

ASILAMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA INCAPACIDADE SOCIAL

ANA RITA DE PAULA*¹

O presente artigo é fruto de minha tese de doutorado defendida em 2000. Mas por que retomar um trabalho de mais de dez anos atrás? Há duas razões que tornam esta tese ainda atual. A primeira está ligada às recentes iniciativas governamentais de criar Residências Inclusivas, dentro de uma política de reordenamento do modelo asilar, ainda vigente com relação às pessoas com deficiência em situação de dependência, grande vulnerabilidade social e ausência de retaguarda familiar. O objetivo é criar mecanismos que assegurem a manutenção da vida em comunidade. Este trabalho contribuiu de alguma forma para que a situação de violação de direitos, cometida contra as pessoas com deficiência institucionalizadas, viesse à luz. A segunda razão prende-se ao método utilizado. Em uma época em que utilizar métodos oriundos de perspectivas teóricas diferentes e, até mesmo divergentes, não era prática que a academia reconhecesse e aceitasse. Atualmente, a utilização de métodos quantitativos associados a abordagens qualitativas é frequente nas áreas de pesquisas das humanidades. Levei cada perspectiva de análise ao limite das teorias que as embasam e justificam os procedimentos metodológicos tão diversos utilizados. O hospital mostrou-se através de uma descrição quantitativa das características da clientela, como uma instituição que massifica, despersonaliza e conforma corpos. A rotina institucional surge, claramente, como exercício do poder, segregação e exclusão, lembrando o hospital medieval, e em oposição as instituições contemporâneas de reabilitação. Ao me aproximar de um sujeito institucionalizado, tomei sua fala, simultaneamente, como um discurso singular e coletivo na medida em que denuncia a violência institucional comum a toda massa dos internos, despojando muitos deles da capacidade de falar de si.

Propus-me a tomar a instituição como campo estruturador e produtor de discursos. É texto dado, que continua sendo escrito, e, como texto, possibilita/ exige interpretação, comportando diversos sentidos. Por consequência, a estruturação dos discursos dos sujeitos, que deve ser interpretada frente ao diálogo institucional cotidiano. Desse modo, pode-se compreender a instituição como uma linguagem (estrutura que posiciona significados e significantes em

¹ Trabalho de titulação de doutorado pelo Instituto de Psicologia da USP financiado pela FAPESP. Anais do I Simpósio Internacional de Estudos sobre a Deficiência – SEDPcD/Diversitas/USP Legal – São Paulo, junho/2013

relação que possibilitam / exigem interpretação) pré-existente aos sujeitos concretos, aos atores institucionais, ao mesmo tempo, que e reconstruída por estes.

É importante também considerarmos que o discurso institucional é constituído por redes de discursos interferentes, o que, inclusive, é uma das possibilidades de alterações nas instituições.

A instituição, por outro lado, pode ser pensada como além/aquém do sujeito. Como uma instância, tal como a linguagem, que organiza e posiciona discursos e, portanto, institui subjetividades.

No nosso caso, a instituição asilar não é exatamente o hospital de retaguarda ou a casa para excepcionais, enquanto estabelecimentos, mas funda-se na especificidade da relação mantida com as pessoas "necessitadas" ou passíveis desse tipo de "atenção".

O objeto do qual se apropria a instituição asilar é o cuidado com aqueles que não são ou deixaram de ser capazes de viver em sociedade. Mas, quais são as razões atribuídas a essa impossibilidade, a essa incapacidade social? Essas razões dizem respeito à situação de dependência, de incapacidade para o autocuidado dessas pessoas, associada, porém, a déficits sociais, isto é, à falta de outras instâncias para suprir essas necessidades de cuidado. Estão associadas à carência econômico-cultural das famílias e, às vezes, à limitação de recursos técnicos de assistência, que colocam os serviços disponíveis como privilégio de poucos, ou como bens tão preciosos que não devem se desperdiçados com indivíduos que não podem tirar o máximo de aproveitamento.

A existência de grandes instituições de caráter total é decorrente, em nosso país, da história da constituição das políticas públicas de atenção às pessoas com deficiência, sempre pautadas pelo mero repasse de recursos às iniciativas comunitárias, fazendo que, ainda hoje, prevaleça um modelo assistencial com caráter paternalista, caritativo e segregacionista.

Nos primórdios da constituição da assistência à saúde, como política pública adotada no Brasil, em meados do século passado (à exceção de algumas instituições específicas para os deficientes sensoriais, criadas e mantidas pelo governo), a questão da deficiência foi tangenciada pela preocupação higienista com as doenças infectocontagiosas potencialmente incapacitantes, como, por exemplo, o tracoma, a lepra, chagas, esquistossomose etc. O intuito, na época, era separar estes doentes, em locais segregados, para controle e proteção da sociedade,

Quanto à assistência direta à população portadora de deficiência - principalmente as crianças e deficientes mentais - esta era realizada em entidades criadas pela iniciativa comunitária, inicialmente com caráter custodial.

Essas crianças, particularmente as advindas das classes sociais menos privilegiadas, acabavam, quando adultas, internadas em hospitais psiquiátricos - fato este, aliás, que ainda ocorre em nossos dias.

Só a partir do Movimento Internacional de Reabilitação², a assistência a essas pessoas reveste-se de um caráter científico e as entidades, na medida de seus recursos, vão aderindo a este discurso e prática institucional, distanciando-se, pelo menos na aparência, da preocupação exclusivamente custodial.

Contudo, a maioria das entidades assistenciais para pessoas com deficiências, em realidade, constituem-se ainda em serviços de pequeno e médio porte, possuem um caráter filantrópico, com grande dependência de recursos financeiros do poder público e de eternas doações da comunidade. Com tão poucos recursos, desenvolvem, fundamentalmente, atividades relativas aos cuidados básicos, como aqueles relativos a abrigo, higiene e alimentação da clientela atendida.

As entidades asilares, em sua grande maioria, filantrópicas, não desenvolvem programação de reabilitação ou de inclusão social, não havendo nem mesmo um processo adequado de triagem e diagnóstico dos casos. Acabam, dessa forma, por desempenhar, exclusivamente, uma função de abrigo. Não há, portanto, nenhuma perspectiva de saída para a clientela ali internada até mesmo porque, esse processo de institucionalização acaba por desvincular de vez os possíveis laços familiares e comunitários existentes.

Mesmo os cuidados básicos diários são prestados de forma extremamente precária, seja em função da insuficiência ou desqualificação dos recursos humanos que ali trabalham, seja pela existência de condições sanitárias inadequadas. Tudo isto leva à aquisição de complicações de saúde, que mal resolvidas geram uma frequência consideravelmente alta de óbitos na clientela.

Falta uma reflexão mais consistente acerca das razões pelas quais as famílias buscam a internação. As famílias que assim procedem ao fazem em função de não terem tido suas necessidades básicas atendidas anteriormente. Além disso, no momento da solicitação da

² O Movimento Internacional de Reabilitação começou na Europa e América do Norte, após a Segunda Guerra Mundial, e consistia na assistência às pessoas portadoras de deficiência, particularmente, aquelas vítimas da guerra e significou um avanço, em termos de pesquisa e desenvolvimento de tecnologia na área.

internação, não existe nenhuma alternativa a oferecer. A internação aparece de forma indiscriminada como solução para uma diversidade de problemas.

As reflexões críticas a respeito do hospital psiquiátrico e as iniciativas concretas de se desmontar o modelo asilar e construir serviços de atendimento dentro de outra lógica não se estenderam, até o momento, para a questão da internação de pessoas com deficiência. A parca bibliografia existente relativa à internação dessas pessoas se comparadas às discussões sobre o hospital psiquiátrico e o transtorno mental, demonstram isso.

Nem sequer temos um retrato quantitativo e qualitativo dessa situação, o que poderia embasar medidas concretas para atender as necessidades reais que estão por trás das solicitações de internação, além de propiciar a criação de mecanismos e políticas públicas que revertam a tendência à institucionalização dessa clientela.

A multiplicidade de vinculações dessas entidades com os órgãos públicos acaba por ocasionar uma grande dispersão de informações, a ponto de não sabermos sequer o número exato de instituições existentes e, muito menos, informações segundo seus tipos, ou a caracterização quantitativa e qualitativa da clientela atendida, bem como as formas de convênio, subvenções e auxílios existentes.

Faz-se mister o desenvolvimento de vários níveis de atuação, desde propostas de desinstitucionalização dos que têm potencial para isso, até propostas que visem à melhoria da qualidade de vida das pessoas que não podem ser desinternadas a curto ou médio prazo.

Entretanto, todas essas iniciativas carecem de uma reflexão mais aprofundada acerca do lugar social e psicológico que as instituições asilares ocupam e do impacto do asilamento na vida das pessoas ali internadas. É fundamental compreender os pontos de sustentação da prática asilar, bem como seu impacto na subjetividade de seus agentes.

O senso comum e mesmo crenças de muitos profissionais atribuem e justificam as solicitações de internação à necessidade de atendimento especializado, à ausência de retaguarda ou rejeição familiar, à carência econômica ou mesmo à segregação e exclusão social. Entretanto é importante questionar porque foi esta a alternativa engendrada pela sociedade, e porque se reveste de **única** possibilidade. Que lugar social e no imaginário das pessoas ocupam essas instituições? Será que a emergência do concreto, como as limitações físicas, sensoriais ou mentais, advindas da deficiência, e as limitações econômicas, sociais e culturais, causadas pela pobreza, justificam e explicam totalmente a existência dessas entidades, colocando-as como realidade dada e imutável? Enfim, será possível transformar essas situações tão "naturalizadas"? Qual seria a contribuição da Psicologia para tal?

Esperava, com este trabalho, primeiramente informar a comunidade, oferecendo-lhes instrumentos adequados para propiciar uma compreensão do problema. Em seguida, pretendia contribuir para gerar um movimento capaz de romper com a crença na impossibilidade e incapacidade social de produzir mudanças desta prática.

A afirmação, que ouvimos ainda nos dias atuais, de que o poder público sempre se omitiu na questão do atendimento às pessoas com deficiência não significa exatamente dizer que não havia uma política de reabilitação destinada a estas pessoas.

NALLIN e PAULA afirmam:

"Uma política sempre existiu. O silêncio dos órgãos oficiais não significava a ausência de uma postura frente a questão, uma não ação. Pelo contrário, era a resultante do conjunto das forças político-econômicas vigentes que pressionava no sentido de manter obscurecidas as causas das deficiências, ou seja, as condições materiais e sociais de vida da população.

"Com relação ao atendimento das crianças deficientes, o que tivemos foi uma política assistencialista consolidada pelo poder público, que sempre preferiu repassar recursos financeiros para instituições filantrópicas, a título de doação, mantendo a atenção à deficiência sob a égide do humanitarismo religioso, da caridade. O dinheiro público, quer pelo legislativo, quer pelo executivo, estava custeando parte do trabalho dessas entidades, com menor ônus para o Estado, em comparação com os custos de um atendimento direto e, ao mesmo tempo, deixando esse atendimento ao nível mínimo demandado pela comunidade.

"A complementação dos recursos necessários para as entidades era obtida através de campanhas de doação comunitária, reforçando o apelo caritativo e a imagem das crianças deficientes como frutos do infortúnio. Essa mesma comunidade contribuía duplamente, pelos impostos e pelas campanhas beneficentes."

"Com relação ao atendimento dos adultos com deficiências adquiridas, principalmente por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, a assunção da reabilitação profissional, pelo Estado, deu-se em função da pressão do capital privado, que almejava repassar essa "responsabilidade" e conseqüente ônus para o poder público, e, também, em função da pressão dos trabalhadores.

"Contudo, é importante lembrar que o objeto desta "reabilitação" é o operário mais qualificado, pelo qual há um interesse, por menor que seja, de investimento, para um possível retorno ao mercado. Logicamente, essa reinserção não depende exatamente da reabilitação profissional, mas sim da oscilação do mercado de trabalho e sua capacidade de expansão e retração. Aos demais trabalhadores não qualificados, resta somente a "retaguarda" hospitalar."(NALLIN e PAULA, 1991).

No esteio do Movimento Internacional de Reabilitação, o atendimento foi se revestindo de caráter técnico, ainda em regime de internação, nos hospitais especializados ou grandes hospitais universitários.

O mesmo processo histórico forjou tanto as instituições de reabilitação como o Hospital, tal como o conhecemos hoje, mesmo porque o atendimento às pessoas deficientes, em seus primórdios, deu-se no mesmo lugar.

"Somente com o advento do cristianismo, o hospital passou a ser encarado como entidade assistencial para doentes, pobres e andarilhos, fundamentando-se na proteção e amor ao próximo."

"Com o decorrer do tempo, a finalidade, organização e atividade do hospital foram totalmente modificadas, pois, de simples abrigo de pobres, peregrinos e doentes, ele passou a ser uma instituição destinada à prestação de serviços integrados de saúde, requerendo planejamento, organização e direção de técnicos especialmente preparados." (ZANINI, 1988.p.40).

SOARES afirma:

"O processo de especialização hospitalar avança rapidamente em direção ao atendimento de doentes agudos, em detrimento dos crônicos, que exigem longo tempo de internação." Neste último grupo, destacam-se a doença mental e a tuberculose, que já haviam conquistado seu espaço institucional próprio, na maioria das vezes, sob o custeio do Estado.

"Os hospitais particulares absorvem a polêmica norte-americana sobre o atendimento às doenças crônicas, de longa permanência hospitalar, que são mais prevalentes entre as pessoas idosas.

" (...) Qual o melhor local para o atendimento dos crônicos - o hospital geral ou o especializado? O público, com estrutura e recursos limitados, ou o particular, em maior número, recebendo subsídios públicos?"

"Com o incremento da industrialização, urbanização e concentração de renda, o tempo de vida médio do brasileiro também aumentou, principalmente nas classes dirigentes. Desta forma, as doenças crônicas - moléstias do sistema nervoso (de maior incidência), do aparelho digestivo, respiratório, locomotor (Cf. Hilary, 1953:29) - tornam-se um 'filão de ouro' pretendido pelas empresas médicas junto à Previdência Social."(SOARES, 1987, p.32)

Esse processo histórico determinará, nos dias de hoje, a existência de Hospitais Gerais, Hospitais Especializados e os Hospitais de Retaguarda, assim definidos:

"Hospital Geral é o que se destina a atender pacientes portadores de doenças das mais variadas especialidades médicas, poderá ter a sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, previdenciário, servidor público etc.), ou a finalidades específicas (universitário).

"Hospital Especializado é o que se destina predominantemente a atender pacientes necessitados de assistência em uma determinada especialidade médica, por exemplo: cardiologia, oncologia, psiquiatria, ortopedia etc.

"Costuma-se atribuir aos hospitais gerais, de curta permanência, a terminologia 'primeira linha' e, aos de longa permanência, 'segunda linha', ou então, auxiliares, de apoio, destinados aos doentes crônicos ou, de acordo com nosso trabalho: Hospitais de Retaguarda.

"São hospitais (de retaguarda) destinados a continuidade do tratamento de pacientes que não têm por que permanecerem por mais tempo em leitos de hospitais (de primeira linha), que, pelas suas características, necessitam ter alta rotatividade." (ZANINI, 1988,p.43).

Essa crescente especialização do setor saúde - justificada por um discurso apoiado na racionalidade administrativa e financeira da área - multiplicará os hospitais destinados à assistência às pessoas com deficiência, ampliando o asilamento, agora revestido por uma fala técnica/administrativa.

Essa ampliação dá-se novamente fora dos serviços públicos diretos, mas desta vez não se vincula tanto a iniciativas comunitárias filantrópicas e sim à iniciativa privada, consolidando ainda mais a relação de interdependência do poder público com a sociedade civil nesta área.

Originados pela política de ultra especialização e privatização do setor saúde, os hospitais de retaguarda foram criados sob a justificativa de dar continuidade à assistência a pacientes que demandassem longos períodos de convalescença, doentes terminais, crônicos, ou seja, os chamados "pacientes fora de possibilidade terapêutica". Termo este que foi usado, até pouco tempo, pelo Ministério da Saúde para designar o pagamento desses procedimentos às unidades conveniadas.

Dessa forma, convivem hoje instituições de reabilitação de médio e grande porte, apoiadas em discurso técnico/científico, de caráter ambulatorial, voltadas para tipos específicos de deficiência, em pequeno número e concentradas em regiões economicamente favorecidas, ao lado de instituições de pequeno porte, com regime de semi-internato e as chamadas instituições asilares "especializadas".

Na verdade, sob a designação de instituições asilares para pessoas com deficiências existe uma grande variedade de estabelecimentos, incluindo até instituições que não se destinam exclusivamente a pessoas deficientes. Temos, então, o hospital de retaguarda, o hospital psiquiátrico, o asilo e os lares para excepcionais.

As próprias instituições se auto definem e, portanto, também criam os critérios que as pseudo diferenciam entre si. Esses critérios dizem respeito, primeiramente, a aspectos como idade,

tipo e grau da deficiência da clientela atendida, e, secundariamente, pelo caráter do serviço oferecido, ou seja, assistência médica e reabilitacional ou, então, casa/abrigo para "excepcionais".

Contudo, ao fazermos uma análise mais aprofundada, podemos verificar que, na prática, tais distinções não existem. As entidades que dizem atender crianças, na verdade, abrigam pessoas de até 50 anos ou mais. A justificativa alegada, na maioria das vezes, recai no argumento de que não há local para encaminhar tais pessoas após completarem 18 anos, e, que, em se tratando de deficientes mentais, a idade cronológica não importa, pois se tratam de "eternas crianças".

Nem tampouco a distinção entre tipos e graus de deficiência pode ser considerada, uma vez que a maioria dos internados, particularmente as pessoas com deficiência congênita, não dispõem de diagnóstico ou - quando dispõem - é extremamente vago e duvidoso. Logo, a precisão de grau é mais inadequada ainda.

Na verdade, a maioria da clientela é identificada como excepcional, termo aí empregado para referir-se a seres físicos e, em especial, intelectualmente incapazes.

Apesar de algumas se auto denominarem "hospitais" - logo, supostamente ligadas à área da saúde, os cuidados oferecidos não poderiam ser qualificados como hospitalares. Os serviços prestados ali são exatamente os mesmos oferecidos pelas casas/abrigo, não sendo possível identificar serviços médicos, de saúde ou muito menos de reabilitação em nenhuma dessas entidades.

Por outro lado, nos hospitais de retaguarda ou nos lares para excepcionais, ao lado das pessoas com diferentes quadros de deficiência (paralisia cerebral, síndrome de Down, lesões medulares, amputações, síndromes neurológicas várias, deficiência visual, deficiência auditiva etc.), há pessoas com quadros psiquiátricos, patologias ligadas à velhice e até crianças abandonadas, sem nenhuma outra característica comum entre os demais internados, além da pobreza e do abandono.

Geralmente a situação de precariedade assistencial é atribuída ao fato destas entidades estarem sob os cuidados de administradores leigos e/ou com interesses exclusivamente financeiros. São como são, isto é, têm seu funcionamento distorcido, e não cumprem o ideal de inclusão social, porque não dispõem de técnicos para "trabalhar" as condições sociais de pobreza e abandono.

As poucas diferenças existentes entre as instituições asilares dependem das características e interesses do grupo social que instituiu e mantém a entidade. A predominância do caráter

religioso-caritativo ou de unidade de saúde e o fato de se tratar ou de se considerar uma entidade pública, filantrópica ou privada é o que determina as reais diferenças.

Como aponta NALLIN (1992), a articulação entre a ciência e a filantropia é uma das características da instituição voltadas às pessoas com deficiência. Essa articulação pode dar-se de diferentes formas, particularizar-se nas diversas instituições concretas. Na instituição científica da reabilitação,

"A Instituição configura-se, nas falas desses profissionais, como o lugar da racionalidade, o lugar mesmo da excelência". (...)

O apelo à boa vontade, à caridade, permanece nas práticas institucionais, (...) "Este benefício aparece como suficiente em si mesmo para a instituição afirmar seu lugar de ascendência técnica e moral. Pois, isto que ela faz, nenhum outro lugar, entidade, comunidade, governo, fazem. Porque não sabem ou porque não têm boa vontade.(...)"

"Parece possível afirmar que a própria aplicação do conhecimento, em favor do paciente, já se constitui em uma concessão, num ato de filantropia (a noção de ajuda que acompanha o gesto profissional), reinscrevendo o tratamento numa não superada visão paternalista, assistencialista." (NALLIN, 1992. p.157,158).

O lugar da instituição asilar é representado - nos discursos da instituição hospitalar e da instituição de reabilitação - como o espaço destinado para a clientela que por apresentar "graves problemas sociais" não pode ou não deve beneficiar-se de seus serviços considerados de excelência.

Parece que a apropriação/constituição do objeto dessas instituições dá-se pelo negativo: é o lugar daqueles que não podem, por razões sociais, ou não devem, por razões econômico-administrativas, beneficiarem-se dos serviços das instituições hospitalares ou de reabilitação.

As razões do não aproveitamento, por parte da clientela, do processo de reabilitação que lhe é oferecido, assim com obstáculos que impedem o bom desenvolvimento da convalescença são de ordem social. Social aqui entendido como algo destacável e acessório, como uma somatória de vários fatores e aspectos isolados, tais como insuficiência de transporte, precariedade econômica, pobreza cultural, que estão totalmente fora da alçada da instituição. Não é entendido como contexto ou estrutura social. (NALLIN, 1992)

Podemos perceber que se estabelece um processo de depuração/hierarquização valorativa da clientela. A escala desce do hospital de primeira linha para as instituições de reabilitação de caráter científico; dessas, para as instituições asilares, como as casas para excepcionais, que ainda guardam uma aparente preocupação moral e espiritual com a clientela, e finaliza com os hospitais de retaguarda.

A ideia do serviço oferecido como privilégio, oportunidade ímpar que deve ser bem aproveitada, é explicitada por NALLIN, como se constituindo em justificativa para excluir aqueles que não "merecem" esse benefício, nas instituições de reabilitação.

Percebi que para compreender o hospital asilo era preciso ir da sua caracterização geral aos detalhes íntimos de seu cotidiano, do discurso oficial à fala dos agentes e de um interno, além de implicar numa visita as razões que me moveram até lá.

A rotina institucional mostrou-se como mecanismo que reafirma a impotência dos internados, de seus familiares e mesmo de outras instituições, frente a problemas de dependência pessoal (idealmente tratados em outros lugares), quando, a estes ainda se somam situações sociais muito adversas.

É diante deste quadro de total dependência, impossibilidade de mudança, de "progresso", que a instituição asilar vai cuidar daqueles a quem ninguém quer ou ninguém pode cuidar, nem mesmo a própria pessoa. É a instituição da incapacidade social, tanto dos indivíduos internados, quanto da sociedade, de manter uma relação que não a da exclusão e segregação.

Há, até mesmo, um interessante jogo de culpa entre a instituição asilar e a família - identificada como o grupo primeira e fundamentalmente responsável pelo indivíduo dependente - e a sociedade, representada pelo poder público, indiretamente "responsável pela assistência a todo e qualquer cidadão".

A instituição, de forma mais ou menos velada, atribui à família a "culpa" da internação, quer identificando motivos morais, como rejeição e preconceito, quer por motivos de carência econômica. A instituição coloca-se no lugar da única a fazer o "melhor possível diante de situações tão graves (do ponto de vista da dependência pessoal) e, tão extremas quanto às carências sociais". O poder público, por sua vez, mais benevolente com os familiares, identifica na instituição falhas na assistência, atribuídas ou ao descuido técnico ou a interesses puramente econômicos, sobrepujando a necessidade dos internos.

As instituições asilares, definidas como o espaço alternativo para essas pessoas, também se revestirão da ideia do possível diante da total impossibilidade individual e social. Esta situação - em oposição total à ideia da excelência técnica e infalibilidade transmitida pelas entidades de reabilitação - implica no fato dessas instituições asilares hoje representarem o avesso das instituições de caráter científico. Assim, às instituições de reabilitação se opõem as casas para excepcionais; ao hospital de primeira linha se opõem os hospitais de retaguarda; à clínica gerontológica, o asilo e, ao hospital psiquiátrico tradicional, a ala psiquiátrica no hospital geral ou o hospital-dia.

Dessa forma, as instituições asilares - vistas comumente como específicas e diferentes entre si - guardam a semelhança da sua origem comum e do fato de se constituírem no imprescindível negativo destas práticas "científicas". A elas resta certo gozo ressentido, um poder advindo do fato de que se reconhece como o lugar marginal, que legitima a prática discriminatória, porque sempre haverá "inelegíveis", aqueles que não se enquadram na lógica da ciência ou da produtividade. O saber que as legitima, estranhamente, não lhes pertence. O seu poder e a sua ascendência residem na acolhida ao resto que a racionalidade científica produz ao excluir.

Os quadros nosológicos são criados pelo ato do "diagnóstico" - deficiente mental profundo - e transformados, ou melhor, instituídos nos corpos dos internos, pela rotina institucional.

As infecções respiratórias frequentes e o estado de desnutrição não podem ser atribuídos aos quadros de deficiência imputados aos internos, mas, sim, à forma como é ministrada a alimentação aos acamados. A presença de osteoporose nada tem a ver diretamente com a deficiência física ou mental, mas, sim com a imobilidade e ausência de exposição ao sol. As infecções, escaras, problemas de pele devem-se mais à precariedade de cuidados básicos de higiene do que às "patologias". A ausência do controle esfinteriano é mantida muito além do que em outras circunstâncias seria considerado adequado frente à necessidade de facilitar a rotina das atendentes. E, mesmo, as deformidades corporais são obviamente decorrência do privilégio da rotina institucional em detrimento das reais necessidades e desejos das pessoas internadas. Sem falar no alheamento e ausência de comunicação, originados em um cotidiano despersonalizante.

O cotidiano institucional irá deslocar as incapacidades e as falhas, totalmente, para o outro.

A utilização de diferentes métodos de análise delineou diferentes caminhos do texto: os traçados pela racionalidade científica, aqueles marcados pela concepção da instituição como campo de saber e de poder, e os desenhados pelos meandros psíquicos da subjetividade do sujeito na instituição.

O olhar científico - particularmente o vinculado à ideia de saúde e do hospital como lugar e mecanismo de restauração, recuperação desta - aponta a precariedade ou mesmo a ausência da técnica. Essa aproximação faz emergir as faltas e falhas dessa instituição.

Ao tomarmos em análise uma instituição, como caso típico do conjunto daquelas que têm como objeto a institucionalização da incapacidade social, percebemo-la tanto como abrigo para indivíduos "incapazes" de prover e gerir sua vida fora dos muros institucionais como fruto da incapacidade social de dar conta da inserção deles em seu meio.

Contudo como explicar a continuidade das falhas dessas instituições até os dias de hoje?

Sob este ponto de vista, o discurso científico é, ele mesmo, incapaz de explicar todos os fenômenos do mundo vivido.

A visão foucaultiana da origem da instituição está na construção simultânea de um campo de saber e de poder. A instituição é um lócus de poder porque está articulada à constituição de um campo específico de conhecimento, que torna determinado objeto e consequente clientela como estruturante de sua existência. Resta-nos, portanto um problema para explicar características de um hospital medieval, contemporâneo à instituição científica da reabilitação.

Na verdade, mais do que simplesmente coabitando o mesmo intervalo de tempo, pode-se pressupor uma relação entre estas instituições. A instituição científica, ao excluir indivíduos por terem “pequeno potencial” de reabilitação, ou por qualquer outra justificativa, cria a necessidade da existência de outro espaço que, no seu limite, recolha os excluídos. Para preservar a imagem da eficiência científica, o hospital – asilo irá se constituir nos andaimes da instituição moderna da reabilitação.

O fenômeno do hospital–asilo pode ser pensado como acontecimento anômalo surgido nos limites das concepções teóricas modernas, tanto porque é fruto da batalha da racionalidade científica para instaurar-se como campo discursivo normatizador, como porque surge na contemporaneidade que se constitui em transição da modernidade para a pós – modernidade. Emerge agora um outro problema teórico, compreender como e por que o hospital–asilo surge como um discurso oculto, se comparado ao discurso científico, tendo com este uma relação de suporte invisível.

Se considerarmos o ponto de vista dos sujeitos concebidos como indivíduos intencionais e clivados pelo inconsciente, afastamo-nos das concepções foucaultianas, mas podemos compreender que o hospital – asilo é o lugar do impensado e do impensável.

Há uma linha muito tênue entre vida e morte para os sujeitos aí institucionalizados, fazendo com que as vivências psíquicas tornem-se insuportáveis tanto para estes como para os que vivem extra – muros . Sendo um lugar destinado a abrigar os incapazes, o hospital – asilo torna-se espaço privilegiado para conter e manter sob controle a incapacidade social de lidar com este fenômeno.

Lugar distante, isolado do mundo, escondendo e escondido dos mecanismos sociais do cotidiano, é negado e não pode ser presentificado pela consciência porque constitui-se em projeção social da incapacidade. Dejetos do aparelho psíquico, é impensável a partir do lugar

do sujeito. Sendo inerente, também, a radicalização da instituição moderna constitui-se em efeito limite da disciplina, em avesso institucional.

É este o lugar obscuro cujos contornos espero ter revelado a partir de suas sombras e ao qual desejo ter criado alguma possibilidade efetiva de aproximação e conseqüente possibilidade de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FOUCAULT, Michel – Microfísica do Poder. Rio de Janeiro, Edições Graal, 4ª Edição, 1984. 295p.
- GUIRADO, Marlene. Psicologia institucional. São Paulo, EPU, 1987. 90p.
- NALLIN, Araci e PAULA, Ana Rita. Da filantropia à Saúde: a inserção do atendimento às pessoas com deficiência nas políticas públicas de Saúde. São Paulo, 1991.(texto mimeografado). 15p.
- NALLIN, Araci. A reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos. Análise de representação do discurso. (dissertação de mestrado) São Paulo, 1992. Universidade de São Paulo. 282p.
- SÃO PAULO. (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de avaliação da ala pediátrica do Hospital S. I. da C., São Paulo, 13p.
- SOARES, Léa Beatriz Teixeira. Terapia Ocupacional: Lógica do capital ou do trabalho. São Paulo, Hucitec, 1991. 217p.
- ZANINI, Hilda de Campos. Retaguarda: Uma análise social proposta. (Dissertação de mestrado). São Paulo, 1988, (texto mimeografado). 120p.