density deficits in chronic schizophrenia. *Biol. Psychiat*, 19:1237-47, 1984.
- COLLACOTT, R. A. The effect of age and residential placement on adaptative behaviour of adults with Down's syndrome. *Br J Psychiatry*, 161:675-9, 1992.
- CONROY, J. ; EFTHIMIOU, J. & LEMANOWICZ, J. A matched comparison of the developmental growth of institutionalized and deinstitutionalized mentally retarded clients. *Am J Ment Defic*, 86:581-7, 1982.
- COSTA Fº, D. C. *Da saúde e das cidades*. São Paulo, Hucitec, 1995.
- COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Xenon, 1989.
- COWAN, G. A.; PINES, D. & MELTZER, D. *Complexity*. Reading, Addison-Wesley, 1997.

- CRAIG, T. J. & LASKA, E. M. Deinstitutionalization and the survival of the state hospital. *Hosp Community Psychiatry*, 34:616-22, 1983.
- CRAIG, T. J. & LIN, S. P. Death and deinstitutionalization. *Am J Psychiatry*, 138:224-7, 1981.
- CRITCHLEY, S. Prolegomena to any post-deconstructive subjectivity. In: DEWS, P. *Deconstructive subjetivities*. Albany, State University of New York Press, 1996, p. 13-46.
- CROW, T. J. Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? *Schizophr Res*; 28(2-3):127-41, 1997.
- CUTLER, D. L. Community residential options for the chronically mentally ill. *Community Ment Health J*, 22:61-73, 1986.
- CUTLER, D. L.; TATUM, E. & SHORE, J. H. A comparison of schizophrenic patients in different community support treatment approaches. *Community Ment Health J*, 23:103-13, 1987.
- DALENOORT, G. J. *The paradigm of self-organization*. London, Gordon & Breach Science Publishers, 1989.
- DAUWALDER, J. P. & CIOMPI, L. Cost-effectiveness over 10 years. A study of community-based social psychiatric care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30:171-84, 1995.
- DAVIDSON, L. & STRAUSS, J. S. Sense of self in recovery from severe mental illness. *Br J Med Psychol*, 65:131-45, 1992.
- DE SALVIA, D. La lotta contro il manicomialismo. In: DE SALVIA, D. *Per una psichiatria alternativa*. Milano, Feltrinelli, 1977.
- DE SISTO, M. J. et al. The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. *Br J Psychiatry*, 167(3):331-342, 1995. [p. 338-42, 1995a]

- . The Maine and Vermont Three-decade studies of serious mental illness. *Br J Psychiatry*, 167(3):. 338-42. 1995.
- DELESPAUL, P. A. & DEVRIES, M. W. The daily life of ambulatory chronic mental patients. *J Nerv Ment Dis*, 175:537-44, 1987.
- DELGADO, P. G. G. Determinantes institucionais da cronificação. *J Bras Psiqui*, 40 (3):117-125, 1991.
- DERISI, W. & VEJA, W. A. The impact of deinstitutionalization on California's state hospital population. *Hosp Community Psychiatry*, 34:140-5, 1983.
- DESCARTES, R. *Descartes*. São Paulo, Abril Cultural, 1973. (col. Os Pensadores)
- DEWS, P. *Deconstructive subjectivities*. Albany, State University of New York Press, 1996.
- DIMITRIOU, E. C. Resocialization problems in a chronic psychiatric department. *Int J Soc Psychiatry* 135-9, 1981.
- DOLL, W. Family coping with the mentally ill: an unanticipated problem of deinstitutionalization. *Hosp Community Psychiatry*, 27:183-5, 1976.
- DORWART, R. A. Deinstitutionalization: who is left behind? *Hosp Community Psychiatry*, 31:336-8, 1980.
- DRAKE, R. E. & WALLACE, M. A. Substance abuse among the chronic mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*, 40:1041-6, 1989.
- DRAKE, R. E.; WALLACE, M. A. & HOFFMAN, J. S. Housing instability and homelessness among after care patients of an urban state hospital. *Hosp Community Psychiatry*, 40:46-51, 1989.
- EIBL-EIBESFELDT, I. Os universais do comportamento e sua gênese. In: MORIN, E. *A unidade do homem*. São Paulo, Cultrix/Edusp, 1978, vol. 1, p. 225-36.

- ENDLER, P. B. & EIMON, M. C. Postural and reflex integration in schizophrenic patients. *Am J Occup Ther*, 32:456-459, 1978.
- FIGUEIRA, S. A. (coord.). *Sociedade e doença mental*. Rio de Janeiro: Campus, 1978.
- FILIZOLA, C. L. A. *O trabalho em um núcleo de atenção psicossocial do município de Santos: resgatando desejos, construindo projetos de vida em um tempo sem milagres*. Ribeirão Preto:1999. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- FORCHUK, C. et cols. Factors influencing movement of chronic psychiatric patients from the orientation to the working phase of the nurse-client relationship on an inpatient. *Perspect Psychiatr Care*, 34(1):36-44, 1998.
- FORD, J. et al. Needs assessment for persons with severe mental illness: What services are needed for successful community living? *Community Ment Health J*, 28(6):491-503, 1992.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na era clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1978.
- FRAZIER, S. H. Responding to the needs of the homeless mentally ill. *Public Health Rep*, 100:462-9, 1985.
- FREMONT-SMITH, F. Conference program. In: VON FOERSTER, H. *Cybernetics*. New York, Josiah Macy Jr. Foundation, 1951, p. 7-8.
- GALLIO, G. et al. *La libertà è terapeutica* Milano, Feltrinelli, 1983.
- GARCIA, C. *Um novo paradigma*. Belo Horizonte, UFMG. 1987.
- GARDNER, H. *A nova ciência da mente*. São Paulo, Edusp, 1994.
- GAUDET, M, & RICHARDS, D, Psycho-behavioral disorders in geriatric institutions. *Rev Prat*, 44:1457-60. 1994.

- GIANNICCHEDDA, M. G. Relazione degli operatori dell'ospedale psichiatrico di Trieste.
In: BATTISTON, E. et al. *Il circuito del controllo: Atti e documenti del Réseau di
alternativa alla psichiatria*. Trieste, Cooperativa Libreria-Centro Culturale, 1980, p. 23-
35.
- GLASERSFELD, E. V. Steps in the construction of "Others" and "Reality". In: TRAPPL,
R. (org). *Power, autonomy, utopia*. New York, Plenum Publishers, 1986, p. 107-116.
- GLYNN, S. & MUESER, K. T. Social learning for chronic mental inpatients. *Schizophr
Bull*, 12:648-68, 1987.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974.
- GOLDFINGER, S. M. et al. Assessing homeless mentally ill persons for permanent
housing: screening for safety. *Community Ment Health J*, 32:275-88, 1996.
- GOLDMAN, H. H. Mental illness and family burden: a public health perspective. *Hosp
Community Psychiatry*, 33:557-60, 1982.
- . Psychiatry epidemiology & mental health services research. In: GOLDMAN, H. H.
Review of general psychiatry. Los Altos, Lange, 1984, p. 161-8.
- GOLDMAN, H. H. ; ADAMS, N. H. & TAUBE, C. A. Deinstitutionalization: the data
demythologized. *Hosp Community Psychiatry*, 34:129-34, 1983.
- GOLDMAN, H. H. ; GATTOZZI, A. A. & TAUBE, C. A. Defining and counting the
chronically mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*, 32:21-7, 1981.
- GOMEZ, E. A. Small supportive treatment units and the problem of recidivism in indigent
chronic schizophrenic patients. *Psychiatr Q*, 50:211-7, 1978.
- GOMEZ, E. A. El problema del enfermo mental crónico indigente: un análisis histórico.
Acta Psiquiatr Psicol Am Lat, 29:213-22, 1983.
- GOPLERUD, E. N. Unexpected consequences of deinstitutionalization of the mentally
disabled elderly. *Am J Community Psychol*, 7:315-28, 1979.

- GOTTFRIES, I. & RUDERBERG, K. The role of neuroleptics in an integrated treatment program for chronic schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand Suppl*,
- GOULD, S. J. "O que é a vida?" como um problema histórico. In: MURPHY, M. P. & O'NEIL, L. A J. "O que é a vida?" 50 anos depois. 35-52. Unesp/Cambridge. São Paulo. 1997.
- GRACIANO, M. & MAGRO, C. Introdução. In: MAGRO, C. ; GRACIANO, M. & VAZ, N. *A Ontologia da Realidade*. 17-29. UFMG. Belo Horizonte. 1997
- GRAEF, J. & HENRICHS, M. Intensive inpatient treatment of young adult chronic patients. *Psychiatr Q*, 58: 167-79. 1987.
- GRAVEL, G. B.; BOTER, R. & LAMONTAGNE, Y. [Attitude of the chronically ill towards psychiatric hospitals]. *Encephale*, 10:39-44. 1984.
- GROB, G. N. *The mad among us*. The Free Press. New York. 1994
- HALL, B. The psychiatric model: a critical analysis of its undermining effects on nursing in chronic mental illness. *ANS Adv Nurs Sci*; 18(3):. Abstract. 1996.
- HARDING, C. M. In reply: (to Leona Bacharach). *Hosp Community Psychiatry*, 38: 1227. 1987.
- HARDING, C. M. & ZAHNISER, J. H. Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 384: 140-6. 1994
- HARDING, C. M. ET AL. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: methodology, study sample, and overall status 32 years later. *Am J Psychiatry*, 144: 718-26. 1987
- . The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: long term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria. *Am J Psychiatry*, 144: 727-35. 1987

- . Computerised life chart methods to map domains of function and illustrate patterns of interactions in the long-term course trajectories of patients wh. *Br J Psychiatry*, 155: 100-6. 1989.
- HARDING, C. M. ; ZUBIN, J. & STRAUSS, J. S. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact?. *Hosp Community Psychiatry*, 38: 477-86. 1987.
- . Chronicity in Schizophrenia: Revisited. *Br J Psychiatry*, 161(Suppl) 27-37, 1992.
- HARRIS, M.; BERGMAN, H. C. & BACHRACH, L. L. Psychiatric and nonpsychiatric indicators for rehospitalization in a chronic patient population. *Hosp Community Psychiatry*, 37:630-1, 1986.
- . Individualized network planning for chronic psychiatric patient. *Psychiatr Q*, 58:51-6, 1987.
- HELLER, A. *O cotidiano e a história*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.
- HIERHOLZER, R. W. & LIBERMAN, R. P. Successful living: a social skills and problem-solving group for the chronic mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*, 37:913-8, 1986.
- HOBBS, T. *Leviatã ou matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil* São Paulo, Abril Cultural, 1983. (col. Os Pensadores)
- HUDDLESTON, C. I. Differentiation between process and reactive schizophrenia based on vestibular reactivity, grasp, strenght and posture. *Am J Occup Ther*, 32:438-444, 1978.
- INT VELD, R. J. et al. *Autopoiesis and configuration theory: new approaches to social steering*. Dordrecht: Kluwer, 1991.
- JANICAUD, D. The question of subjectivities in Heidegger's "Being and Time". In: DEWS, P. *Deconstructive subjetivities*. Albany, State University of New York Press, 1996, p. 47-58.

- JANTSCH, E. *The self-organizing universe*. Oxford, Pergamon Press, 1980.
- JELLINEK, T. Comprehensive services in the community for the chronic mental patient: one program's experience. *Hillside J Clin Psychiatry*, 5:57-72, 1983.
- JOHNSTONE, E. C. et al. Institutionalization and the defects of schizophrenia *Br J Psychiatry*, 139:195-203, 1981.
- JONES, M. Community care for chronic mental patients: the need for a reassessment. *Hosp Community Psychiatry*, 26:94-8, 1975.
- JONES, R. E. Street people and psychiatry: an introduction. *Hosp Community Psychiatry*, 34:807-11, 1983.
- KALIL, M. E. X. (org.). *Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde*. São Paulo/Salvador, Hucitec/Coop. Italiana, 1992.
- KALINOWSKY, L. B. ; HIPPIUS, H. & KLEIN, H. E. *Biological treatments in psychiatry*. New York, Grune & Stratton, 1982.
- KAUFFMAN, S. "O que é a vida?" Schrödinger estava certo?. In: MURPHY, M. P. & O'NEIL, L. A J. *"O que é a vida?" 50 anos depois*. p.101-36. Unesp/Cambridge. São Paulo. 1997.
- KING, L. J. A sensory integrative approach to schizophrenia. *Am J Occup Ther*; 29:529-536, 1974.
- KINOSHITA, R. T. Uma experiência pioneira. A reforma psiquiátrica italiana. In: MARSIGLIA, R. et al. *Saúde mental e cidadania*. São Paulo, Mandacaru/Plenário de Trabalhadores S. Mental SP, 1987, p. 67-84.
- . O programa de saúde mental da cidade de Santos, Brasil. In: USCATÉGUI, R. G. & LEVAV, I. *Reestruturação da assistência psiquiátrica: Bases conceituais e caminhos para a sua implementação*. Milano, O. P. S. Istituto Mario Negri, 1992.

- . Em busca da cidadania. In: CAMPOS, F. C. B. & HENRIQUES, C. M. P. *Contra a maré, à beira-mar*. São Paulo, Scritta, 1996.
- KLEINBERG, J. & GALLIGAN, B. Effects of deinstitutionalization on adaptive behavior of mentally retarded adults. *Am J Ment Defic*, 88:21-7, 1983.
- KLERMAN, G. L. National trends in hospitalization. *Hosp Community Psychiatry*, 30:110-3, 1979.
- KLYCZEK, J. P. & MANN, W. C. Therapeutic modality comparisons in day treatment. *Am J Occup Ther*, 40:606-11, 1986.
- KRAHL, W. Reintegration of chronic mental patients into the Malaysian community. *Int J Soc Psychiatry*, 28:15-9, 1982.
- KUHN, T. S. A rota para a ciência normal. In: KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo, Perspectiva, 1994, p. 29-42.
- LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo, Martins Fontes, 1993.
- LAMB, H. R. What did we really expect from deinstitutionalization? *Hosp Community Psychiatry*, 32:105-9, 1981.
- . Deinstitutionalization and the homeless mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*, 35:899-907, 1984.
- LASZLO, E. *The systems view of the world*. Cresskill, Hampton Press, 1996.
- LEAL, E. M. *A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde emtnal de Santos*. Rio de Janeiro; 1994. Dissertação (mestrado) Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- LEHMAN, A. F.; WARD, N. C. & LINN, L. S. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry*, 139:1271-6, 1982.

- LEHMAN, A. F.; BABIGIAN, H. M. & REED, S. K. The epidemiology of treatment for chronic and nonchronic mental disorders. *J Nerv Ment Dis*, 172:658-66, 1984.
- LERNER, Y.; POPPER, M. & ZILBER, N. Patterns and correlates of psychiatric hospitalization in a nationwide sample. (I) Patterns of hospitalization with special reference to the new chronic. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 24 121-6, 1989.
- . Patterns and correlates of psychiatric hospitalization in a nationwide sample. (II) Correlates of length of hospitalization and length of stay out. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 25 144-8, 1990.
- LESAGE, A. & LAMONTAGNE, Y. Toward a redefinition of community psychiatry in Quebec. *Can J Psychiatry*, 29:485-9, 1984.
- LEVINE, M. Congress (and evaluators) ought to pay more attention to history. *Am J Community Psychol*, 7:1-17, 1979.
- LIBERMAN, R. P. et al. Training skills in the psychiatric disabled: learning coping and competence. *Schizophr Bull*, 12:631-47, 1987.
- LIBERMAN, R. P.; MUESER, K. T. & WALLACE, C. J. Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *Am J Psychiatry*, 143:523-6, 1986.
- LIBERMAN, R. P. & EVANS, C. C. Behavioral rehabilitation for chronic mental patients. *J Clin Psychopharmacol*, 5:8S-14S, 1985.
- LIPTON, F. R.; SABATINI, A. & KATZ, S. E. Down and out in the city: the homeless mentally ill. *Hosp Community Psychiatry*, 34:817-21, 1983.
- LITOWITZ, B. E. An expanded developmental line for negation: rejection, refusal, denial. *J Am Psychoanal Assoc* 46(1):121-48, 1998.
- LOVELOCK, J. Gaia: A model for planetary and cellular dynamics. In: THOMPSON, W. I. *Gaia*. Hudson, Lindsfarne, 1987.

- . Gaia, a planetary emergent phenomenon. In: THOMPSON, W. I. *Gaia -2*. Hudson, Lindsfarne, 1991.
- MACHADO, R. et al. *Danação da norma*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- MAGARO, P. A. & DE SISTO, M. A developmental treatment program for the chronic patient. *Am J Psychother*, 35:47-60, 1981.
- MAGARO, P.; DE SISTO, M. J. & WEST, N. A. Developmental functions in a chronic psychiatric population: diagnosis. *Genet Psychol Monogr*, 109:199-221, 1984.
- MAGRO, C. *Workbook — International symposium on autopoiesis*. Belo Horizonte, UFMG, 1997.
- MAGRO, C.; GRACIANO, M. & VAZ, N. *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte, UFMG, 1997.
- MARGULIS, L. Early life: microbes have priority. In: THOMPSON, W. I. *Gaia*. Hudson, Lindsfarne, 1987, p. 98-109.
- MARGULIS, L. & GUERRERO, R. Two plus three equal one. In: THOMPSON, W. I. *Gaia-2*. Hudson, Lindsfarne, 1991, p. 50-67.
- MARSHALL, G. N. et al. Objective life circumstances and life satisfaction: results from the course of homelessness study. *J Health Soc Behav*, 37:44-58, 1996.
- MARSIGLIA, R. et al. *Saúde mental e cidadania*. São Paulo, Mandacaru/Plenário de Trabalhadores S. Mental SP, 1987.
- MATURANA ROMESÍN, H. Everything is said by an observer. In: THOMPSON, W. I. *Gaia*. Hudson, Lindsfarne, 1987.
- . Response to Jim Birch. *Journal of Family Therapy*, 13:375-93, 1991.
- . Response to Berman's critique of The tree of knowledge. *Journal of Humanistic Psychology*, 31:88-97, 1991a.

- . Biologia da linguagem: a epistemologia da realidade. In: MAGRO, C. ; GRACIANO, M. & VAZ, N. *A ontologia da realidade*. Belo Horizonte, UFMG, 1997, p. 123-82.
- . Percepção: configuração condutual o objeto. In: MATURANA ROMESÍN, H. *Da biologia à psicologia*. 53-63. Artes Médicas. Porto Alegre. 1998.
- . *Da biologia à psicologia*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.
- . Percepção: configuração condutual do objeto. In: MATURANA ROMESÍN, H. *Da biologia à psicologia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998a, p. 53-63.
- MATURANA, H. & VARELA, F. *Autopoiese e cognizione*. Venezia, Marsilio Editori, 1985.
- MATURANA, H. & VARELA, F. Conhecendo o conhecer. In: MATURANA, H. & VARELA, F. *A árvore do conhecimento*. 60-72. Editorial Psy II. Campinas. 1995
- . *De máquinas e seres vivos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- MATURANA, H.; MPODOZIS, J. & LETELIER, J. C. Brain, language and the origin of human mental functions. *Biological Research*, 28:15-26, 1995.
- MCNUTT, J. C. & LERI, S. M. Language differences between institutionalized and noninstitutionalized retarded children. *Am J Ment Defic*, 83.: 339-45. 1979.
- MECHANIC, D. The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine*, 16:1-7, 1986.
- MECHANIC, D. The. challenge of chronic mental illness: A retrospective and prospective view. *Hosp. Community Psychiatry*, 37.: 891-6. 1986.
- MELO, J. A. C. Apresentação. In: CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. 9-10. Hucitec. São Paulo. 1991.

- MÉNDEZ, C. L.; CODDOU, F. & MATURANA, H. R. A constituição do patológico: ensaio para ser lido em voz alta por duas pessoas. In: MATURANA ROMESÍN, H. *Da biologia à psicologia*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.
- MENNINGER, W. W. Dealing with staff reactions to perceived lack of progress by chronic mental patients. *Hosp Community Psychiatry*, 35:805-8, 1984.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECILIO, L. C. O. *Inventando a mudança na saúde*. 117-60. Hucitec. São Paulo.
- MERRY, U. *Coping with uncertainty*. Westport, Praeger Publishers, 1995, p. 14-24.
- MEZEY, A. G. & EVANS, E. Toward chronic mental illness. *Br J Psychiatry*, 114:1399-1405, 1968.
- MINGERS, J. *Self-producing systems*. New York, Plenum Publishers, 1995, p. 1-8.
- MINKOFF, K. Beyond deinstitutionalization: a new ideology for the postinstitutional era. *Hosp Community Psychiatry*, 38:abstract, 1987.
- MIRA, T. [Chronic mental patients cared for in a general hospital]. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr*, 126:283-9, 1980.
- MONOD, J. *O acaso e a necessidade*, Petrópolis: Vozes, 1976.
- MONTAGNER, H. Comunicação não-verbal e discriminação olfativa em crianças muito novas: abordagem etológica. In: MORIN, E. *A unidade do homem*. São Paulo, Cultrix/Edusp, 1978, vol. 1, p. 237-63.
- MORALES MESEGUER, M. Historia general de la psiquiatria. In: OGARA, C. R.; SALORIO, D. B. & LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. *Psiquiatria*. Barcelona,: Toray, 1982, p. 9-27.
- MORENTE, M. G. *Fundamentos de filosofia*. São Paulo, Mestre Jou, 1980.

- MORGAN, G. *Images of organization*. Thousand Oaks, SAGE Publications, 1997, p. 11-32.
- MORGAN, R. & GRAY, S. Prognosis in chronic mental disability. *Br J Psychiatry*, 141:178-80, 1982.
- MORIN, E. *A unidade do homem*. São Paulo: Cultrix/Edusp, 1978, vol. 1. [1978a, vol. 2; 1978b, vol. 3]
- . *O método*. -2. Mira-Sintra, Europa-América, 198-
- . *O paradigma perdido*. Mira-Sintra, Europa-América, 198-
- . *Ciência com consciência*. Mira-Sintra, Europa-América, 199-
- . *O método*. 4 Mira-Sintra, Europa-América, 199-
- . *O método*. 3 Mira-Sintra, Europa-América, 199-
- MOROWITZ, H. J. & SINGER, J. L. *The mind, the brain and the complex .adaptive systems*. Reading, Addison-Wesley, 1994.
- MUERSEER, K. T. et al. Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 105(2):271-5, 1993.
- . Affect recognition in schizophrenia: a synthesis of findings across three studies. *Psychiatry*, 60(4):301-8, 1997.
- MURPHY, M. P. & O'NEIL, L. A. J. *"O que é a vida?" 50 anos depois*. Unesp/Cambridge. São Paulo. 1997.
- MURRAY, R. L. & BAIER, M. King's conceptual framework applied to a transitional living .program. *Perspect Psychiatr Care*, .32 15-9, 1996.
- NICÁCIO, M. F. S. *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990.

- . *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituição e cultura*. São Paulo, Dissertação de Mestrado. PUC-SP, 1994.
- NORTH, C. S. et al. Are the mentally ill homeless a distinct homeless subgroup? *Ann Clin Psychiatry*, 8:117-28, 1996.
- NOVOTNY, H. Not quite human: science and utopia. In: TRAPPL, R. (org.). *Power, autonomy, utopia*. New York, Plenum Publishers, 1986, p. 19-34.
- OGARA, C. R.; SALORIO, D. B. & LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. *Psiquiatria*. Barcelona, Toray, 1982.
- OLIVA, S. E. Trabalho e existência na instituição inventada. Estudo sobre um projeto de reabilitação através do trabalho para pacientes de saúde mental na Prefeitura Municipal de Santos, no período de 1992 a 1997. São Paulo:2000. Tese de Doutorado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- OLSON, W. A. Chronic mental illness, what it is and what it means. *Wis Med J*, 80:28-9, 1981.
- ONGARO BASAGLIA, F. *Basaglia scritti*. Torino, Einaudi, 1981.
- . *Basaglia, scritti, II*. Milano, Feltrinelli, 1982.
- OZARIN, L. D. & SHARFSTEIN, S. S. The aftermaths of deinstitutionalization: problems and solutions. *Psychiatr Q*, 50:128-32, 1978.
- PENN, D. L. et cols. Information processing and social competence in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull*, 21(2):269-81, 1995.
- . Relations between social skills and ward behavior in chronic schizophrenia. *Schizophr Res*, 16(3):225-232, 1995a.
- PENN, D. L. & MARTIN, J. The stigma of severe mental illness: some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatr Q*, 69(3):235-47, 1998.

- PENN, D. L. & MUESER, J. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 153(5):607-17, 1996.
- PENROSE, R. Introdução. In: SCHRÖDINGER, E. *O que é a vida?*. 13-4. Unesp/Cambridge. São Paulo. 1997.
- PEPPER, B. The young adult chronic patient: population overview. *J Clin Psychopharmacol*, 5:3s-7s, 1985.
- PETERSON, R. What are the needs of chronic mental .. patients? *Schizophr Bull*, 8:610-6, 1982.
- PIERLOOT, R. A. & DEMARSIN, M. Family care versus hospital stay for chronic psychiatric .. patient. *Int J Soc Psychiatry* 217-24, 1981.
- POLLIO, D. E. et al. Predictors of achieving stable housing in a mentally ill homeless population. *Psychiatr Serv*, 48:528-30, 1997.
- PRIGOGINE, I. *The end of certainty*. New York, The Free Press, 1997.
- PRIGOGINE, I & STENGERS, I. *Entre el tiempo y la eternidad*. Buenos Aires: Alianza. 1991
- RACHLIN, S. When schizophrenia comes marching .home. *Psychiatr Q*, 50:202-10, 1978.
- REICH, R. & SIEGEL, L. The emergence of the Bowery as a psychiatric dumping ground. *Psychiatr Q*, 50:191-201, 1978.
- RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. S. & COSTA, N. R. *Cidadania e loucura*. Petrópolis, Vozes, 1987, p. 15-73.
- RIBEIRO, R. J. *Ao leitor sem medo*. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- ROBINS, E. Diagnosis and chronic mental illness. *Psychiatr Q*, 50:166-77, 1978.

- ROBORTELLA, S. *Relatos de usuários de saúde mental em liberdade: o direito de existir*. Campinas: 2000 Dissertação (mestrado). Faculdade de Ciências Médicas / Universidade Estadual de Campinas
- ROSE, S. M. Deciphering deinstitutionalization: complexities in policy and program analysis. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 57: 429-60, 1979.
- ROSEN, R. The physics of complexity. In: TRAPPL, R. (org.). *Power, autonomy, utopia*. New York, Plenum Publishers, 1986, p. 35-42.
- ROTELLI, F. Prefazione. In: GALLIO, G. et al. *La libertà è terapeutica*. Milano, Feltrinelli, 1983, p. 11-3.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. & MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. S. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990, p. 17-59.
- ROWE, M.; HOGE, M. A. & FISK, D. Services for mentally ill homeless persons: street-level integration. *Am J Orthopsychiatry*, 68:490-6, 1998.
- RUSSEL, A. J. et al. Schizophrenia and the myth of intellectual decline. *Am J Psychiatry*, 154:635-9, 1997.
- SANDS, R. G. Correlates of success and lack of success in deinstitutionalization. *Community Ment Health J*, 20:223-35, 1984.
- SARACENO, B. Psiquiatria e saúde mental. *J Bras Psiq*, 44 (8):. 389-93.1995
- . *La fine dell'intrattenimento*. 37-50. RCS Libri. Milão. 1995.
- SARTRE, J. P. Questiones de método. In: SARTRE, J. P. *Crítica de la razón dialéctica*. Losada. Buenos Aires.
- SANTIAGO, J. M.; MCCALL-PEREZ, F. & BACHRACH, L. L. Integrated services for chronic mental patients: theoretical perspective and experimental results. *Gen Hosp Psychiatry*, 7:309-15, 1985.

- SCHECHTMAN, A.; COSTA, C. & ALVES, D. S. N. *Assistência Psiquiátrica — Brasil*, 1998. (mimeo)
- SCHER, M.; WILSON, L. & MASON, J. The management of chronic .. schizophrenia. *J Fam Pract*, 11:407-13, 1980.
- SCHERL, D. J. & MACHT, L. B. Deinstitutionalization in the absence of .consensus. *Hosp Community Psychiatry*, .30:599-604, 1979.
- SCHOONOVER, S. C. & BASSUK, EL. Deinstitutionalization and the private general hospital inpatient unit: implications for clinical .care. *Hosp Community Psychiatry*, .34:135-9, 1983.
- SCHRÖDINGER, E. *O que é a vida?* Unesp/Cambridge. São Paulo. 1997.
- SHADISH, W. R. Private-sector care for chronically mentally ill individuals. The more things change the more stay the .same. *Am Psychol*, 44:1142-7, 1989.
- SHADISH, W. R. & BOOTZIN, R. R. Long-term community care: mental health policy in the face of reality. *Schizophr Bull*, 7:580-5, 1981.
- SHADISH, W. R.; THOMAS, S. & BOOTZIN, R. R. Criteria for success in deinstitutionalization: perceptions of nursing homes by different interest .groups. *Am J Community Psychol*, .10:553-66, 1982.
- SMETS, A. C. Family and staff attitudes toward family involvement in the treatment of hospitalized chronic .patients. *Hosp Community Psychiatry*, .33:573-5, 1982.
- SMITH, W. G. & HART, D. W. Illinois: Community mental health: a noble .failure? *Hosp Community Psychiatry*, .26:581-3, 1975.
- SMITH, G. R. & KNICE-AMBIDER, M. Promoting medication compliance in clients with chronic mental .. illness. *Holist Nurs Pract*, 4:70-7, 1989.
- SOLOMON, P; DRAINE, J. & MEYERSON, A. Jail recidivism and receipt of community mental healt .services. *Hosp Community Psychiatry*, 45:793-7, 1994.

- STEIN, W. & VARELA, F. J. *Thinking about biology*. Reading, Addison-Wesley, 1993.
- STELOVICH, S. From the hospital to the prison: a step forward in deinstitutionalization? *Hosp Community Psychiatry*, .30:618-20, 1979.
- STENGERS, I. *Quem tem medo da ciência?* São Paulo, Siciliano, 1990.
- STERN, R. & MINKOFF, K. Paradoxes in programming for chronic patients in a community clinic. *Hosp Community Psychiatry*, .30:613-7, 1979.
- STRAUSS, A. & CORBIN, J. *Grounded theory in practice*. Thousand Oaks, SAGE Publications, 1997.
- STRAUSS, M. E. Behavioral differences between acute and chronic schizophrenics: course of psychosis, effects of institutionalization or sampling biases? *Psychol Bull*, 79 (5), 271-9, 1973.
- TALBOTT, J. A. A. Deinstitutionalization: avoiding the disasters of the past. *Hosp Community Psychiatry*, 30:621-4, 1979.
- . Toward a public policy on the chronic mentally ill patient. *Am J Orthopsychiatry*, 50:43-53, 1980.
- . The patient: first or last? *Hosp Community Psychiatry*, 35:341-4, 1984.
- TALBOTT, J. A. & SHARFSTEIN, S. S. A proposal for future funding of chronic and episodic mental illness. *Hosp Community Psychiatry*, 37:1126-30, 1986.
- TAUBE, C. A. et al. The chronic mental hospital patient. *Hosp Community Psychiatry*, 34:611-5, 1983.
- TESTA, M. Qual ciência? In: TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992, p. 30-55.
- TOWNSEND, J. M. Cultural conceptions and mental illness. A controlled comparison of Germany and America. *J Nerv Ment Dis*, 160:409-21, 1975.

- TRAPPL, R. (org.). *Power, autonomy, utopia*. New York, Plenum Publishers, 1986.
- TRONCALE, L. R. Knowing natural systems enables better design of man-made systems. In: TRAPPL, R. (org.) *Power, autonomy, utopia*. New York, Plenum Publishers, 1986, p. 43-80.
- TUNDIS, S. S. & COSTA, N. R. *Cidadania e loucura*. Petrópolis, Vozes, 1987.
- U. S. DEPARTMENT OF HEALTH. Mental Health: A Report of the Surgeon General—Executive Summary, 1999.
- USCATÉGUIL, R. G. & LEVAV, I. *Reestruturação da assistência psiquiátrica: Bases conceituais e caminhos para a sua implementação*. Milano, O. P. S. Istituto Mario Negri, 1992.
- VALIMAKI, .M. [Nursing staff's view point of the self-determination of the long-term psychiatric patient]. *Hoitotiede*, 3(4):138-45, 1991.
- VARELA, F. J. *Principles of biological autonomy*. New York, North Holland, 1979, p. xi-xviii.
- . Laying down a path in walking. In: THOMPSON, W. I. *Gaia*. Hudson, Lindsfarne, 1987, p. 48-64.
- VARELA, F. J. Prefácio à segunda edição. In: MATURANA ROMESÍN, H. & VARELA, F. *De máquinas e seres vivos*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997, p. 35-63.
- VARELA, F. J.; THOMPSON, E. & ROSCH, .E *The Embodied Mind*. Cambridge, MIT Press, 1996.
- VASCON, .N. Introduzione documentaria. In: BASAGLIA, F. *L'istituzione negata*. Torino, Einaudi, 1968, p. 15-110.
- VELKOV, D. L. Self-organizations in the context of cybernetics: phylosophical aspects. In: DALENOORT, G. J. *The paradigm of self-organization*. London, Gordon & Breach Science Publishers, 1989, p. 42-59.

- VENTURINI, E. Prefácio. In: AMARANTE, P. D. C. *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995, p. 15-9.
- VIGOTSKY, L. S. *Mind and society*. Cambridge, American Society for Cibernetics, 1979, p. 23.
- . *Pensamento e linguagem*. São Paulo, Martins Fontes, 1987, p. 1-8.
- VON BERTALANFFY, L. *General system theory*. New York, George Brazzilier, 1995.
- VON FOERSTER, H. *Cybernetics*. New York, Josiah Macy Jr. Foundation, 1951.
- WALDECK, J. P.; EMERSON, S. & EDELSTEIN, B. COPE: a systematic approach to moving chronic patients into the community. *Hosp Community Psychiatry*, .30:551-4, 1979.
- WALDROP, M. M. *Complexity*. New York, Touchstone, 1993, p. 9-13.
- WATSLAWICK, P. *A realidade inventada*. Editorial Psy II. Campinas. 1994
- WATT, J. A. & EL-GUEBALY, N. The chronic mental patient: the position of the Canadian Psychiatric Association. *Can J Psychiatry*, 27(7):495-501, 1981.
- WESTERMEYER, J. Economic losses associated with chronic mental disorder in a developing country. *Br J Psychiatry*, 144:475-81, 1984.
- WHITACKER, R. D. Exploring and Employing autopoietic theory. In: MAGRO, C. *Workbook - International symposium on autopoiesis*. Belo Horizonte. UFMG, 1997, p. 8-15.
- WIENER, N. *Cibernética*. São Paulo, Polígono, 1970.
- WIESER, A. K. et al. Dysfunctional cortico-cerebellar circuits cause “cognitive dysmetria” in schizophrenia. *Neuroreport*, 9:1895-9, 1997.

- WILLIAMS, D. H.; BELLIS, E. C. & WELLINGTON, S. W. Deinstitutionalization and social policy: historical perspectives and present dilemmas. *Am J Orthopsychiatry*, .50:54-65, 1980.
- WING, J. K. Who becomes chronic? *Psychiatr Q*, 50:178-90, 1978.
- WINOGRAD, T. & FLORES, F. *Understanding computers and cognition*. Reading, Addison-Wesley, 1991.
- WYKES, T. & DUNN, G. Cognitive deficit and the prediction of rehabilitation success in chronic psychiatric group. *Psychol Med*, 389-98, 1992.
- ZARETSKY, H. H. & BRUCKER, B. .S. Verbal discrimination learning as a function of brain damage, aging, and .institutionalization. *J Gen Psychol*, . 95:303-12, 1995.