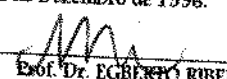


Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Mental, defendida pelo médico **ANTONIO EDUARDO MENDONÇA DE JESUS** em Campinas, 02 de Dezembro de 1996.


Prof. Dr. **EGBERTO RIBEIRO TURATO**
Orientador

ANTONIO EDUARDO MENDONÇA DE JESUS

**UM OLHAR SOBRE ITAPIRA:
A Presença dos Hospitais Psiquiátricos
e suas Relações com a Comunidade**

Tese de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental, sob a orientação do Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato.

Campinas
1996



UNIDADE BC
 N.º CHAMADA: TI/UNICAMP
4998
 V. 1 L.
 TOMBO BC/30375
281193
 C | . 0 | X |
 PREÇO R\$ 11,00
 DATA 22/05/97
 N.º CPD CM-00097548-1

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

J499o

Jesus, Antonio Eduardo Mendonça de

Um olhar sobre Itapira: a presença dos hospitais psiquiátricos e suas relações com a comunidade. / Antonio Eduardo Mendonça de Jesus. Campinas, SP, 1996. 119 p.

Orientador: Egberto Ribeiro Turato

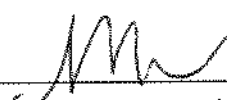
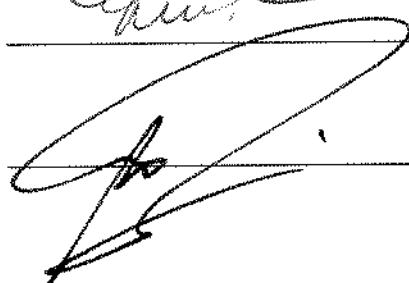
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Psiquiatria. 2. Psicanálise. 3. Saúde Mental. 4. Hospital Psiquiátrico. I. Egberto Ribeiro Turato. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE MESTRADO

Orientador: PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO

Membros:

- 1 - 
- 2 - 
- 3 - 

Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 02/12/1996

*A Antonio e Maria Lúcia,
pelos primeiros olhares.*

*A Hélio Sebastião Amâncio de Camargo,
cujo olhar sobre mim
permitiu a escrita deste trabalho.*

SUMÁRIO

RESUMO

INTRODUÇÃO	1
I - AS ORIGENS DE ITAPIRA	10
II - UMA HISTÓRIA DOS TEMPOS DA ABOLIÇÃO	15
III - DAS PEQUENAS LUTAS DE RELIGIÃO	21
3.1 - O Domínio Católico	21
3.2 - De Milagres e Dissidências	22
3.3 - De Crendices e Espíritas	33
IV - DE COMO ITAPIRA GANHOU UMA CASA DE ORATES	38
V - DE ATENDENTES DE ENFERMAGEM A AGENTES TERAPÊUTICOS	61
VI - DE ALIENISTAS A TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL	77
CONCLUSÕES	103
SUMMARY	107
BIBLIOGRAFIA	108

RESUMO

A presente pesquisa é um estudo de historiografia e crítica da presença dos hospitais psiquiátricos em uma pequena comunidade do interior de São Paulo, a cidade de Itapira, e de suas relações com essa mesma comunidade a partir da subjetividade construída pelos agentes institucionais.

Este trabalho procurou reconstituir a formação social e religiosa do município para contextualizar o surgimento, o desenvolvimento e a multiplicação dos hospitais psiquiátricos locais, o que permitiu, ainda, delinear suas características de acordo com os saberes e práticas de seus agentes.

INTRODUÇÃO

Os hospitais psiquiátricos surgiram na história da humanidade, em sua forma moderna, ao final do século XVIII, na Europa, como uma especialização dos hospitais gerais da Idade Média. Esses hospitais constituíam-se em grandes aglomerados humanos onde não havia tratamento médico, mas, apenas, cuidados de ordem geral. Nessa época, o termo hospital designava uma série de instituições de cunho caritativo criadas para atender os necessitados. Então, os loucos, quando internados, eram abrigados ao lado de outros doentes, desvalidos e dependentes.

Naquele tempo, vivia-se um período de profundas transformações no panorama da história humana. Havia uma crença universal e ilimitada no progresso e no aperfeiçoamento das relações entre os homens, consolidada na declaração dos direitos do homem, nos objetivos iluministas e nos princípios revolucionários. Foi em meio a essas mudanças que se elaboraram novos discursos e novas práticas sobre a loucura. Para tanto, a psiquiatria, então emergente, concorreria, significativamente, ao reformar a assistência e elevar a loucura à condição de doença mental e, juntamente com o pauperismo e a indigência, ao estatuto de problema social; ao instituir a tutela como proteção à sociedade; e, por fim, ao conferir racionalidade aos desvios da razão, através de uma clínica que tem no louco seu objeto de investigação e no asilo seu instrumento de intervenção.

Os hospitais psiquiátricos surgiram, portanto, como um novo dispositivo institucional, que assegurava o uso de uma nova tecnologia de intervenção, o tratamento moral, praticada por novos agentes, os psiquiatras, que construíram para si um referencial teórico próprio, como, por exemplo, as classificações nosográficas; e destinados a uma nova clientela, os loucos, vistos, agora, em sua especificidade de doentes mentais. Assim, a loucura, até então experimentada em estado de relativa liberdade, irá conhecer os caminhos que a levariam a um lento, mas intenso, processo de exílio social, à exclusão e à institucionalização da doença mental.

O movimento que lutou pela criação dos hospitais psiquiátricos ficou conhecido como movimento alienista e a intervenção proposta foi denominada de tratamento moral. O regime moral era uma construção teórica que associava a postura filantrópica de seus agentes com medidas corretivas e educacionais, como o isolamento social; a modalidade de implantação da ordem a partir da relação de autoridade que o médico e seus auxiliares exerciam sobre o doente, muitas vezes como forma de poder sem reciprocidade; e a preponderância das causas morais na gênese da doença mental. O termo moral designava na filosofia da época, além de sua acepção de ética, a oposição entre as ciências naturais e as

ciências do espírito. O alienismo, assim, jamais chegou a configurar-se como um corpo acabado de conhecimentos ou como um conjunto coerente de práticas sobre a doença mental, permitindo a introdução de novos elementos à doutrina básica de acordo com as concepções vigentes entre estes ou aqueles alienistas.

De modo semelhante ao que aconteceu na Europa, podemos afirmar que, guardadas as particularidades locais e o deslocamento no tempo, as condições que presidiaram o surgimento dos hospitais psiquiátricos no Brasil fizeram-se acompanhar da implantação de ideologias importadas, aqui adaptadas, o que exigiu um certo ecletismo por parte dos primeiros psiquiatras brasileiros. Essa afirmação, embora parcial, corresponde às peculiaridades econômicas e sociais da vida no País e à tradição cultural e de formação pouco sólida ou mesmo pouco científica dos alienistas locais.

O nascimento da psiquiatria no Brasil tem como marco institucional a criação do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, capital do Império. A exemplo do Rio de Janeiro, seguiram-se várias construções de instituições psiquiátricas, desdobradas na sinonímia de manicômio, hospício, sanatório, asilo e afins, nos principais centros regionais do País, como São Paulo, Pernambuco, Bahia e Pará, ainda que não se tenham limitado às capitais.

Até então, os doentes mentais não se beneficiavam de assistência médica específica alguma. Quando não eram presos por vadiagem ou perturbação da ordem pública, os loucos eram encerrados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia, de há muito presentes no País. Isso atesta a precedência da criação de instituições destinadas aos loucos sobre a constituição de um corpo de saber médico especializado para tratar da loucura, como, também, a prevalência das concepções religiosas sobre o conhecimento científico acerca da doença mental.

Somente a partir da segunda metade do século passado é que um grupo de médicos, em sua maioria de orientação higienista, irá propor a criação de espaços onde a loucura possa ser tratada sob uma perspectiva médica, como medida higiênica sobre uma população percebida como desviante, na qual o louco se insinuava como uma nota de perigo à vida urbana. Sob essa ótica, a loucura estará, então, para sempre ligada à urbanização e à industrialização.

Curiosamente, foi em uma pequena comunidade do interior de São Paulo, a cidade de Itapira, distante dos grandes centros urbanos da época e ocupando posição marginal no contexto cultural do país de então, ainda que localizada em uma região de grande desenvolvimento econômico, o primeiro oeste paulista da expansão do café¹, do qual ela era o limite extremo em direção ao sul de Minas Gerais, que se constituiu uma experiência sin-

¹ O primeiro oeste paulista da expansão do café teve como sede a região de Campinas, cujos campos cultiváveis estendiam-se de Mogi-Mirim a Rio Claro em direção a Araraquara; o segundo, em Ribeirão Preto (Octavio Ianni, apud Brandão, 1979: 25).

gular no trato da loucura, que realiza a síntese do movimento alienista e do tratamento moral, ou, melhor, reproduz a trajetória da psiquiatria brasileira, do velho asilo a novas propostas de intervenção e de transformação da assistência psiquiátrica. Foi ali, naquele lugar ermo e distante, encravado entre as montanhas, que lhe conferem um aspecto de gruta de aparições e milagres, reduto de paz e prosperidade², que se assistiu à criação de um hospital psiquiátrico com finalidade filantrópica, portanto, de origem particular; de ordem religiosa de natureza espírita; à margem das políticas oficiais de saúde³. Se não bastasse, essa matriz espalhou filiais pela cidade, caracterizando-a como um centro de referência no tratamento hospitalar das doenças mentais, fazendo para ela afluir um grande número de doentes à procura de auxílio, constituindo-a, ainda, em um campo propício à atuação dos profissionais da área psi e em território prolífico à formação de recursos humanos em saúde mental⁴.

Com isso, a cidade se revela um espaço privilegiado de estudo do conjunto de relações e representações associadas ao fenômeno da loucura, à figura do louco e às formas de atenção do sistema psiquiátrico, além de oferecer a possibilidade de investigação de seu próprio dinamismo histórico ao permitir o confronto de uma primitiva concepção da comunidade, como um idílico paraíso isolado no espaço e esquecido no tempo, com sua capacidade de adaptação às vicissitudes históricas e acompanhar as práticas que aí se manifestam como mecanismos de ajuste interno frente às necessidades da coletividade sempre a partir das próprias interpretações que os sujeitos fazem dos eventos que experimentaram ao longo de seu percurso histórico. A história, por sua vez, não é aqui entendida como a simples reprodução, em escala reduzida, dos grandes processos históricos, mas a história da particularidade, que irá conferir à comunidade sua própria identidade.

A produção científica acerca da questão da loucura encarregou-se de estudar a etiologia social da doença mental, tentando identificar os fatores sócio-culturais que funcionariam como agentes causais. Outrossim, estudou a organização social das práticas psiquiátricas, principalmente as instituições psiquiátricas e as representações imaginárias da loucura que se fazem a partir dos saberes e práticas dos agentes institucionais. Entretanto,

² Essa forma de representar o lugar encontra paralelo na literatura regional, como, por exemplo, em Guimarães Rosa, que assim descreve as terras ao sul de Minas Gerais, onde está situada a cidade de Itapira: "(...) É o sul, cafeeiro, assentado na terra roxa de declives ou em colinas que européias se arrumam, quem sabe uma das mais tranquilas jurisdições de felicidade neste mundo. (...)” (Guimarães Rosa, 1970a: 247).

³ Essa condição marginal pode ser atestada pela ausência dos hospitais de Itapira nas listagens dos locais de internamento para doentes mentais compiladas por vários autores consultados. A única referência à situação de Itapira está em Uchôa, que cita a Fundação Espírita Américo Bairral e a Clínica de Repouso Santa Fé (Uchôa, 1981: 36).

⁴ Atualmente, Itapira conta três hospitais psiquiátricos de ordem privada e filantrópica, que totalizam 1.729 leitos hospitalares, sendo 1.329 leitos conveniados com o SUS e 400 leitos particulares, segundo dados do ERSA-28, em Mogi-Mirim, referentes a 1993.

poucos estudos se detiveram sobre as relações que se estabelecem entre as instituições psiquiátricas e as comunidades que as abrigam.

Este trabalho pretende lançar um olhar investigativo sobre uma determinada comunidade, a cidade de Itapira, a fim de detectar as condições que propiciaram o surgimento, o desenvolvimento e a multiplicação dos hospitais psiquiátricos a partir da subjetividade construída pela coletividade que os acolhe. Essa subjetividade é determinada pelas contingências da história e pela cultura da sociedade que a produz. Essa cultura tanto pode ser um instrumento de saber, de produção e comunicação de conhecimento, quanto um instrumento de poder, de reprodução e legitimação da ordem vigente.

Assim, o tratamento histórico dado ao tema, apesar de privilegiar as fontes documentais, principalmente a leitura de jornais, não pretende recontar uma história factual, em que a sucessão cronológica dos acontecimentos apenas revela a marcha linear e quase sempre triunfante dos mesmos, mas pretende recompor uma história conceitual, aquela em que o objeto de estudo é definido na medida em que se o descreve, para, então, evidenciar rupturas e descontinuidades que permitam inscrever a leitura que os sujeitos fazem da própria experiência de constituir história. Com isso, pretende-se desvelar o passado e aproximá-lo do presente na tentativa de gestar o futuro, além de ser um esforço de compreensão crítica deste momento atual de busca de alternativas à hospitalização, como forma primordial de atendimento; de desinstitucionalização, enquanto crítica às funções sociais do asilo; e de regionalização dos serviços de saúde.

A dimensão cultural, entendida aqui como formação histórica de subjetividades, permitirá indagar se as concepções religiosas de natureza espírita concorreram, substancialmente, para formar o imaginário que a comunidade tem sobre a loucura e forjar a prática desses agentes religiosos enquanto agentes institucionais; e, como desdobramento dessa primeira questão, se a presença dos hospitais psiquiátricos na comunidade, ao aproximar clientela, concorreu para uma maior tolerância social para com as manifestações da loucura ou se há uma maior utilização dos mesmos na resolução de problemas emocionais.

Portanto, não se pretende isolar nenhum dos hospitais psiquiátricos para reconstituir a sua história e descrever a sua estrutura formal e funcional, mas tomar o hospital em sua dimensão genérica de instituição para refletir sobre a sociedade que o comporta e verificar as configurações imaginárias estabelecidas pelos vários agentes sociais que dele se utiliza.

Este trabalho pretende refletir, criticamente, ainda, sobre a constituição do saber e da prática psiquiátrica e de como eles se consolidaram em Itapira. Tem, também, a ambição de revitalizar o interesse pelas idéias e pelos programas de assistência psiquiátrica em termos de Brasil. Se isso soa pretensioso é porque existe o preconceito de que quase nada merece atenção ou comentário na história da psiquiatria brasileira, pois não é inexato afirmar que o pensamento psiquiátrico brasileiro também tem a sua história e que ela é

desconhecida da maioria dos psiquiatras brasileiros, mesmo daquele contingente que se aventura a propor mudanças na estrutura assistencial, e que, portanto, ignora a origem e a evolução dessa produção cultural, que, também, sofreu rupturas e transformações ao longo de sua história, e que não é, por conseguinte, um simples e incoerente conjunto de práticas asilares, ainda que as iniciativas meritórias sejam isoladas e esparsas. Além disso, a recapitulação histórica aqui praticada tem o compromisso de delimitar a especificidade local desse saber e dessa prática em função da contextura histórica em que emergiram, pois o pressuposto aqui adotado é o de que as contingências históricas determinam e fundamentam a emergência desse mesmo saber e dessa mesma prática.

Sendo assim, pensar a questão da prática psiquiátrica em Itapira implica estudar as relações que se estabelecem no interior do universo hospitalar, pois é no espaço institucional dos hospitais psiquiátricos que ela acontece. A ação institucional se concretiza na prática de seus agentes, privilegiados ou subordinados, que participam, no mesmo ambiente, de relações que são, a um só tempo, complementares e contraditórias (Guilhon Albuquerque, 1978: 72-74).

Para tanto, os procedimentos utilizados nesta pesquisa foram, além da revisão bibliográfica e da análise de documentos, os depoimentos e entrevistas abertas em que ao lado de um roteiro com perguntas previamente elaboradas, outras foram sendo introduzidas de acordo com o curso que tomavam os relatos, conduzidos sempre como se fossem conversas informais de modo a não comprometer a espontaneidade dos entrevistados. A escolha dos depoentes atendeu a um critério aleatório, que contou com a disponibilidade dos agentes institucionais dos vários hospitais psiquiátricos que compõem o elenco institucional de Itapira.

Ainda que a divisão dos agentes institucionais em duas categorias isoladas (agentes privilegiados e agentes subordinados) mereça algumas ressalvas, porquanto observamos uma mobilidade de ação entre eles que não os restringe a uma única condição, a adoção desse critério neste trabalho resume-se a uma questão metodológica, que é a uniformização do material de pesquisa.

Os atendentes de enfermagem foram escolhidos para compor a amostragem por representarem um grupo uniforme de agentes institucionais subordinados, que está em contato direto com os pacientes e se constitui em um elo de ligação entre estes e os médicos e entre o hospital e a comunidade externa.

Os médicos, por sua vez, também constituem um grupo homogêneo e desde sempre foram identificados com os agentes privilegiados das instituições hospitalares por terem uma ação bem definida frente ao objeto institucional.

Muito do material coletado é fruto da observação, considerando-se o princípio de que o observador está contido no fato observado. Se isso se constituiu em uma limitação metodológica no que concerne à isenção e à neutralidade exigidas por uma metodo-

logia rigorosa, converteu-se em uma necessidade diante da aridez proporcionada pela análise documental e mesmo pela análise discursiva, pois muitos depoimentos e entrevistas primaram pela pobreza e repetição dos conteúdos temáticos. Isso exigiu a adoção de uma atitude interativa por parte do observador, que precisou recorrer a suas próprias percepções cotidianas para filtrar e enfeixar os fenômenos observados e a eles conferir riqueza e complexidade.

Nesse sentido, este estudo é um exercício de elaboração de conflitos deste autor, que é, também, médico e agente institucional, confrontado, diuturnamente, portanto, com um ofício que é ao mesmo tempo atividade clínica e prática social a exigir sempre a formulação de mediações teóricas, a resolução de impasses técnicos e a adoção de atitudes éticas e de posições políticas, além de uma concepção de cidadania que permita vislumbrar o alcance social dessa mesma prática. Assim, muitas vezes ao longo desta análise, o observador encontrava-se no interior dos fenômenos observados e a apreensão dos mesmos contou, ainda, com suas próprias motivações internas.

Contudo, é preciso levar em conta a especificidade do enfoque dado pelo médico quando resolve incursionar pelas sendas da psiquiatria social ou mesmo daquilo que se convencionou chamar psicologia médica. Enquanto o sociólogo se interessa pela coletividade e pelo estabelecimento de correlações entre as múltiplas variáveis isoladas no terreno coletivo, o psiquiatra se interessa pela individualidade dos sujeitos em suas manifestações clínicas (Bastide, 1967: 6). Portanto, seu método é antes um método clínico ou estudo de caso, ao qual ele vai tentando integrar diversos saberes, pois a atividade clínica pressupõe a integração de distintos conhecimentos em favor da resolução de forma imediata de uma imperiosa necessidade de intervenção frente a uma complexa realidade clínica e assistencial (Minayo, 1992: 13). Entretanto, o psiquiatra tende a cometer um equívoco ao tomar como válidas e verdadeiras noções emprestadas de outras disciplinas sem se questionar se essas mesmas noções têm ou não validade científica segundo os critérios adotados por esta ou por aquela disciplina (Costa, 1989a: 32). Com isso, além de não superar os impasses metodológicos que se apresentam, o psiquiatra incorre no risco de perder de vista o enquadre específico de sua prática clínica, cujas conseqüências sobre o corpo e repercussões sobre a mente são reais em seus efeitos e significados. Sendo assim, este trabalho poderá ser melhor compreendido se for remetido sempre ao entorno vivencial do médico e de sua prática.

Este trabalho constitui-se, portanto, em apenas um olhar, considerando-se que há múltiplas maneiras de se observar um mesmo fenômeno, que admite, sempre, uma dupla explicação, necessária e complementar, de natureza psicológica e sociológica (Devereux, 1975: 11).

A argumentação do método complementarista reside no princípio lógico de que um fenômeno que admite uma explicação admitirá, também, um certo número de outras explicações, todas tão capazes quanto a primeira de elucidar a natureza do fenômeno em

questão (Poincaré, apud Devereux, 1975: 11). Isso porque um fato bruto não contém em essência nenhuma explicação referida a qualquer uma das ciências que estudam o homem, mas cada uma delas é capaz de, cada uma a seu modo, tornar compreensível qualquer fenômeno humano que, em nível mais abstrato, conforma-se às premissas teóricas da psicologia ou da sociologia. Dessa maneira, toda e qualquer explicação psicológica ou sociológica pode integrar a vertente do duplo discurso, desde que sejam observadas as exigências de uma rigorosa coerência conceitual; a rentabilidade e a economia na explicação proposta; e a definição da posição do observador que a enuncia. Para tanto, convém lembrar que, por definição, em psicologia, o observador está situado no interior do sujeito e o fenômeno é compreendido a partir de suas motivações interiores ou intrapsíquicas, e, em sociologia, também, por definição, o observador encontra-se fora do elemento observado e a explicação é obtida a partir de suas motivações exteriores ou extrapsíquicas (Costa, 1989a: 54).

No entanto, não podemos afirmar que, neste trabalho, utilizamos os princípios do método complementarista em estreita vinculação a seus pressupostos metodológicos. O que fizemos foi procurar encontrar princípios explicativos que não fossem tão abarcativos para tentar oferecer explicações que evidenciassem a singularidade do objeto em estudo a partir das contribuições de outras formas de conhecimento já estabelecidas, considerando-se que nada é fixo, eterno e absoluto, mas que, dialeticamente, as verdades são parciais e aproximadas, podendo ser negadas, contestadas ou transformadas. O que buscamos foi o exercício da apreensão, da crítica e da dúvida dentro de uma perspectiva pluridisciplinar.

Não obstante, ao se falar de uma metodologia multidisciplinar, é preciso observar que o esforço de convergência de métodos e critérios operacionais distintos é uma tentativa de superação dos obstáculos impostos a uma comum constituição, conceituação e comunicação dos fenômenos observados, pois entre as diversas disciplinas divergem as referências teóricas e as inspirações metodológicas, sem que haja uma supremacia desta disciplina sobre aquela já que se encontram em diferentes domínios do saber. Para que tal confluência seja demonstrada, podemos contar, apenas, e na melhor das hipóteses, com um conjunto de conselhos de ordem ética, em lugar de normas de ordem lógica, quando se pretende conferir unidade aos vários saberes. Foi com essa atitude de respeito aos preceitos de ordem ética em relação às várias opções teóricas existentes que procuramos empreender esta obra, tomando o exercício cotidiano de observação como ponto de partida para a reflexão e a compreensão do eclético material coletado, extraído de documentos, entrevistas e observação participante, para só depois remetê-lo a esta ou aquela matriz metodológica, como se fosse um esboço de triangulação, ao se tentar tangenciar as múltiplas metodologias disponíveis. Afinal, é a partir dessa multiplicidade de olhares captados pelas diversas abordagens disciplinares que se intenta tecer a delgada trama que constitui o campo da saúde mental.

A presente pesquisa está dividida em seis capítulos:

O primeiro capítulo narra a formação social de Itapira numa tentativa de identificação dos tipos de relação de trabalho que constituíram os sujeitos sociais que serão os agentes e clientes das instituições psiquiátricas presentes no município.

O segundo capítulo analisa a possibilidade de que um fato histórico significativo na vida da cidade tenha contribuído para a representação subjetiva que seus agentes fizeram de si a ponto de modificar suas estratégias de intervenção social.

O terceiro capítulo descreve a formação religiosa do município para mostrar como o processo de secularização aí ocorrido concorreu para o aparecimento de novos agentes religiosos e de novas regras de intervenção social.

O quarto capítulo focaliza o surgimento, o desenvolvimento e a multiplicação dos hospitais psiquiátricos, identificando as relações que se estabeleceram entre eles e a comunidade, assim como pretende traçar um paralelo com outras trajetórias institucionais semelhantes.

O quinto capítulo verifica como os agentes subordinados das instituições psiquiátricas, neste estudo, os atendentes de enfermagem, estabelecem representações da loucura e padrões de uso dos hospitais psiquiátricos a partir de seus saberes e práticas.

O sexto capítulo traça o perfil do psiquiatra que trabalha em Itapira a partir de sua formação psiquiátrica, de sua inserção no mercado de trabalho, de suas concepções sobre seu objeto de investigação e sobre o hospital enquanto espaço institucional.

Os três primeiros capítulos servem para contextualizar o momento histórico de surgimento, desenvolvimento e multiplicação dos hospitais psiquiátricos em Itapira, construindo, por assim dizer, o cenário no qual desenrolar-se-á a ação dos vários atores envolvidos na trama. Neles, fica evidente a ênfase conferida à pesquisa histórica através da análise crítica das fontes documentais.

Os três últimos capítulos apresentam os resultados de uma outra dimensão da pesquisa histórica, aquela obtida através da memória afetiva, dos relatos pessoais de histórias de vida e dos fatos marcados da vida cotidiana. Nesses capítulos, os múltiplos agentes sociais envolvidos nesse processo enunciam como entendem e elaboram sua prática.

Os capítulos foram dispostos em uma seqüência tal de modo a fazer o leitor acompanhar o curso deste trabalho desde a construção inicial do problema até os caminhos e atalhos que nos fizeram chegar aos muitos aspectos investigados, para, assim, estabelecer um nexos explicativo entre eles, embora possam causar a impressão de terem sido escritos de maneira independente e de poderem ser lidos isoladamente.

Diante de tantos pontos a abordar, abdicamos de aprofundar quaisquer dos múltiplos aspectos dos problemas levantados para, em vez de fechar questões, formular novas indagações e abrir caminho para novas investigações.

I - AS ORIGENS DE ITAPIRA

“Quisera ter nascido em Itapira, pela bondade dos filhos daquela terra, pelo seu ar de sanatório, pelas suas águas terapêuticas, pelos seus céus inconfiados e pela graça de pequena cidade encarapitada a cavaleiro do vale do Cubatão. Longe, a Mantiqueira desdobra sua caprichosa orografia a pintar no horizonte cumeadas batidas de luz e escarpas azuladas de sombra.”

Menotti Del Picchia¹

A visão evocada pela crônica do poeta da cidade é possível de ser recomposta pelo olhar do viajante a partir do alto do Parque Juca Mulato, onde, conta a lenda, esse mesmo poeta, às tardes e ao pôr-do-sol, ali escreveu seu poema mais conhecido, que, agora, dá nome ao lugar.

Já é em Minas Gerais que a serra se desfaz em lombas, cujos contornos, esgazeados pela névoa da manhã, aos poucos se delineiam em tons de aveludado azul, envolvendo o espectador em uma atmosfera de sonho. De lá vieram os camponeses caipiras, primeiros sitiantes ou posseiros das primeiras terras da região. De lá continuam a vir os muitos migrantes que hoje ocupam os bairros da periferia da cidade. Daí a familiaridade com que os atuais moradores tratam tudo aquilo que se esconde por trás das montanhas, numa intimidade nem sempre partilhada com os habitantes de uma grande fração do Estado de São Paulo, para além da Mogiana e de Campinas.

Em direção à direita, já em terras paulistas, por entre essas mesmas montanhas, serpenteiam veios de águas terapêuticas, que irão formar as fontes minerais das estações termais de Lindóia, Serra Negra, Amparo e Socorro, até os confins de Atibaia. Foi de lá que veio o primeiro fazendeiro do café para tirar os caipiras da criação de porcos e dar à cidade uma cadeia, uma igreja matriz e as primeiras casas de taipa.

Um pouco mais à esquerda e em direção ao sul, o azul das montanhas desdobra-se no verde dos canaviais, que se esparramam livres de quaisquer obstáculos até por onde a vista alcança, para decompor-se no pálido rubor do sol poente quando sua própria queima não acende no horizonte rútilas labaredas de fumaça e fogo. Pelo que a geografia ensina, a cana de Itapira estende-se pelos campos da região até fazer fronteira com os tabuleiros de Mogi-Mirim e Mogi-Guaçu.

Quando o olhar se volta para os lados do sol nascente, pode-se avistar, ainda, sítios e roçados, pastos e cercados, que constituem os últimos bairros rurais a dispu-

¹ Fragmento de crônica publicada no jornal *Cidade de Itapira* (CI, 26/06/1949, nº 2616, p. 1), reproduzida de *A Gazeta*, de São Paulo, sem fazer constar os demais créditos da publicação.

tar espaço na paisagem com os primeiros bairros operários. Eles nasceram ali onde o terreno cessa de ser plano e passa a ser ondulado e já não mais se presta ao plantio de lavouras para o grande mercado. Hoje eles se espalham por entre as chaminés das fábricas e a fálca torre quase sempre enfumaçada da Usina, empurrando os limites da cidade morro acima em direção ao norte, aproximando locais de trabalho e lugares de moradia. Por eles transitam muitos dos agentes e clientes de que se falará mais adiante, aqueles que, todos os dias, sobem a barroca do Parque para trabalhar ou internar-se nos muitos hospitais psiquiátricos da cidade².

Foi em um desses bairros rurais, provavelmente o bairro dos Macucos, onde, outrora, houve sesmarias e povoações, que nasceu Itapira³. Ali habitaram os pioneiros camponeses, que, como vimos, foram os primeiros sítiantes ou posseiros das primitivas terras do lugar. Eles praticavam a pequena policultura, voltada para sua subsistência ou para a venda em pequenos mercados regionais, com suas lavouras de cana, fumo e feijão, milho e mandioca, arroz e algodão, o que lhes garantiu uma relativa autonomia agrícola. Foram eles que, antecipando-se aos fazendeiros, constituíram um espaço de defesa, entre a grande propriedade e o sertão distante, e criaram, com o trabalho de derrubada das matas, de queima das florestas e de preparo do solo, o espaço de produção das futuras grandes lavouras de café, da cana e do algodão (Brandão, 1979: 11).

Com a chegada do café, a pequena policultura caipira, em escala de subsistência e mercado restrito, foi, rapidamente, substituída pela monocultura das grandes propriedades fundiárias de produção mercantil. Esses latifúndios estabeleceram-se sobre terras de sesmarias, quando a injeção de capital na agricultura paulista tornou possível sua ocupação. Os latifundiários compraram, também, partes de antigas sesmarias, que não haviam sido ocupadas efetivamente pelos antigos posseiros. Outrossim, os grandes fazendeiros, praticamente, obrigaram os camponeses a vender suas terras, quando não as usurparam, anexando a seus domínios pequenas propriedades vizinhas às grandes fazendas, cujos donos, quase sempre, tornaram-se agregados da nova empresa (Brandão, 1979: 11).

A sociedade escravocrata do café respondeu, também, pela introdução na região do trabalho servil como produtor das riquezas da economia capitalista agrícola. Essas categorias de produtores foram representadas, inicialmente, pelos escravos, depois substituídos pelo lavrador, inclusive o colono, coexistindo ambas por algum tempo em Itapira. Contudo, a incorporação do produtor camponês ao território de produção das grandes fazendas de café não excluiu de todo sua autonomia. Uma vez que, de início, não fora aliciado para o trabalho nos cafezais, o homem livre continuou a trabalhar em suas

² Por barroca designa-se um penhasco que separa as partes alta e baixa da cidade. Trata-se da mesma penha que inspirou os primeiros moradores ao inventar os primeiros nomes do lugar: Penha da Boa Vista, Penha de Mogi Mirim, Penha do Rio do Peixe.

³ O primeiro documento de doação de terras na região de Itapira data de 1716. Eram terras de sesmaria doadas a Manoel Pereira, o Velho (Caldeira, 1935: 51).

terras. Parte da produção dos muitos sítios e das pequenas fazendas destinou-se, então, à provisão das necessidades de consumo de um povoado que florescia e prosperava, ganhando foros de cidade⁴.

Com o fim da escravidão, os fazendeiros mais pessimistas apostavam na possibilidade de uma catástrofe econômica, o que não aconteceu. Ao contrário, Itapira, assim como toda a Mogiana, colheu os frutos da efetiva monetarização que atingia a economia paulista, conhecendo dias de prosperidade, alcançando um vertiginoso desenvolvimento. Do capital adquirido com a comercialização do café, uma tríplice vertente de opções se oferece para a reaplicação do mesmo: na indústria, particularmente na agro-indústria; na agricultura, investindo-se em novas lavouras de café dentro e fora do município; e na diversificação de produtos agrícolas em substituição ao café, com a introdução do plantio do algodão e do cultivo da cana (Brandão, 1979: 15).

Como vimos, foram os primeiros camponeses que introduziram a cultura da cana na região. Contudo, ela era usada, apenas, para a fabricação em pequena escala e consumo local de açúcar e aguardente. Como produto para o grande mercado, a cana só será cultivada em Itapira a partir de 1920. Vale lembrar que, desde o final do século passado (1880), ocorria o segundo surto açucareiro do País, decorrente da política oficial de incentivo aos engenhos centrais. A continuidade dessa política protecionista do governo sobre os sitiantes e fazendeiros modificará as relações entre as categorias de produtores da lavoura canavieira. Assim, a maioria dos pequenos fazendeiros passará a ser fornecedora de cana para as usinas. Apenas alguns poucos conseguirão transformar seus engenhos e fazendas nas grandes usinas de agora, como é o caso do Comendador Virgolino de Oliveira que, em 1929, funda a Usina Nossa Senhora Aparecida, produtora de açúcar e álcool, considerada por muitos como o orgulho agrário da região.

A ascensão da cana à condição de lavoura dominante quase que coincide com o período da quebra do café. Nessa época, o braço escravo já fora de todo substituído pelo colono e os agregados começaram a ser expulsos das fazendas. Com o empobrecimento dos fazendeiros, diversas fazendas foram divididas, inclusive entre os colonos, elevados, agora, ao estatuto de sitiantes, o que gerou, também, a oferta de trabalho em parceria para os camaradas.

Ora, os colonos chegaram a Itapira em fins do século passado. Eles foram contratados para trabalhar nas grandes fazendas de café. Logo, tornaram explícitas as diferenças ideológicas frente aos outros moradores do grande latifúndio. Os imigrantes sempre foram identificados como uma classe, a dos colonos, ou como grupos étnicos, sobretudo os

⁴ Em 1881, a Penha do Rio do Peixe, desmembrada do município de Mogi-Mirim desde 1858, foi elevada à categoria de cidade: "Sendo de justiça este seu desideratum pois possui ela uma boa matriz, uma excelente cadêa e casa de Câmara e uma população de 7000 almas." (Caldeira, 1935: 59).

italianos. Ao chegarem, trataram de fundar associações⁵ e promoveram lutas contra a prepotência dos fazendeiros, configurando uma nova modalidade de desempenho político⁶. Quando as possibilidades econômicas do regime de colonato se esgotaram, os europeus decidiram abandonar as fazendas. Alguns, contudo, compraram partes das fazendas decadentes e tornaram-se pequenos proprietários. Aqueles que não foram chamados a assumir o cargo de administradores de alguma fazenda encontraram, na migração para a cidade e para o trabalho urbano, o destino de suas vidas. Lá, estabeleceram-se como artesãos, abrindo oficinas de prestação de serviços, ou, então, foram integrar as fileiras do operariado da emergente indústria do lugar.

Aos contingentes do proletariado urbano juntar-se-ão, neste século, levas de migrantes procedentes de Minas Gerais, onde a erradicação dos cafezais, que já se processava, nessas áreas, desde os anos 50, dispensava um grande número de trabalhadores rurais, que não mais podiam ser aproveitados na pecuária. Na década de 70, chegaram os migrantes provenientes das terras de geada do Paraná. Em sua maioria, eles vão-se reconhecer como vizinhos ao se encontrarem caminhando pelas ruas do Risca Faca, hoje Vila Ilze, cujo crescimento decorre em muito do movimento migratório. Há, inclusive, uma faixa de casas entre os imprecisos limites do bairro do Cubatão e da Vila Ilze, que se chama, por óbvias razões, de Paranazinho (Ivo, 1983: 56-57).

Serão muitos desses migrantes moradores da cidade, juntamente com os trabalhadores mensalistas da agricultura, depois pagos ao dia, que irão constituir a categoria de produtores conhecida como trabalhadores volantes, trabalhadores de turma ou bóias-frias. Sob o comando do turmeiro, que é a designação que se dá ao agenciador de serviços desses proletários rurais, eles serão recrutados e enviados para as plantações de outros municípios da região da Mogiana, além de Itapira, para o plantio e o corte da cana, a colheita do café e a panha do algodão.

Todavia, os bóias-frias de Itapira guardam algumas peculiaridades. Por vezes, eles escapam ao próprio conceito que os define enquanto categoria de produtores⁷. Quando deveriam exibir uma permanente mobilidade geográfica, os bóias-frias de Itapira não se afiguram como nômades da cidade ou do campo. Eles se fixaram nas novas vilas

⁵ Em 1911, foi criada a Sociedade Hespanhola, de vida efêmera e mesmo de duvidosa existência. Ao certo, sabe-se que os *oriundi* criaram a Società Italiana di Mutuo Soccorso "Fratelanza e Lavoro", em 1905, e editaram o jornal *La Patria degli Italiani*, fundado em 1915 (Caldeira, 1935: 71-72).

⁶ Em 1910, foram publicadas as primeiras notícias acerca do potencial insurrecional dos colonos que lutavam para assegurar o plantio consorciado de lavouras de subsistência em meio aos cafezais (CI, 25/09/1910, nº 327, p. 2).

⁷ O bóia-fria é o "trabalhador rural, residente fora da propriedade agrícola, geralmente na periferia das vilas ou cidades, registrados ou não, recebendo por empreitada, tarefa ou por dia, aliciado ou não por turmeiro e que se locomove todos os dias para o local de trabalho, quase sempre em caminhões." (Gomes da Silva & Rodrigues, apud Ivo, 1983: 1).

abertas na periferia, lá residindo com seus familiares, como é o caso da Vila Ilze e da Vila Izaura, que concentram grandes contingentes desses trabalhadores assalariados da agricultura. Diante da sazonalidade do trabalho agrícola, por exemplo, no período da entressafra, eles oferecem sua força de trabalho como operários das pequenas fábricas locais, como auxiliares na construção civil ou como subempregados.

Uma vez apresentados os sujeitos sociais do lugar e de como eles se articularam nos diversos sistemas de trabalho, vamos, agora, voltar um pouco no tempo para lembrar que, pelo menos desde a metade do século passado, Itapira já havia constituído um perfil de vida urbana com a migração da zona rural para a cidade de colonos e antigos escravos para o trabalho nas fábricas.

Para fins deste estudo, cumpre lembrar que quando da crise do café e da implantação do núcleo fundador do primeiro hospital psiquiátrico da região, Itapira era um município em que predominava a atividade rural. Assim, torna-se difícil explicar a criação de uma instituição psiquiátrica, nessas plagas, apenas através da identificação dos fenômenos de urbanização e industrialização. Aliás, alguns autores apontam para os limites dessa interpretação, pois a atribuição de responsabilidades à problemática urbana na gênese do asilo estaria associada à noção de progresso, quando a questão primordial seria a mercantilização da existência humana decorrente da emergência de uma economia em moldes capitalistas (Cunha, 1986: 22).

Contudo, a organização da cidade irá produzir novas relações sociais, fazendo emergir as diferenças entre as classes. O capitalismo estabelece barreiras maiores que aquelas criadas pelo feudalismo, que nada faz senão hierarquizar e que não separa brutalmente classes e camadas (Bastide, 1959: 120). Em Itapira, o espaço urbano será o palco dos primeiros protestos e reivindicações dos sujeitos subalternos de uma sociedade, marcadamente autoritária, cuja classe dominante se estabeleceu sobre atos de expropriação e violência. Essa nova tentativa de explicação para o surgimento das instituições psiquiátricas no município não consegue, ainda, responder às singularidades de que se reveste essa história.

Antes de se passar à origem dos hospitais, convém esmiuçar alguns fatos da história da cidade, posto que o conhecimento detalhado de alguns deles talvez seja uma inestimável contribuição para a análise proposta, pois foi entre histórias da abolição e pequenas lutas de religião que Itapira viveu seus momentos de maior ebulição.

II - UMA HISTÓRIA DOS TEMPOS DA ABOLIÇÃO

“Na cidade, com cochichos de mistério, falava-se de tremendo crime que, abalando a consciência do Estado, passava a ser tal marca de infâmia para a terra que foi mister rebatizá-la com o flamante nome indígena de Itapira, a que antes fora Penha do Rio do Peixe.”

Menotti Del Picchia¹

De fato, até hoje, a morte do delegado Joaquim Firmino continua envolta em mistério, guardada que está, apenas, na memória das velhas gerações. Mesmo assim, quando instados a falar a respeito, poucos dentre os mais antigos dispõem-se a fazê-lo. Quando o fazem, tecem sobre o crime versões as mais variadas, que parecem ter a função de transformar o drama em lenda. Um dia, essas várias versões precisarão ser reconstituídas pela história oral.

Joaquim Firmino de Araújo Cunha nasceu em agosto de 1855 na cidade de Mogi-Mirim. Fora designado para o cargo de delegado de polícia da pequena Penha do Rio do Peixe por volta do ano de 1887. Desde alguns anos antes de 1888, as duas cidades mantinham tensas relações em virtude da intensa e crescente atividade abolicionista em Mogi-Mirim. Dele sabe-se que fora, de início, um tímido simpatizante da causa abolicionista até que, ao presenciar um ato público em favor da abolição, na cidade de Amparo, foi tomado de tamanho entusiasmo, que decidiu aderir à questão, passando, então, da simpatia à ação. Assim, alistou-se entre os membros do Clube Abolicionista, cujos sócios promoviam pregações públicas e proclamavam a necessidade urgente de libertar os escravos através das páginas da *Gazeta de Mogy Mirim* (Brandão, 1979: 30).

Em Itapira, não há vestígios da presença de qualquer movimento abolicionista no município. Se houve, possivelmente foi combatido com violência pela elite agrária local, considerada a mais reacionária e repressora da região. Por isso mesmo, causara irritação a indicação de um mogiano abolicionista para o posto de chefe de polícia. Como se não bastasse, o delegado começou a ser acusado de não perseguir os escravos fugidos das fazendas da redondeza e de prestar auxílio ostensivo à fuga dos negros. Dizia-se que ele os acolhia em sua casa para, depois, em segredo e em segurança, conduzi-los a Mogi-Mirim ou São Paulo, onde os aguardava Antonio Bento de Souza Castro, que os encaminhava ao

¹ Este é o olhar de um Menotti Del Picchia infante para o crime do delegado: “Do crime boquejava-se à sorrelfa. Muito poderosas eram ainda as famílias dos assassinos. Nós, crianças, farejávamos o gosto de mistério que havia no drama já desnaturado pela lenda.” (Menotti Del Picchia, 1970: 50-51).

quilombo do Cubatão, no Alto da Serra (Raimundo de Menezes, apud Mandatto, 1959: 48-49).

Em fevereiro de 1888, um grupo de escravocratas decidiu aplicar uma punição exemplar sobre o delegado numa clara atitude intimidatória que visava coibir não só os arroubos libertários do escrivão local como conter qualquer manifestação abolicionista nos limites do município.

No dia 11 de fevereiro, às primeiras horas da madrugada, quando o sol tingia os céus de Itapira com seus primeiros raios de sangue, cerca de trinta homens, na conta de alguns, a trezentas pessoas, na soma de outros, munidos com armas brancas e de fogo, reuniram-se em uma das praças da cidade e rumaram para a casa do delegado, invadindo-a e investindo contra ele. O que ali se passou até hoje é motivo de controvérsias, mas os autos do processo revelam detalhes, que alguns acreditam bastante mitigados, de um crime hediondo, revestido de requintes de crueldade, que atingiram, também, a esposa e a filha da vítima. Depois, sua morada foi depredada e os objetos de maior valor foram roubados.

A morte violenta de Joaquim Firmino obteve repercussão em toda a Província, ganhando as páginas da imprensa. Alguns abolicionistas manifestaram-se sobre o caso. Dentre eles, destacaram-se Joaquim Nabuco, Rangel Pestana, José do Patrocínio e Bernardino de Campos. Este último, deputado republicano, tomando da palavra na tribuna da Assembléia Provincial, protestou contra o crime, acusando, nominalmente, os supostos mandantes do massacre: Manoel Vicente de Araújo Cintra, José Avelino Gomes da Cunha, Manoel Bento Pereira da Silva, José Gomes da Cunha, João Manoel Pereira da Silva, Olegário Pereira da Silva e o Dr. James Ox Warne, que teria assumido o comando da chacina. Esses foram os nomes citados, mas crê-se que muitos outros grandes fazendeiros foram agentes do trucidamento. Há indícios de que o vigário da Penha na ocasião, o padre Agostinho Gomes da Costa, também seria cúmplice do assassinato.

Cumprindo as exigências do dever, Rodrigues Alves, então presidente da Província, enviou para Itapira uma força policial para dar voz de prisão aos acusados. Estes contrataram os serviços de defesa do Dr. Brásio Machado, famoso jurista e conhecido abolicionista que, sob a promessa de um substancial pagamento em caso de absolvição, resolveu mudar de causa, ainda que provisoriamente, tomando partido dos escravocratas. Após um longo e demorado processo, os acusados foram todos absolvidos por falta de provas condenatórias.

A edilidade local também decidiu tratar do assunto, convocando para tanto uma sessão extraordinária em que se propôs lavrar em ata um voto de pesar pelo ato de vandalismo que foi a morte do invicto delegado. Contudo, a proposta vencedora minimiza o ocorrido, protegendo a comunidade de eventuais acusações sem saber que mesmo assim ela passaria a conviver com um espectro de fantasmas perseguidores a acionar na memória

coletiva a evocação dos fatos que a vereança julgou a sociedade deles proteger ao assim proceder.

“Que a Câmara insira em Acta um voto de pesar pela morte violenta do delegado Joaquim Firmino e pelas desordens que se derão naquella ocasião.” (Livro de Actas da Câmara Municipal de Penha do Rio do Peixe, sessão de 18/02/1888).

Algumas pessoas acreditam que a tragédia do delegado apressou a abolição. Talvez seja exagerada essa afirmação. Decerto que não se tratou de um movimento isolado, mas a dimensão alcançada por esse fato histórico no processo abolicionista carece de um estudo mais aprofundado. Ademais, mesmo os pormenores do acontecido ainda estão por ser estudados.

Um certo cronista, talvez investido do papel de leitor das consciências locais, considera que a lembrança de tão funesto acontecimento só causa tristeza e mágoa. Uma outra leitura talvez pudesse dar a esses sentimentos o nome de culpa.

Se admitirmos que os primeiros itapirenses tenham cometido uma primeira falha, eles teriam legado a seus inculpadados descendentes a necessidade da reparação. O mito, igual a um sonho público, atualiza nos filhos a culpa dos pais. Se antes carpiam café, agora carpirão sua desdita até livrarem-se da maldição².

Não foi à toa que o intendente da Penha do Rio do Peixe esforçou-se junto ao presidente da Província, Prudente de Moraes, para que o nome da cidade fosse mudado. Não é de se duvidar que houvesse a crença de que em se mudando a denominação do lugar os fatos que a exigiram seriam apagados da memória. No dia 1º de abril de 1890, foi decretada, oficialmente, a mudança do nome da cidade, de Penha do Rio do Peixe para Itapira³.

Essa culpa, antes negada, agora poderá ser expiada através da acolhida que os filhos da terra conferem ao forasteiro. Essa culpabilidade, que funda e estrutura a

² Conta-se que as notícias sobre a morte do delegado Joaquim Firmino levaram os itapirenses a serem identificados em outras localidades pela alcunha de “11 de fevereiro”, o que teria provocado brigas e discussões envolvendo rapazes da cidade em terras vizinhas. Contudo, os mais jovens, hoje, ignoram tais fatos, tomando mesmo com certa surpresa o relato dos mesmos.

³ Segue-se um trecho do pedido do intendente: “Cidadão, tendo sido resolvido por acto vosso de 25 do corrente mez, que esta Intendência justifique a conveniência da mudança do nome desta cidade para o de Itapira, conforme anteriormente voz havia proposto, vem a mesma Intendência declarar que julga conveniente essa mudança, já por que assim substitue-se uma denominação longa, composta de diversas palavras, por um nome breve e euphonico, já por ser tristemente verdade que, em tempos ainda próximos, se derão nesta localidade lamentáveis acontecimentos, que echoando em todo o país e fora delle, provocarão a indignação geral, tornando execrando o nome de Penha do Rio do Peixe, que ainda hoje evoca esses acontecimentos. Por isso agora que esta localidade deseja esquecer ese triste passado e procura, sob o novo regimem político entrar em nova phase de prosperidade, julga esta Intendência que interpreta a geral aspiração deste Município, propondo-vos a substituição do nome de Penha do Rio do Peixe pelo de Itapira com o que não visa outro bem senão o bem do Município, certa de que este seu procedimento terá aprovação dos munícipes.” (FI, 12/02/1978, nº 1.267, p. 7).

civilização, terá na via institucional, com a proliferação de entidades filantrópicas, religiosas ou seculares, a sua melhor expressão⁴. Essa é, também, a explicação conjectural para a constituição de um vasto campo de atuação para psiquiatras, psicólogos e psicanalistas na região.

Quando afirmamos que estamos lidando com conjecturas é porque ao formular certos enunciados deparamo-nos com a impossibilidade de demonstração de sua causalidade, que só pode ser então interpretada ou, quando muito, apenas apresentada. Para conferir alguma fundamentação a nossa argumentação, recorreremos aos escritos psicanalíticos, principalmente aos textos consagrados à psicologia social na obra de Freud. Claro que não iremos aplicar aqui nenhuma interpretação psicanalítica a fim de identificar a essência e assim sustentar a credibilidade de uma questão política, de um evento social ou de um fato histórico, mas utilizar os recursos da psicanálise para tentar alcançar o sentido e o significado, o mais próximo e preciso possível, de alguns fatos da vida social. Trata-se, portanto, de um exercício de psicanálise aplicada.

Freud, antes de qualquer outro, já havia admitido a necessidade de uma dupla explicação para um mesmo fenômeno:

“(...) Qualquer explicação satisfatória deverá ser, ao mesmo tempo, histórica e psicológica. Deverá dizer-nos sob que condições essa instituição peculiar se desenvolveu e a quais necessidades psíquicas do homem dá expressão.” (Freud, 1980f: 133).

É possível socorrer-se de Freud e afirmar que há um isomorfismo de estrutura entre o inconsciente individual e o inconsciente social, que torna plausível o entendimento dos acontecimentos sociais.

“Ninguém pode ter deixado de observar, em primeiro lugar, que tomei como base de toda minha posição a existência de uma mente coletiva, em que ocorrem processos mentais exatamente como acontece na mente de um indivíduo.” (Freud, 1980f: 187).

Freud prossegue demonstrando seus argumentos e termina por enunciar que o inconsciente é, em parte, constituído pela transmissão das formações e dos processos psíquicos, geração após geração. Para que essa transmissão venha lograr êxito, Freud postula a necessidade de um aparelho mental organizado para significar e interpretar, bem como corrigir e retificar eventuais deformações derivadas da experiência emocional. Ao que nos interessa, Freud fala também da persistência do sentimento de culpa pelas gerações afora.

⁴ Em Itapira, além das creches e projetos mantidos pelo Fundo Social de Solidariedade do município, estão cadastradas junto ao Departamento de Promoção Social da Prefeitura Municipal as seguintes entidades assistenciais e filantrópicas: Lar São José, Casa Santo Expedito, Lar São Vicente de Paulo, Casa Nossa Senhora das Dores, Lar Espírita Gracinda Batista, Casa de Repouso Allan Kardec, Dispensário Santo Antonio, Educandário Nossa Senhora Aparecida, Instituição Assistencial Cristã, Casa da Criança Celencina Caldas Sarkis, Serviço Evangélico de Proteção à Infância (SEPIN) e o Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos à Infância (CRAMI), além da Santa Casa de Misericórdia e da Fundação Espírita Américo Bairral.

“(...) Em particular, supus que o sentimento de culpa por uma determinada ação persistiu por milhares de anos e tem permanecido operativo em gerações, que não poderiam ter tido conhecimento dela. Supus que um processo emocional, tal como se poderia ter desenvolvido em gerações de filhos que foram maltratados pelos pais, estendeu-se a gerações novas livres de tal tratamento, pela própria razão do pai ter sido eliminado. Devo admitir que essas são dificuldades graves e qualquer explicação que pudesse evitar pressuposições dessa espécie seria preferível.” (Freud, 1980f: 187).

Esse sentimento de culpa é decorrente de um ato transgressor, o assassinato fundador, o parricídio primordial a partir do qual as leis são reguladas e legisladas as proibições, que permitem o apaziguamento do elemento assassinado em parte através da expiação e atos de purificação, além de certas observâncias cerimoniais, que dão origem e sustentação a toda e qualquer instituição.

“(...) A sociedade estava agora baseada na cumplicidade do crime comum; a religião baseava-se no sentimento de culpa e no remorso a ele ligado; enquanto que a moralidade fundamentava-se parte nas exigências dessa sociedade e parte na penitência exigida pelo sentimento de culpa.” (Freud, 1980f: 174-175).

Essas são contribuições extraídas da leitura de *Totem e Tabu*, onde Freud discorre sobre as primitivas formas de organização social aqui apresentadas de maneira condensada e bastante abreviada.

Em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*, Freud discute os problemas derivados do funcionamento social. Assim, resumidamente, a possibilidade de paz, harmonia e concórdia sociais reside na identificação mútua entre os membros de um grupo e no controle dos excessos narcísicos. A instituição é um elemento facilitador dessa identificação, que irmana os homens numa causa comum. Daí porque podemos falar em assistência e solidariedade, em filantropia e fraternidade, e relembrar a multiplicidade de instituições de atenção e caridade no caso específico de Itapira.

Em *O Futuro de uma Ilusão*, Freud atribui à religião o caráter de uma ilusão que fornece ao indivíduo um instrumento de proteção contra a frustração e o estado original de carência observados na condição infantil. Mais uma vez, não podemos ignorar a semelhança que há entre essa afirmação e a situação de Itapira, com suas pequenas lutas de religião e a posterior profusão de seitas e igrejas que acabaram por se implantar na cidade, conforme veremos adiante.

Em *O Mal-Estar na Civilização*, Freud desenha a função estruturante da culpabilidade no processo civilizatório. Uma civilização caracteriza-se pela maneira como as múltiplas e variadas relações entre os homens são reguladas e esses regulamentos são respeitados. A civilização responde ainda pelas mais altas realizações da atividade humana, como a arte, a ciência e a filosofia. Foi esse padrão de civilização que permitiu, em Itapira, o desenvolvimento da aventura do conhecimento através das investigações da fenomenologia psiquiátrica e da pesquisa psicanalítica empreendidas por alguns de seus filhos, cujo resultado é a cultura terapêutica de suas instituições.

Em *Moisés e o Monoteísmo*, Freud levanta a hipótese de que o homem Moisés, o libertador e legislador do povo judaico, não era ele mesmo um judeu, mas um egípcio. Sem entrar em maiores considerações, esse enunciado permite postular a representação de um estrangeiro apresentado como um salvador, posteriormente assassinado, um emissário paradigmático da civilização e da cultura. Nessa formulação, encontramos estreita vinculação com os fatos narrados na história de Itapira, onde um forasteiro supostamente considerado um libertador de cativos e ele mesmo um legislador, um delegado de polícia, agente da lei e da ordem, fora assassinado, inscrevendo nos horizontes da cidade, pela culpabilidade que se seguiu ao ato criminoso, prenúncios de civilização.

No caso de Itapira, toda essa construção repousa sobre inferências extraídas da observação e mesmo daquilo que é inobservável. Ela pode até não fazer justiça à verdade histórica nem contemplar os aspectos essenciais do funcionamento individual, mas, no entanto, permite uma abordagem dinâmica dos fenômenos sociais, que não pode ser desprezada. Só assim será possível restituir ao imaginário da população local a lembrança do paraíso perdido plantado à beira do ribeirão da Penha.

III - DAS PEQUENAS LUTAS DE RELIGIÃO

3.1 - O domínio católico

Como aconteceu com muitas outras cidades brasileiras, as origens de Itapira também estão ligadas à presença da religião. Tanto é que o marco de fundação da cidade está associado à construção de uma capela votiva a Nossa Senhora da Penha no ano de 1820.

Naquele ano, os moradores do primitivo bairro dos Macucos decidiram construir uma capela no alto de um espigão em terras ao lado e acima do ribeirão da Penha e para lá transferir uma imagem de Nossa Senhora, que já era, então, objeto de devoção da gente do lugar, recebendo, inclusive, óbulos e orações. Essas terras pertenciam a João Gonçalves de Moraes, que também era o dono da imagem, sendo Manoel Pereira da Silva seu protetor e procurador. Com a doação das terras e da imagem, a santa deixaria de ser, apenas, protetora de uma família para ser padroeira da comunidade.

Em mutirão, os homens do bairro lançaram-se ao trabalho de construção do pequeno oratório, que demorou algum tempo para ser concluído, entre a derrubada do mato no local da obra e a procissão que conduziu a tosca imagem de madeira para sua nova morada.

“Tudo combinado a derrubada do mato teve início, de mão comum, na madrugada de 24 de outubro de 1820, continuando aos poucos, embora vagarosamente, porquanto era impossível àquella gente, quasi toda pobre, dedicar todo o tempo ao piedoso afan, abandonando por completo as suas lavouras.” (Caldeira, 1935: 52)¹.

Anos mais tarde, o primeiro fazendeiro do café decide erguer uma nova igreja para a mesma santa e funda o primeiro ato de expropriação devocional. Sem consultar os moradores do lugar, ele resolveu transferir a imagem da capela caipira para a Igreja Matriz. Com essa nova sede, a antiga capela será demolida².

¹ No entanto, há dúvidas sobre as datas, o que reacende sempre acaloradas discussões entre os itapirenses defensores desta ou daquela afirmação. Segundo Caldeira, a data oficial da fundação da cidade seria aquela do início da derrubada do mato para a construção da capela, enquanto aqueles que rezam conforme a tradição de que o marco fundacional de uma cidade é a data de sagração do solo, com a celebração da primeira missa, admitem como correta a data de 19 de março de 1824 (CI, 24/10/1993, nº 372, p. 3).

² Trata-se aqui do Comendador João Baptista de Araújo Cintra que, em 1842, iniciou a construção da Igreja Matriz, concluída em 1857. Depois, essa igreja sofreria reformas às custas do Coronel José de Souza Ferreira, em 1921, para, novamente, ser demolida e em seu lugar ser construída a

Com a criação da fábrica da Igreja Matriz, a imagem de Nossa Senhora da Penha passará a ser um símbolo religioso de propriedade quase que exclusiva dos cultos urbanos da elite local³. A sociedade capitalista do café terá na Igreja um dos setores de articulação de seus interesses. Essa Igreja exaltará o valor do trabalho e das relações de produção introduzidas pelos fazendeiros, reconhecendo a vigência de uma nova ordem social. Ela responderá, também, pela presença da hierarquia católica no município a partir da fixação de um padre vigário na paróquia (Brandão, 1979: 45-46).

As crônicas da Igreja Católica em Itapira atestam que, entre 1880 e 1900, ela estava solidamente estabelecida no município, sendo reconhecida como religião dominante. Esse domínio, no entanto, não eliminou focos de conflito no interior do catolicismo. Foram os atos de contestação a essa dominação que concorreram para que essa hegemonia fosse abalada, contribuindo, assim, para a eclosão de movimentos cismáticos no seio da Igreja, permitindo, ainda, a emergência de novos grupos confessionais e de novos agentes religiosos.

3.2 - De milagres e dissidências

Conta-se que, por volta do ano de 1906, vivia em Itapira um ex-escravo, agora leproso, que morava em um rancho de palha à beira da estrada que conduz a Amparo, onde ficava a mendigar esmolas aos passantes. Certo dia, seu corpo fora encontrado em adiantado estado de decomposição. O intendente da cidade ordenou, então, que o morto ali fosse sepultado e que, em seguida, a palhoça fosse incendiada, ficando-se sobre a cova uma cruz. Uma semana depois do ocorrido, desabou sobre a cidade um forte temporal. Essa conjunção de fatores fez brotar no exato local do sepultamento um estranho cogumelo, cujo formato assemelhava-se a uma mão encarquilhada e voltada para cima, como se fora de novo o negro a esmolar póstuma piedade. Daí para se considerar o achado como um milagre e transformá-lo de objeto de mera curiosidade em elemento devocional foi, apenas, questão de ocasião.

Logo, alguns moradores da cidade, Cristóvão Alves Pinto e Francisco de Paula à frente, pediram isenção de foro para o terreno do local do casebre incendiado, onde fariam erguer uma capela votiva como parte do pagamento de promessa assumida por um deles pelo restabelecimento da saúde de um parente próximo, feita à Santa Mãozinha. Como o pedido fora deferido, os dois peticionários logo fizeram construir, com a ajuda dos

imponente matriz atual, erguida às expensas do Comendador Virgolino de Oliveira no ano de 1955 (Mandatto, 1959: 22-25).

³ Enquanto coronéis e comendadores faziam erguer e descer imensas catedrais para a santa, os camponeses por ela abandonados em sua fé passaram a cultuar entre rezas e catiras os santos de devoção popular, como Santo Antonio, São Gonçalo, São Benedito e São Sebastião.

moradores do lugar, a capela de Santa Cruz da Mão Aparecida, dita, também, Santa Cruz da Mãozinha ou igreja da Mãozinha. No altar dessa capela, foi colocada a mão de pau do negro Nicolau para a veneração do povo crente.

“A sede era um rancho rústico e em ruínas, que a ignorância de uns pretos da rua do Amparo houvera erigido em capella para a adoração de uma orelha de pau com forma de mão de gente.” (CI, 06/02/1916, nº 875, p. 2).

O que parecia tratar-se, apenas, de mais de um surto votivo em torno a um pequeno oratório de curva de estrada, fadado à indiferença e ao esquecimento, tornou-se pouco tempo depois um culto organizado, com espaço para rituais e uma corporação de agentes responsáveis. Esses agentes organizavam festas coletivas, com leilão e quermesse, cujos convites eram veiculados em anúncios nos jornais da cidade (CI, 12/04/1908, nº 74, p. 3). Alguns acreditam que das cidades vizinhas começaram a vir romeiros em profusão (Mandatto, 1959: 73). Essa afirmação encontra contestação em pelo menos um estudioso do campo religioso de Itapira.

Ao estudar a formação do campo religioso de Itapira, Brandão demonstra que quando da implantação do catolicismo no município, além do padre capelão, responsável à distância pelas almas dos moradores, e do padre missionário, em passagens esporádicas pela região quando era tempo de Santa Missão, o contato com a Igreja fazia-se através de romarias aos santuários de Nossa Senhora Aparecida, de Bom Jesus dos Perdões e de Bom Jesus de Pirapora (Brandão, 1979: 39).

Se não houve romeiros, com certeza havia tropeiros que faziam a ligação entre as terras da região e o sertão das Minas Gerais, tendo em Itapira um lugar de pouso. Foram eles que, provavelmente, espalharam a notícia do suposto milagre, entre casos de assombração e encantamento, contribuindo, assim, para incorporar ao imaginário popular a visão de Itapira como vereda de salvação, espaço mágico de cura e purificação espiritual, preparando o terreno para a instalação futura dos hospitais psiquiátricos na cidade. Afinal, Itapira já estava inscrita no roteiro do futuro circuito das águas, um caminho que levava o enfermo ao milagroso chão de águas termais que curavam as doenças da pele. Não devemos esquecer que a lepra representou no repertório de crenças do mundo medieval a prova da bondade e da cólera divina (Foucault, 1978: 6).

Para a autoridade eclesiástica, entretanto, havia um indiscutível sabor de heresia no culto popular à Santa Mãozinha, entidade devocional misteriosa sem registro ou equivalente nos cânones católicos oficiais. Por isso, o padre vigário passou a atacar de público e com vigor o culto, os ritos e os promotores da estranha devoção.

“Chama-se a atenção do público para o atrevimento de meia dúzia de especuladores que vivem illudindo a boa fé de alguns cathólicos, fracos de espirito em matéria de religião.” (CI, 16/07/1908, nº 100, p. 2).

Contudo, os ataques motivaram uma reação de defesa por parte de seus organizadores, que se declararam católicos e firmaram as bases da primeira oposição orga-

nizada à paróquia. Eles contaram ainda com o apoio dos fiéis devotos da seita, o que permitiu a continuação do credo.

“Somos verdadeiramente crentes e não precisamos, apesar de ineptos, ignorantes e pobres de espírito como diz o católico, explorar a boa fé de quem quer que seja para vivermos, ou para vendermos a nossa aguardente e quentões.” (CI, 30/07/1908, nº 104, p. 3).

Por essa época, era vigário em Itapira o padre Amorim Correia. Ele reprovou com veemência o culto ilegítimo, mas, logo, tratou de legitimá-lo ao propor a ereção de um novo templo e a adoção de formas canônicas oficialmente reconhecidas pela Igreja, como a adoração à Santa Cruz, e não à Mãozinha, por ela condenada.

“Santa Cruz da Mãozinha - O Revmo. Sr. vigário resolveu não permitir a realização de rezas de qualquer natureza no barracão de tijolos coberto de madeira, chamado vulgarmente ‘Santa Cruz da Mãozinha’. As pessoas que quizerem rezar terços ou rosários podem rezar-os em suas casas ou então na igreja Matriz, de joelhos ou sentados, mas em voz baixa. O barracão da ‘Mãozinha’ não tem a benção da igreja; não há motivo justificável para que certas pessoas queiram a toda força transformá-lo em templo católico e um centro de pública reunião. Trata-se de se erigir ali uma capela; quando ella estiver pronta, então sim, poderão os fiéis frequentá-la e considerá-la como lugar sagrado. É preciso que desapareça de vez a credence ridícula e supersticiosa, engendrada no cérebro de alguns pretos vadios e de algumas mulheres desocupadas, de que um toco de pau que ali apareceu, semelhante à mão de um morphético que ali morreu tem virtude divina. Tal credence só pode ter cabido na mente de quem a divulgou. Se pessoas há verdadeiramente devotas da Santa Cruz ponham mãos à obra e façam ali a capela o quanto antes. A obra não é tão difícil.” (CI, 22/05/1910, nº 291, p. 2).

Assim, no fim do ano de 1910, seria anunciado o lançamento da pedra fundamental da capela de Santo Antonio, onde seria venerada uma relíquia do santo vinda de Pádua, na Itália.

Nesse ponto, as histórias se confundem e o destino da igreja da Mãozinha inscreve-se na biografia do padre Amorim, esteja ele à frente da paróquia da Penha ou como patriarca da Igreja Brasileira, por ele fundada, como veremos mais adiante.

Manoel Carlos do Amorim Correia foi o 18º vigário de Itapira. Era português de nascimento, mas fez seus estudos religiosos no Brasil, pois aqui chegara ainda criança. Passara por três seminários e foi preciso a intervenção de Dom Nery, então Bispo de Pouso Alegre, para que ele, preterido de ordens, pudesse ser ordenado sacerdote. Chegara a Itapira em setembro de 1909, depois de ter sido vigário em Bananal e Araras. Logo, tornou-se comensal de coronéis e comendadores da elite local.

As crônicas mundanas tinham-no como glutão, mas, também, como uma presença eclesiástica, política e festiva muito mais dinâmica, vigorosa e voluntariosa que a de seus antecessores (Brandão, 1979: 86). Destacou-se pela denúncia ferrenha das práticas populares de religião, inclusive dos serviços religiosos da igreja da Mãozinha. Como exemplo dos ataques às práticas populares de religião destacam-se as críticas aos festejos religiosos realizados na zona rural.

“Festas nos sítios - Há nesta parochia alguns sítios e algumas fazendas, onde se costumam realizar festas todos os annos com novenas, ora em louvor da Santa Cruz, ora em louvor de Santo Antonio, ora em louvor de São Sebastião, etc.

“Essas festas são feitas geralmente sob a direção de um paisano qualquer que se arvora de capelão da noite para o dia e que afinal de contas não passa de um charlatão de coisas sagradas que não poucas vezes explora escandalosamente a boa fé e a piedade do povo cristão. Estas festas do modo que costumam ser feitas são prohibidas.

“Os srs. fazendeiros ou os srs. administradores das fazendas prestarão um grande serviço à causa da religião prohibindo que taes festas se realizem sem a assistência de um sacerdote que é o ministro legítimo de Deus e aquele que recebeu o poder de prezidir a reunião dos fiéis. Além disso cooperarão para que não sejam desacatadas as determinações da autoridade nesse sentido.

“Por sua vez os catholicos não devem concorrer com donativos de qualquer natureza que seja para taes festas sem que ellas sejam autorizadas pelo respectivo vigário da parochia.

“Do mesmo modo devem negar todo o seu concurso a certos exploradores que costumam percorrer as parochias com emblemas religiosos pedindo esmolas, ora para o Divino, ora para Nossa Senhora Aparecida, ora para qualquer outro santo. Esses indivíduos são verdadeiros ladrões disfarçados em devotos. A autoridade policial deve tomal-os à sua conta e os fiéis devem repelil-os como seres inimigos do trabalho e exploradores de sua boa fé.” (CI, 22/05/1910, nº 291, p. 2).

Contudo, as críticas que posteriormente a ele se fizeram partiram da própria elite que o tinha como aliado, o que se constituiu em um fato novo nas crônicas da história católica de Itapira, mas as razões para o rompimento até hoje são discutidas, embora a vertente política seja a mais admitida. Segundo a versão oficial da Igreja, tratou-se de desobediência eclesiástica, quebra da ortodoxia ritual e dúvidas sobre a moral pessoal (Brandão, 1979: 61). Entre os espíritas, há a convicção de que o padre esteve ligado a grupos esotéricos em São Paulo, tendo freqüentado, às escondidas, algumas reuniões, sendo, portanto, associado à prática do ocultismo (Brandão, 1979: 88). Para outros, o padre causou descontentamento à elite local ao revelar-se um homem popular, amigo da gente humilde do lugar. Seus aliados postulam motivos políticos para suas desavenças com Dom Nery, Bispo de Campinas e seu superior hierárquico, que teria interesses comerciais e políticos no município, sendo esta a causa mais aceita⁴.

Ao certo, o que se sabe é que entre 1911 e 1913 houve troca de acusações entre o padre e o Bispo de Campinas que culminou com a destituição do vigário de sua jurisdição sobre a paróquia, a suspensão de ordens e, finalmente, a excomunhão. Entre o primeiro e o último ato desse auto de paixão e fé, o padre apropriou-se da igreja da Mãozinha e fundou a Igreja Católica Apostólica Brasileira, tornando-se seu primeiro patriarca.

⁴ Em Itapira, existe apenas um único jornal que possui o arquivo quase completo de seus números publicados desde 1907. Mesmo assim, todos os exemplares que cobrem o período de 1911 a 1915 não foram encontrados quando da organização da coleção. Suspeita-se que o sumiço tenha sido provocado para se evitar a divulgação das intrigas políticas da ocasião contidas na publicação.

“Aos 30 de janeiro de 1913, em sua residência, havendo celebrado indevidamente o santo sacrifício da missa, fundou a Igreja Católica Apostólica Brasileira e aos 16 de fevereiro de 1913 publicou o seu Manifesto Pastoral, de ignorância inexplicável em pontos doutrinários.” (CI, 21/08/1949, nº 2624, p. 1).

Se o padre perdeu o apoio da elite agrária, ele ganhou a adesão das camadas populares dos setores urbanos, dos funcionários públicos, dos profissionais liberais e de segmentos da burguesia mercantil, sobretudo dos comerciantes portugueses da Rua do Amparo. Foi esse apoio disseminado pelos diferentes estamentos sociais, no momento em que a sociedade itapirense havia adquirido esse grau de diferenciação, que garantiu a presença de uma Igreja dissidente no município.

É lícito indagar, aqui, se entre esses homens do comércio não estaria Onofre Baptista, também português, que, mais adiante, veremos revelar-se espírita e fundador do primeiro hospital psiquiátrico da cidade. Isso é importante na medida em que se advoga aqui que o cisma amorinista respondeu pelo aparecimento de novos agentes religiosos até então localizados na periferia do campo religioso que, para se legitimarem confessionalmente, tinham de ocultar-se sob o manto da Igreja Católica ou passar por um estágio provisório de diferenciação e reconhecimento social junto à Igreja Brasileira.

Uma vez efetivada a dissidência, o padre decidiu ficar em Itapira e fazer da cidade o centro difusor de sua Igreja, transformando-a em uma versão cabocla de Roma.

“Longa e heróica foi a luta de Amorim Correia. O homem tinha a testarudez de um jumento. Não recuava. Formidável sua capacidade de fazer proselitismo. Traduziu para o português toda a liturgia, mandou confeccionar os paramentos com rebordos verdes e amarelos, ornamentou o altar e os andores com as cores nacionais. Realizava, na minúscula Itapira, o sonho de Feijó.” (Menotti Del Picchia, 1970: 145).

Ele viajou pelo Estado em busca de outros padres suspensos de ordens e fundou o Conselho Patriarcal da Igreja Brasileira. No entanto, Amorim Correia não viveu o tempo suficiente para melhor conduzir sua Igreja. Morreu sete meses depois do cisma, dizem que envenenado, no momento em que a Igreja Brasileira enfrentava árduas batalhas jurídicas perpetradas pela Igreja Católica. Entretanto, a Igreja Brasileira não se extinguiu com a morte de seu patriarca. Ela continuou existindo, alternando movimentos de avanço com momentos de recuo até deixar Itapira, por volta do ano de 1936, às voltas com cisões internas entre os vários grupos em luta pelo controle patriarcal.

Para pelo menos um estudioso da formação do campo religioso de Itapira (Brandão, 1979: 59-60), os movimentos cismáticos foram, apenas, amostras localizadas na esfera religiosa do que, então, acontecia com maior intensidade e apelo político em outros segmentos da sociedade civil, transferidos, agora, do campo para a cidade e do campesinato para a burguesia. Essa observação abre uma perspectiva de compreensão para a trajetória de formação de diversas instituições então nascentes, inclusive os hospitais psiquiátricos.

Sabe-se que havia, então, uma acentuada secularização em Itapira. Os conflitos políticos entre os colonos e fazendeiros, que vimos se insinuarem páginas atrás, tomaram a praça pública⁵. Os negros forros e mestiços profanavam com seus sambas e congadas a tradicional Festa do Treze, a centenária Festa de Maio, a grandiosa festa em louvor a São Benedito⁶. Os romanos e brasileiros enfrentavam-se pelas ruas da cidade quando era dia de procissão em homenagem a São Sebastião⁷. O homem cordial rompia com a imagem de relicário que os elementos dirigentes da elite agrária criaram em torno de si, pois ela se mostrava incompatível com suas aspirações de elemento urbano, que, agora, vão-se materializar e tomar corpo na figura das turbas insurgentes⁸. O tecido social começava a esgarçar-se e era preciso conter esse esgarçamento ainda que através dos remendos da caridade. A disciplinarização do corpo social tornara-se uma exigência e o surgimento posterior de instância de normatização talvez seja um atestado dessa necessidade.

Ora, em meio às multidões, não havia apenas pessoas sem rosto e sem destino, mas sujeitos que representavam uma anônima ameaça à ordem vigente. Entre eles,

⁵ “Ante-hontem, nas primeiras horas da manhã, correu insistente pela cidade o boato de uma revolta de colonos na propriedade agrícola do Sr. Joaquim Manoel de Campos Pinto, no bairro de Eleutério, neste município. A aterradora notícia tomou vulto, assumiu proporções assustadoras, quando, mais tarde, foi divulgado um despacho telegraphico, procedente da estação de Eleutério, pedindo o auxílio da autoridade policial. (...) O alarme fora entretanto precipitado. A colonia mantinha-se em atitude pacifica, ameaçando abandonar aquella propriedade agrícola, caso não fosse permitido o plantio de duas filas de milho, nos cafezaes, o que não se achava estabelecido no contrato, e que a administração da fazenda entendera não consentir.” (CI, 25/09/1910, nº 327, p. 2).

⁶ “Como sóe acontecer todos os annos, a noite de 13 de maio foi de uma orgia indescritivel. A policia não teve descanso, mas, mesmo assim, os desatinos de alguns alcoolicos e vagabundos com domicilio ultrapassaram as raias do tolerável. (...) O peor foi a participação do pessoal das cozinhas na folia intensa do deboche. O samba espinafado, alli, fronteiro a capella de São Benedicto, atravessou de ponta a ponta a noite, noite hybernal, noite siberiana. Consequencia, no dia seguinte muitas famílias ficaram sem almoço. Valha-me Deus que essa anormalidade só se dê uma vez por anno.” (CI, 19/05/1910, nº 290, p. 2).

⁷ Entre 1914 e 1936, tanto os romanos quanto os brasileiros realizavam festejos em louvação a São Sebastião, cujo ponto culminante era uma procissão a serpejar pelas ladeiras de Itapira. As duas Igrejas aproveitavam o acontecimento para acirrar suas disputas que, nessas ocasiões, adicionavam ao caráter religioso da contenda rugas pessoais que resvalavam para o conflito aberto, transformando o evento religioso em batalha campal, acabando por ilustrar as páginas policiais: “As desavenças entre catholicos e adeptos da Igreja Brasileira motivaram a alteração da ordem publica na cidade de Itapira - Os poucos que ainda teimam em reanimar a obra que, nascida do cérebro revoltado do P. Amorim, há muito se estorce nas vascas de uma agonia lenta mas progressiva, pretendendo realizar uma passeata pelas ruas principais da cidade - passeata a que chamam procissão - com imagens de santos e outros symbolos privativos da Igreja Catholica Romana, pediram ao dr. Delegado de Polícia a respectiva licença...” (CI, 04/02/1917, nº 942, p. 2).

⁸ O homem cordial é uma expressão criada por Sérgio Buarque de Holanda para caracterizar aquele sujeito avesso aos formalismos e aos ritualismos sociais, cujos comportamentos são motivados por um fundo emocional. A cordialidade não corresponde necessariamente à manifestação de sentimentos positivos, mas a uma organização defensiva frente às exigências da vida em sociedade (Buarque de Holanda, 1984: 106-107).

logo foram identificados os imigrantes presentes em Itapira desde fins do século passado. Eles se constituíam em uma categoria culta e criativa, em uma massa crítica e laboriosa, portanto, politizada. Muitos deles, sobretudo os italianos, provinham de pequenas aldeias e comunidades rurais onde eram freqüentes e marcantes os conflitos com o Estado, ou, então, eram militantes anarquistas, principalmente entre os espanhóis. Esse grupo formou um dos primeiros contingentes do proletariado industrial que surgiu no País, o que não quer dizer que a maioria do operariado fosse anarquista, pois evidências indiretas sugerem que era ínfima a parcela de anarquistas que integrava a força de trabalho, assim como era pequena a influência do ideário anarquista na condução dos incipientes movimentos da classe operária naquele momento inicial da industrialização. Em Itapira, os europeus não foram os principais condutores da luta operária, mas, também, não ficaram ausentes dela. Deles sabe-se, ainda, que logo se organizaram em associações de socorro mútuo, uma tradição que parece mais forte que a presença do anarquismo entre eles, e, para além da solidariedade, sabiam defender seus direitos enquanto trabalhadores⁹.

Havia, então, entre os homens pobres do País uma nítida reação ao estrangeiro, que, além de branco, reunia melhor qualificação profissional, o que deixava os brasileiros em desvantagem na concorrência por lugares no mercado de trabalho. O patronato rural, por sua vez, queria tratar os europeus como tratava seus negros. Os senhores tinham o hábito de mandar com rudeza em seus escravos e não conheciam o ritual civilizado das relações entre os homens livres (Bastide, 1959: 122).

Dá a intensa xenofobia que se vai desenvolver na sociedade brasileira, como forma de reação de grupos empresariais emergentes contra o estrangeiro enriquecido ou como manifestação nacionalista, como é o caso do movimento integralista. Não podemos esquecer que os psiquiatras brasileiros de então também trataram da questão da imigração ao introduzir essa preocupação em seus programas de higiene mental, revestindo-os de forte conotação xenofóbica.

Franco da Rocha, por exemplo, assim discorria sobre a figura do imigrante:

“Entre os imigrantes abundam os desequilibrados, sonhadores de riquezas, que imaginam, com os olhos na América, um infinito de prosperidade e fortuna. Aqui chegados, vendo em pouco tempo desfeitas suas ilusões, esbarrando com a dura realidade da luta pela vida, longe da terra em que nasceram, oprimidos pela saudade, recorrendo ao álcool como consolo, lá vão a caminho do hospício, aumentar os detritos da sociedade recolhidos àquela casa.” (Franco da Rocha, apud Cunha, 1986: 30-31).

⁹ A Società Italiana de Mutuo Soccorso “Fratelanza e Lavoro” foi fundada em 23 de setembro de 1905 e tinha o seguinte propósito: “A associação tem por objectivo auxiliar os sócios em caso de moléstia, prestar apoio moral aos que se encontrem desempregados, socorrer nos limites de suas possibilidades aos italianos indigentes e promover, em todas as emergências, o bem estar moral e material dos sócios em particular e das classes laboriosas em geral.” (Caldeira, 1935: 94).

Os negros, após a abolição do trabalho escravo, não estavam tão organizados quanto os imigrantes em agremiações étnicas ou de classe, afiliados que eram apenas a corporações religiosas, como as confrarias e irmandades dos homens de cor, de que havia uma amostra em Itapira¹⁰. Até então, em razão da persistência das relações sociais paternalistas e da miscigenação desenfreada que se desenvolvia nos meios rurais, os conflitos raciais de tão atenuados não pareciam sequer existir. Uma vez nas cidades, os negros e mestiços experimentaram maior discriminação racial, sendo responsabilizados pelo que havia de decadência moral e degradação sexual na vida urbana. Nos jornais da época, as atividades lúdicas dos negros sempre foram vistas como um caminho para o deboche e a devassidão.

“Os sambas... sempre fomos de opinião que esses malditos divertimentos deviam ser proibidos. O pessoal d'essas troças, luso na côr e de mãos pesadas, quando começa não acaba mais. E bebem, e dançam até cahirem.” (CI, 27/02/1908, nº 61, p. 1).

Os negros logo foram tratados como degenerados e, portanto, inferiores do ponto de vista biológico. Para tanto, concorreu o pensamento eugênico que dominava os programas do movimento psiquiátrico brasileiro da época.

É bom lembrar que os negros que habitavam Itapira eram bantos em sua maioria, pois quando o café se implantou na então província de São Paulo o tráfico negreiro não podia ser estendido para além de certos limites, de modo que foram sobretudo os negros desse grupamento étnico os escolhidos e enviados para o trabalho nos cafezais. Sabe-se, ainda, que a religião dos bantos consistia na possessão dos fiéis pelos espíritos dos mortos, e, por conseguinte, apresentava fenômenos assemelhados aos da mediunidade. Sendo assim, parece certo que os bantos não mostraram a mesma perseverança em fielmente conservar a civilização de seus antepassados, e, por isso, revelaram-se mais permeáveis às influências de seitas cristãs, como o espiritismo, quando não foram de todo assimilados pelo catolicismo (Bastide, 1959: 119-120).

O catolicismo tradicional em Itapira era antes um catolicismo rural, de marcada influência ibérica, em sua variedade lusitana, dominada pela ação de rezadores e puxadores de terço e pela devoção aos santos de proteção familiar, anterior à presença dos representantes da hierarquia eclesiástica. Com a chegada desses representantes, essas práticas passarão a sofrer críticas, censuras e restrições:

“Festa de Santo Antonio - A festa de Santo Antonio só pode ser feita na Igreja Matriz e não nos sítios e fazendas, segundo o que determinaram os Exmos. e Revmos. Srs. Bispos que regem e governam a nossa Província Eclesiástica.” (CI, 22/05/1910, nº 291, p. 2).

¹⁰ Trata-se aqui da Sociedade 13 de Maio Itapireense dos homens de cor, além dos grupos de prática ritual, que se apresentavam por ocasião das festas religiosas do lugar: “Percorrerá pelas principais ruas desta cidade a corporação de Congado.” (CI, 13/05/1909, nº 185, p. 2).

Não obstante, a Igreja Católica precisou fazer concessões no plano doutrinal para melhor se implantar no município, tendo que incorporar contribuições dos cultos africanos e das crenças indígenas e tolerar a moral sexual de senhores e escravos. A Igreja Brasileira, apesar do caráter cismático de sua condição, era um acabado exemplo dessa permissividade. No entanto, os novos tempos exigiam uma ampla reforma moral, ocorrendo, então, a romanização do catolicismo brasileiro, para o qual provavelmente muito concorreu a presença do imigrante, sobretudo dos italianos, e o movimento de renovação espiritual em curso na sociedade, que pode ainda contar com o rígido moralismo de outros credos cristãos, como é o caso do espiritismo. Não podemos esquecer que foi um italiano, Giovanni Baptista Trani, que, em 1897, doou o terreno para a construção da capela de São Benedito (CI, 06/10/1946, nº 2475, p. 4).

Não é de se duvidar que alguns segmentos da sociedade, os espíritas inclusive, tenham sido chamados a ajudar na tarefa de disciplinar o espaço urbano, função até então desempenhada pela agora convulsa Igreja Católica. Esse é pelo menos o testemunho de César Bianchi, agente espírita e, por algumas décadas, provedor do primeiro hospital psiquiátrico da cidade:

“(...) o problema já existia, não fomos nós que o criamos: era um fato social. Se os responsáveis máximos por essa situação angustiosíssima não tomavam providências que o caso exigia, urgia fizéssemos alguma coisa e a tarefa que nos coube, podemos falar de cátedra, foi desempenhada.” (Bianchi, 1984: 40).

Contestando essa possibilidade, há de se lembrar que os espíritas eram poucos numericamente; não estavam articulados junto à estrutura de poder local; e estavam mais preocupados com a difusão de sua doutrina. Por isso mesmo, talvez, atender ao convite formulado seria uma estratégia de inserção e legitimação social.

Mas talvez não resida nesses aspectos objetivos a propensão para abraçar essa causa. O clima de tensão social apenas aguçava conflitos culturais, de natureza moral e religiosa, subjacentes a certos grupos sociais ameaçados em sua hegemonia ou pretensão ao poder. A possibilidade de intervenção nesse processo de turbulência e intolerância delineava um projeto de reforma social através da reforma espiritual, que repousava em um novo princípio de moralidade e de controle da sexualidade, que se alinhava com a ideologia de certos setores sociais, como elemento integrador à realidade fática de determinadas necessidades subjetivas da comunidade. Assim, é possível que os espíritas tenham tomado para si o papel de agenciadores dessa nova subjetividade. A inclusão dessa preocupação no conjunto de estratégias de intervenção social era considerada um direito legítimo e natural, ganhando foros de verdade absoluta. Essas convicções confundiam-se com as próprias verdades do universo, o que conferia um tom grandioso a esses propósitos. Daí para o desenvolvimento de mecanismos paranóides corria-se um grande risco, pois muitas das concepções vigentes não passavam de verdadeiras construções deliriformes, cujo entendimento só não transcorreu dessa forma porque correspondiam às formações subjetivas elaboradas por certos

segmentos do universo religioso. Não que a religião seja, por definição, uma construção delirante, mas o uso que muitas vezes se faz de um dado sistema de crenças fechado a uma cultura que é produto da laicização de seus componentes coloca em relevo essa face quase sempre obscura e conflitante do problema.

Para Freud, a religião é uma ilusão. Deus é uma criação do próprio homem. A origem da atitude religiosa repousa no fator da fraqueza e remonta ao sentimento de desamparo infantil revivido na idade adulta. A imagem de Deus reflete a relação da criança com o pai. O significado psicológico das idéias religiosas reside em um precipitado de conflitos edipianos a exigir uma renúncia instintual subsequente. As idéias religiosas não derivam da experiência nem do pensamento, mas são ensinamentos e afirmações sobre fatos e condições da realidade que reivindicam nossa crença (Freud, 1980b, 34-37).

Para além das considerações de ordem psicanalítica, falar de religião é falar de fé, de crença, de mistério, de um sentido para a vida e de um sentido para a morte. Perscrutar esse sentido implica opor a razão à fé. O homem religioso não é um sujeito irracional, mas alguém que se utiliza de uma racionalidade que não é a exigida pela ciência nem a usada pela filosofia. A religião é uma maneira peculiar de ordenar e organizar as convicções que vão dar sentido e significado às realizações do sujeito frente aos enigmas da existência. Assim, a ciência e a religião se constituem em dois caminhos paralelos que conduzem a verdades independentes. No entanto, a verdade da religião é quase sempre uma história de aversão pela diferença, de violência e intolerância contra aqueles que não professam o mesmo credo nem compartilham de seus regulamentos enquanto instituição.

Quando falamos, em parágrafos anteriores, de uma atmosfera de tensão social havia implícita uma alusão aos sentimentos de intolerância e hostilidade mobilizados pelas divergências de natureza religiosa. Do ponto de vista religioso, o rápido crescimento urbano concorre para a desagregação das igrejas tradicionais (Bastide, 1959: 146). A emergência do espiritismo nesse contexto confirma essa afirmação, mas, no caso de Itapira, além de sua aparição na cena urbana havia a necessidade de legitimação de seus interesses de ordem moral e confessional. Da mesma forma que o êxito do espiritismo, a multiplicação das igrejas protestantes de tipo pentecostal está associada ao crescimento desordenado das cidades e à formação de massas urbanas deserdadas, que viram abolidos seus laços familiares e mesmo sua identidade cultural e étnica, como é o caso de migrantes e imigrantes. Não foi à toa que Brandão encontrou na periferia do campo religioso de Itapira uma profusão de seitas religiosas associadas ao pentecostalismo em lugar dos beatos e dos eremitas da religião popular (Brandão, 1979: 41).

A moral espírita, como a da maioria das religiões, exige a plena renúncia, forçada ou voluntária, ou, pelo menos, o adiamento dos prazeres terrenos mediante a promessa de uma recompensa em uma existência futura. Essa moralidade se fundamenta nas exigências de uma sociedade representada pela projeção dos conflitos e interesses do grupo

espírita em especial. Assim, a criação de códigos de conduta e o controle dos comportamentos não demonstram o interesse dos espíritas na promoção do gênero humano, mas na representação de um homem ideal construído a sua imagem e semelhança. A função desse ideal, para além da coesão grupal, traz implícito um princípio de regulação social.

Não podemos ignorar, ainda, a dimensão política das palavras do sagrado usadas na organização social. Sabemos que a religião tem o poder de ocultar, sob seus símbolos de última instância, os interesses terrenos de seus produtores sociais e assim conter nos domínios da doutrina e no fascínio da liturgia as divergências sociais de seus membros (Brandão, 1979: 3). Portanto, o que até então era pura e simples filantropia vai-se converter naquilo que Castel chamou de arte filantrópica, ou, seja, a disposição para se cuidar do conjunto de problemas sociais em conjunção com uma competência especial que muitas vezes esteve ligada ao saber médico (Castel, 1978: 133).

Se não bastasse, ainda havia motivações de ordem inconsciente. Em meio a essa complexa textura social, emergia um elemento estranho pela exuberância de suas palavras e gestos — o louco — que, por fugir aos padrões habituais de comportamento, obstaculizava a implementação do projeto de moralização social e depuração espiritual em andamento. Diante dessa figura desconhecida, mas logo igualada a um elemento perigoso e ameaçador, é possível que tenham sido acionados alguns mecanismos projetivos com o objetivo de expulsar esse elemento para fora do aparelho psíquico e, concretamente, excluí-lo do contexto social. Sendo assim, o doente mental passará a ser o objeto-suporte dessa projeção e destituí-lo de qualquer atributo repulsivo ou perturbador será a nova tarefa a ser cumprida, que, supostamente, restabelecerá o equilíbrio mental e social. Apesar do caráter primitivo desse mecanismo, esse parece ser o uso possível frente ao estágio alcançado no desenvolvimento da estrutura psíquica que a condição humana foi até então capaz de produzir.

Se do ponto de vista social a criação de um espaço institucional identificado com a contenção das divergências sociais não encontrava um método eficaz de intervenção, sob a ótica do simbólico estava preparado o terreno para o surgimento do asilo em nome da religião, cuja compaixão pelas fraquezas humanas sabia-se transformar em inquisitorial perseguição para o bem dos heréticos.

Assim, a Igreja Brasileira perdeu seu lugar de culto e a igreja da Mãozinha foi transformada na paróquia de Santo Antonio¹¹. Quanto à Santa Mãozinha, ela desapareceu, misteriosamente, do mesmo modo que um dia, também cercada de mistério, ela,

¹¹ Depois de um prolongado processo jurídico, os promotores do culto à Mãozinha e os sectários da Igreja Brasileira perderam a causa da posse do terreno do templo para a Prefeitura. Posto à venda em leilão, o prédio foi arrematado pelo Coronel Francisco Vieira Cintra, o único a fazer uma oferta, que depois o reformou e o transformou em local de devoção a Santo Antonio para satisfazer a vontade testamentária de sua primeira esposa, Dona Leocádia, já falecida na ocasião (CI, 29/07/1951, nº 2725, p. 2).

supostamente, apareceu. De toda a sorte, ela deixou seu legado, social e simbólico, povoando o imaginário popular com o destino milagreiro do lugar, preparando, também, o espaço de exclusão, pois a condenação muitas vezes antecede a purificação. Afinal, foi sobre dissidentes, cismáticos e doentes mentais que, no leilão de almas humanas, bateu-se mais forte o martelo que antes se abateu sobre as feiticeiras.

3.3 - De crendices e espíritas

Sabe-se que desde o final do século passado havia espíritas em Itapira. Eles eram homens urbanos e letrados que, inicialmente, freqüentavam o Círculo Esotérico do Pensamento, em São Paulo. Embora tivessem interesses confessados pela doutrina espírita, apresentavam-se como católicos perante a sociedade, pois o espiritismo estava associado a práticas populares de magia e cura e os espíritas eram vistos como benzedores, curandeiros, feitiçeiros, profanadores ou falsos profetas.

“Temos aqui mesmo na cidade, intramuros, uma boa porção de feitiçeiros, exploradores e curandeiros. Alguns abrem a tenda e deitam ciência engasopando os pobres crentes que, muitas vezes, são bem sucedidos, não pela eficácia das artimanhas dos feitiçeiros, mas pelos reconhecidos prodígios da auto-sugestão.” (CI, 11/02/1909, nº 160, p. 1).

Por isso, a constituição de um campo mediúnico, notadamente espírita, exigiu a composição de uma dupla frente de ação que eliminasse a identificação dos espíritas com os agentes populares de cura por possessão e os tornassem reconhecidos como estudiosos de uma filosofia que, então, se difundia por todo o País, baseada em princípios europeus e eruditos que a ela conferiam legitimidade confessional.

Contudo, essa estratégia de ação nem sempre se revelou eficaz diante das demonstrações de hostilidade da Igreja Católica. Afinal, para ela, os espíritas eram os novos agentes eruditos da religião em seus domínios, capazes de conquistar seguidores em número suficiente para destituí-la da condição de religião dominante. Travou-se, portanto, uma verdadeira luta ideológica por espaços delimitados no campo religioso, havendo acusações de ilegitimidade doutrinária de ambos os lados. Assim, os católicos atacavam com valores de tradição e os espíritas defendiam-se com palavras de evolução cósmica da religião. Aos argumentos católicos de direitos confessionais assegurados apostolicamente, os espíritas respondiam com novas apreciações obtidas de uma releitura do Evangelho (Brandão, 1979: 68-69.).

Além dos ataques da Igreja Católica, os espíritas sofriam com a falta de apoio da elite local há muito associada ao catolicismo. Para se legitimarem, social e simbolicamente, portanto, precisaram estabelecer compromissos de solidariedade, de natureza política, com os maçons, os amorinistas, os anticlericais e os agnósticos, acobertados sob a denominação genérica de livres-pensadores. Antes da atividade religiosa, os espíritas exer-

ceram alguma militância política, atuando em sindicatos e adotando posições liberais (Brandão, 1979: 70)¹².

Esse foi o caso, por exemplo, de César Bianchi, que por muitos anos foi provedor do primeiro hospital psiquiátrico da cidade. Ele sempre esteve a favor das classes laboriosas, esclarecendo os trabalhadores acerca de seus direitos trabalhistas através das colunas que mantinha nos jornais locais. Elegeu-se vereador e chegou à presidência da Câmara de Vereadores, ocasião em que foi prefeito interino em substituição a Palmyro Raimonti, falecido durante o mandato.

“Foi em Itapira o pioneiro das reivindicações proletárias, recebendo como recompensa a perseguição, a prisão e a pecha de extremista e revolucionário, nesta época em que, quem protegesse o trabalhador era apontado como elemento perigoso.” (CI, 09/09/1951, nº 2731, p. 3).

De início, o trabalho doutrinário espírita limitava-se às sessões e aos salões de culto, além dos grupos de estudo. Depois, alguns desses estudiosos, passando a se proclamar, publicamente, como espíritas, desenvolveram uma intensa atividade proselitista através da divulgação de periódicos espíritas, editados em outras praças, cujos exemplares eram distribuídos, anonimamente, pelas casas da cidade; da publicação de artigos de reconhecido teor doutrinário nos jornais da cidade; e da promoção de conferências com intelectuais da cidade e personalidades de destaque na matéria, vindas de fora do município.

Aliás, a conversão entre os espíritas não se faz através de uma atividade missionária, mas mediante iniciativas pessoais e de formação de núcleos de reflexão e práticas de caridade. Essa é pelo menos a visão dos mais eruditos em matéria de doutrina. Entre os espíritas menos esclarecidos, é comum ouvir-se dizer que a conversão não se dá pelo amor, mas pela dor, quem sabe, a dor da culpa, que, como vimos, abre espaços de acolhida onde antes só havia segregação e exclusão. Em outras palavras, é a dor, que depura e santifica, que dá sentido à prática. A dor é, pois, a fonte de revelação da missão humana e o sentimento do qual emanam as radiações psíquicas (Denis, 1961: 380-381).

Assim, muitos espíritas foram católicos antes da conversão. Esse é o caso de Américo Firmino Machado, dito Américo Bairral, que, mais adiante, veremos como fundador de um centro espírita e idealizador do primeiro hospital psiquiátrico da cidade. Ele foi seminarista e era desejo da família que fosse padre. Foi, portanto, católico praticante antes de tomar para si a direção doutrinária de uma entidade espírita.

¹² Do ponto de vista da doutrina explícita, o espiritismo é considerado uma religião de tendência conservadora. No entanto, em Itapira, muitos agentes da liderança do espiritismo estiveram à frente de sindicatos e entidades de classe. Uma explicação possível para essa associação é o fato de que a política trabalhista adotada no período era de tipo conciliatória, beneficiando, portanto, as classes dominantes, apesar das concessões feitas às classes dominadas. Os líderes espíritas seriam, então, agentes pelegos dentro do processo trabalhista, fenômeno conhecido como peleguismo.

Com a fundação de agências confessionais e de serviços assistenciais, o espiritismo foi, enfim, reconhecido como uma religião presente em Itapira. Os espíritas já se constituíam, então, em grupos autônomos, consolidados juridicamente, porém associados a núcleos regionais de representação do espiritismo (Brandão, 1979: 178).

Com isso, parece estabelecer-se uma significativa diferença entre o movimento espírita brasileiro e seus congêneres. Enquanto seus pares europeus concebiam o espiritismo como uma filosofia de base científica com conseqüências morais de natureza religiosa, e, para tanto, logo trataram de conferir embasamento científico a seus princípios doutrinários e a difundir seus preceitos, os espíritas brasileiros dedicaram-se à prática da caridade e à atividade assistencial através da construção de hospitais psiquiátricos, o que parece tratar-se, ainda, de um fenômeno localizado. Entretanto, as razões para o estabelecimento desse diferencial no caso brasileiro são obscuras, não havendo a ele referência na literatura especializada¹³.

Esse, aliás, é um dado negativo da pesquisa, pois a literatura espírita é sempre descritiva e não aprofunda a discussão sobre questões doutrinárias. Essas questões partem do enunciado em que o espiritismo é tomado como um sistema de pensamento e de conhecimento que se pode conciliar com qualquer religião, e não se constitui por si só em um sistema de crenças ou uma seita religiosa uma vez que lhe falta um sustentáculo dogmático e litúrgico. Além disso, é bastante conhecida a divergência entre o que se convencionou chamar de espiritismo latino e o anglo-saxão em torno da doutrina da reencarnação, pois este último aceita a revelação espírita, o poder de comunicação após a morte, mas não admite, ou vê com alguma restrição, o princípio reencarnacionista (Doyle, 1960: 395-396). Outrossim, ao se anunciar como uma doutrina tríplice, ao mesmo tempo filosófica, científica e religiosa, o espiritismo procura abarcar princípios muitas vezes opostos e inconciliáveis ao se aproximar, por exemplo, da tradição de especulações místicas e de experiências mágicas, fenômeno que se observou na Alemanha, e ao abraçar a ciência oficial, como é o caso de Lombroso, na Itália (Doyle, 1960: 401-407). Algo tão abarcante só poderia mesmo gerar dúvidas e contradições.

De um lado, essa afirmação sugere a hipótese de que a introdução do espiritismo em terras brasileiras conferiu deformações à doutrina durante sua difusão em virtude da assimilação equivocada de seus pressupostos por parte de seus agentes, o que gerou uma série de confusões conceituais. É válido lembrar que muitos desses agentes provinham das camadas médias urbanas, sendo, portanto, dotados de instrução, mas não se pode dizer que fossem cultos ou mesmo eruditos. É sabido, também, que há uma significativa convergência

¹³ Para se ter uma idéia da magnitude dessa problemática, há, no Brasil, cerca de 313 hospitais psiquiátricos, dos quais 54 são públicos e 259 são privados e filantrópicos. Desses, cerca de 70 são mantidos por entidades espíritas, segundo dados conjuntos da Divisão Nacional de Saúde Mental e da Federação das Misericórdias do Estado de São Paulo.

entre teorias da microfísica e as concepções místicas, favorecendo o equívoco (Leshan, apud Mundim, 1985: 45).

Por outro lado, a inserção dos espíritas no conjunto de uma sociedade tradicionalmente paternalista provavelmente concorreu para a prática assistencial. A opção pela construção de hospitais psiquiátricos seria, então, decorrência da velha idéia platônica que concebia a doença mental como obra da graça divina e, por extensão, cuidar dos doentes mentais seria, então, uma obrigação cristã. Com isso, os espíritas evocam os tempos do cristianismo primitivo em que o bem era comum e deveria ser por todos repartido com alegria.

Contudo, seria demasiado ingênuo acreditar que os espíritas tomam todas as doenças mentais como se fossem casos de pura obsessão, ou, seja, a ação de espíritos desencarnados, em graus que vão da fascinação à possessão, ou, ainda, como produto exclusivo de vidas anteriores a influenciar o presente.

Para fins de uma sintética apreciação do que acaba de ser exposto, vale a pena saber o que diz um agente do espiritismo:

“Seria muito ingênuo acreditar que o Espiritismo (...) tem soluções definitivas. Mais ingênuo ainda seria supor que os espíritas vêem em todas as doenças mentais casos de obsessão ou de simples pagamento de dívidas de outras vidas. Mas, não está fora de cogitação que o Espiritismo, por desvelar a continuidade da vida para além dos limites do corpo físico, no tempo e no espaço, nos força a refletir na possibilidade de elaborar uma teoria do desenvolvimento da personalidade e uma teoria psicopatológica, que leve em consideração a existência do ser como eterna e infinita, construindo sua individualidade pelos caminhos da evolução, e estando sujeita a leis de natureza espiritual.” (Sech, apud Bianchi, 1984: 6).

A associação entre o espiritismo e a psiquiatria exige o questionamento que nela tomaria o paradigma do espírito, questionamento esse suscitado pelos avanços teóricos e empíricos nos campos da psicofísica e da parapsicologia (Mundim, 1985: 2), o que comportaria, também, a possibilidade de se estabelecer uma comunicação perturbada com o outro enquanto sujeito sobrenatural (Mundim, 1985: 63).

Tais observações, entretanto, ainda fazem da prática espírita companheira das práticas divinatórias e das terapias religiosas ou fideístas em meio a milagres, exorcismos, ritos e meditações em busca da transcendência. Para efeito de diferenciação, portanto, é preciso recorrer à ciência, cujos subsídios constituíram a base de sustentação de seus pressupostos confessionais.

Ainda que o espiritismo tenha emergido enquanto doutrina, juntamente com o advento de uma ciência positiva, não é a essa ciência pagã que se referem os espíritas, mas a uma ciência baseada em leis de natureza espiritual. Com isso, seria possível postular a noção de doença mental como um estágio da evolução do homem, tendo, pois, que ser sofrida, o que torna dispensável qualquer cuidado ou atenção médica aos doentes, que devem ser, então, apenas, assistidos por uma instância religiosa.

Freud já nos havia alertado para os equívocos contidos nas tentativas de aproximação entre a religião e a ciência:

“(...) A imensa maioria dos ocultistas não é impulsionada por um desejo de conhecimento ou por um sentimento de vergonha de que a ciência tenha por tanto tempo se recusado a tomar conhecimento do que são problemas indiscutíveis, ou por um desejo de conquistar essa nova esfera de fenômenos. São, pelo contrário, crentes convictos buscando confirmação e algo que os justifique para abertamente confessarem sua fé. Porém, a fé que primeiramente adotaram e depois procuraram impor a outros, ou é a velha fé religiosa, empurrada para o segundo plano pela ciência no curso do desenvolvimento humano, ou então outra, mais próxima ainda das convicções ultrapassadas dos povos primitivos. (...) À primeira confirmação, os ocultistas proclamarão o triunfo de suas opiniões. Transportarão o acolhimento de um determinado fenômeno para todos os outros e estenderão a crença nos fenômenos à crença em quaisquer explicações mais fáceis e mais a seu gosto. Estarão aptos a empregar os métodos da indagação científica, apenas como uma escada para elevá-los por sobre a cabeça da ciência. (...) (Freud, 1980c: 218-220).

Talvez essa constante tentativa dos espíritas em obter validação científica para suas teses doutrinárias seja um esforço para escapar à ciranda das virtudes teológicas, que tem na caridade o seu mais belo estandarte.

Esse, contudo, não parece ser o caso de Itapira.

Em 1936, os espíritas já tinham construído dois centros e um asilo e haviam começado a construir aquele que seria o primeiro hospital psiquiátrico da cidade¹⁴. Portanto, já haviam trocado serviços e símbolos o suficiente para ocupar no imaginário popular o papel de arautos de uma nova era de acolhimento e prosperidade.

¹⁴ Em 1936, já existia em Itapira o Centro Espírita “Perdão, Amor e Caridade”, fundado por Fernando Gonçalves da Silva, em 1905; e o Centro Espírita Luiz Gonzaga, fundado por Américo Firmino Machado, em 1914.

IV - DE COMO ITAPIRA GANHOU UMA CASA DE ORATES

“Ele (...) que também fora meu professor, integrou-se numa das mais belas vidas de dignidade e de amor pelos seus semelhantes. Íntegro, estudioso, manso, votou-se ao ensino como a um apostolado. Caridoso, samaritano, procurava o doente para assisti-lo, o ignorante para iluminá-lo. Acabou espírita. Tinha a alma pura e uma crença ingênua e limpa. Em sua memória foi erguido um hospital, hoje o mais importante da zona: sua paga e seu monumento.”

Menotti Del Picchia¹

As crônicas da cidade de Itapira dizem que em tempos remotos, também, ali, decidiu-se erguer uma casa de Orates².

A primeira notícia de que se tem registro a respeito da construção de um hospital psiquiátrico em Itapira data de 1936.

“Graças aos esforços do Sr. Onofre Baptista e exma. esposa, dentro em breve Itapira será dotada de um Sanatório para dementes.” (IJ, 20/12/1936, nº 16, p. 2).

O artigo termina por afirmar que:

“O Sanatório terá o nome de ‘Américo Bairral’, por ter sido este em vida, o propugnador deste empreendimento.” (IJ, 20/12/1936, nº 16, p. 2).

Ora, em Itapira, naquela época, os loucos, quando não erravam pelas estradas a esmo e entregues a toda sorte de privações, eram trancados em casa ou colocados na cadeia pública, vivendo entre o cárcere e o abandono.

“De facto, nada mais constrangedor e humilhante, para os nossos foros de cidade adiantada do que se ver dementes encurralados na Cadeia Pública em contacto directo com criminosos da peor especie e privados de assistência médica e hospitalar.” (IJ, 20/12/1936, nº 16, p. 2).

Esse cenário em nada diferia daqueles descritos pelos cronistas do Rio de Janeiro da segunda metade do século passado, quando se começou a chamar a atenção para o perigo potencial representado pelos loucos enquanto atentado à ordem pública, à moral e aos bons costumes, à caridade e à segurança.

¹ Assim referiu-se Menotti Del Picchia sobre Américo Bairral, o idealizador do primeiro hospital psiquiátrico construído em Itapira, cujo pai fora assassinado e inspirou ao romancista o personagem Dente de Ouro, cognominado o bandoleiro da civilização caipira (Menotti Del Picchia, 1970: 178-179).

² Trata-se aqui de uma paráfrase do parágrafo inicial do conto *O Alienista*, de Machado de Assis, onde o narrador nos conta que: “As crônicas da vila de Itaguaí dizem que em tempos remotos vivera ali ...” (Machado de Assis, 1989: 9).

“Quando não vagam pelas ruas ou são isolados em casa, os loucos se encontram enclausurados em cárceres que no Hospital da Santa Casa de Misericórdia lhes são dados para asilo.” (Machado et alii, 1978: 377).

Entre as agências de socorros médicos existentes em Itapira, à época, havia, apenas, mas também, uma Santa Casa de Misericórdia³. Não consta, porém, que tenha havido loucos internados em suas dependências.

Assim, não parece ter havido uma preocupação médica com a problemática dos loucos por parte dos facultativos clínicos da Itapira de então, posto que eles estavam voltados para a prática de uma medicina curativa sem ambições, ou condições, de incursionar pelos terrenos da medicina social. Se houve, antes ela era de natureza assistencial e estava a serviço de ideais humanitários.

A única referência encontrada acerca da ação médica sobre a doença mental está nas páginas dedicadas à saúde pública e à educação sanitária em Itapira no primeiro quartel do século XX por Joaquim Vieira Filho em sua *Inspecção Sanitária de Itapira*:

“Não se pode dizer que em Itapira haja vício que predomine. O alcool não possui muitos adeptos, comquanto a cachaça e cerveja sejam as bebidas mais fáceis de se encontrarem. É muito raro apreciar-se um espetáculo influenciado pelo terrível inimigo da humanidade que é o alcoolismo; as auctoridades applicam os mais enérgicos revulsivos a todos aquelles que, em abusando de bebida alcoolica ameacem escandalos, dando trabalho aos policiaes.” (Vieira Filho, 1923: 64).

Eis que surge, pois, a figura do filantropo:

“Não tem faltado a esta nobre iniciativa, o apoio e a cooperação de corações generosos, o que nos faz esperar para breve, a conclusão das obras e o funcionamento do Sanatório cuja directoria será composta de elementos de todas as classes sociais e diferentes credos.” (II, 20/12/1936, nº 16, p. 2).

Sua presença irá, portanto, estabelecer uma tecnologia artesanal de controle social, pois, além de ser uma instância da caridade, a corrente filantrópica era também uma prática política de assistência que se esboça a partir da apreciação das necessidades quanto à amplitude (dimensão quantitativa); à natureza (dimensão qualitativa); e à duração. Esses três parâmetros estabelecem uma combinação de dependência (Castel, 1978: 129).

Sabe-se que, em Itapira, os espíritas foram, desde o princípio, a expressão mais elaborada do movimento filantrópico. Anos antes, eles já haviam levantado o primeiro pavilhão de um asilo para velhos e inválidos, assim como antes haviam criado a Caixa de Assistência aos Necessitados, com o objetivo de angariar fundos para a construção de um hospital.

Os espíritas eram, ainda, os detentores de uma triplice verdade, qual seja a da ciência, da filosofia e da religião (Brandão, 1979: 259), à qual juntar-se-ia a trindade gloriosa dessa mesma ciência, da virtude e da felicidade, na qual acreditava a maioria dos médicos

³ A Santa Casa de Misericórdia de Itapira foi fundada em 14 de novembro de 1908 e contava com os serviços de quatro irmãs de caridade e dois enfermeiros (Caldeira, 1935: 89).

brasileiros de então, como corolário do progresso e da civilização (Cardozo, apud Machado et alii, 1978: 417). Esse ideal grandioso irá fazer do louco seu objeto de ação, pois nele se manifesta de forma clara e contundente a fragilidade da condição humana. Dele será exigida a docilidade e a obediência para a exaltação da onipotência e a confirmação das teses doutrinárias desses agentes.

Há que se perguntar, entretanto, o porquê de uma instituição hospitalar. Ora, o hospital era desde antes do século XVIII uma agência de auxílio aos pobres, quase sempre de natureza religiosa, leiga ou eclesiástica, para só depois tornar-se secular como espaço médico de assistência. Se a face política da filantropia se escondia sob os reclamos da caridade, a utilização do modelo médico representava a possibilidade de esses agentes sociais, os filantropos, legitimarem sua prática, passando do amadorismo ao profissionalismo e do empirismo à erudição na escolha dos métodos de intervenção (Castel, 1978: 129-130).

Essa apropriação de um saber médico já constituído não se deu, contudo, de maneira unilateral, pois a filantropia também atendia aos íntimos anseios de alguns médicos, além de constituir-se em um dos deveres da profissão.

Se acreditarmos em Thouvenel, citado por Castel, “o mais belo, o mais sublime dos deveres do médico para com a sociedade é o de empenhar-se, através de sua arte filantrópica, em todos os lugares e em todos os tempos, não somente em conservar a saúde pública quando perdida, mas ainda em fundar a moral sobre bases sólidas, em indicar à autoridade como se pode levar o ocioso ao trabalho, o homem corrompido à virtude, o indigente ao bem estar e à felicidade.” (Castel, 1978: 133).

Assim, vários médicos atenderam às exigências da filantropia, oferecendo seus beneméritos serviços à instituição que surgia⁴.

A construção de um hospital psiquiátrico em Itapira não foi, portanto, fruto da iniciativa oficial, mas de um grupo de filantropos ligado ao Centro Espirita Luiz Gonzaga⁵, repetindo-se, mais uma vez, o cenário medieval no qual as autoridades públicas pouco se responsabilizaram pelos indivíduos mental ou emocionalmente perturbados. De modo geral, aliás, desde os tempos coloniais não havia por parte da administração pública nenhuma iniciativa de criação de hospitais, nem de sua manutenção, desde sempre limitada a um inconstante apoio financeiro e à doação de recursos materiais. A assistência hospitalar

⁴ Segundo Caldeira, havia em Itapira nove médicos: Alcides Antunes, Firmino Cavenaghi, Achilles Galdi, Marcello Orlandi, Rayneri Galdi, José Secchi, Norberto Fonseca, Brásilio Pereira de Souza e Hortêncio Pereira da Silva (Caldeira, 1935: 99).

⁵ “Esta sociedade foi fundada em 17 de setembro de 1914, tendo por fim o estudo theorico e experimental do espiritismo e a propaganda illimitada de seus ensinamentos doutrinarios por meio da palavra fallada ou escripta, assim como a pratica da caridade por todos os meios Moraes e materiaes ao alcance do centro. Objectiva, outrosim, a diffusão da instrucção, e a criação de uma bibliotheca, principalmente de obras psychicas, etc.” (Caldeira, 1935, 96-97).

era mais uma assistência à miséria que à doença, situando-se, portanto, no contexto de uma ação caritativa mais ampla que abrangia diversos segmentos da sociedade excluídos ou marginalizados (Machado et alii, 1978: 71-72).

A instituição surgiu, então, em função do espiritismo, como espaço para o exercício doutrinário e a prática assistencial a fim de perpetuar o lema da caridade como fonte de salvação (Bianchi, 1984: 15).

Embora haja alguma discordância quanto à data exata de funcionamento, sabe-se que, no início de 1937, ainda sem condições de acolher enfermos, recebeu-se a primeira paciente, emblematicamente dita enferma mental crônica, confirmando o caráter asilar que viria a caracterizar a instituição nos primórdios de seu funcionamento⁶.

Podemos considerar essa primeira fase, que vai da fundação do hospital até a chegada do primeiro psiquiatra, como o período do grande confinamento. Cumpre lembrar que entre os doentes recolhidos havia os velhos inválidos, as crianças desamparadas e os loucos, a que chamavam obsedados⁷.

Caracterizando-se pelo acolhimento e pelo tratamento humanitário dispensado aos doentes e a tantos quantos ali fossem recolhidos, o hospital ganhou fama, extrapolando sua área de influência para além dos limites de Itapira, atraindo para esta cidade um grande número de doentes, que, muitas vezes, eram abandonados na estação ferroviária (Bianchi, 1984: 37).

Desde 1882, havia em Itapira um ramal ferroviário encarregado de escoar as riquezas da economia dos áureos tempos do café. Agora eles desempenharão uma nova função que é a de tornar a Itapira o excedente da mão-de-obra da lavoura cafeeira em deca-

⁶ Portanto, pairam dúvidas quanto às datas. Enquanto os jornais da época noticiavam, em nota assinada por Onofre Baptista, que “Em 31 de janeiro de 1937, mesmo sem estar ultimado o primeiro pavilhão, e de acordo com as autoridades competentes, foram recolhidos os primeiros doentes retirados da cadeia local...” (CI, 06/02/1938, nº 2024, p. 2), Bianchi, em sua reconstituição da história do Sanatório Américo Bairral, afirma que “A 10 de Fevereiro de 1937, sem a mínima condição para recolher enfermos, escoltada pela polícia de Serra Negra, uma paciente em franco estado de agitação foi recolhida pela piedade de dona Gracinda em sua própria residência, destinando-lhe um de seus poucos quartos. (...)” (Bianchi, 1984: 35).

⁷ A propósito, vale a pena recordar Foucault: “Afirmou-se, afirmou-se até demais que o louco era considerado até o advento de uma medicina positiva como um ‘possuído’. E todas as histórias da psiquiatria até então quiseram mostrar no louco da Idade Média e do Renascimento um doente ignorado, preso no interior da rede rigorosa de significações religiosas e mágicas. Assim, teria sido necessário esperar a objetividade de um olhar médico sereno e finalmente científico para descobrir a deterioração da natureza lá onde se decifravam apenas perversões sobrenaturais. Interpretação que repousa num erro de fato: que os loucos eram considerados possuídos; num preconceito inexato: que as pessoas definidas como possuídas eram doentes mentais; finalmente, num erro de raciocínio: deduz-se que se os possuídos eram na verdade loucos, os loucos eram tratados realmente como possuídos. De fato, o complexo problema da possessão não releva diretamente de uma história da loucura, mas de uma história das idéias religiosas.” (Foucault, 1975: 75).

dência, os excluídos do desfrute das riquezas daqueles tempos de glória. Esses comboios de estrada de ferro remetem, indiscutivelmente, à nau dos insensatos, estranha embarcação que deslizava ao longo dos canais flamengos e rios da Renânia. De início, ela era apenas uma composição literária, emprestada do velho ciclo dos argonautas para depois ganhar real e sinistra existência ao conduzir sua insana carga de uma cidade para outra (Foucault, 1978: 9).

Já vimos que Itapira não fora lugar de peregrinação, mas a presença de uma casa de caridade e a possibilidade de, com isso, muitos doentes nela serem acolhidos já haviam criado em torno da cidade uma aura mística de espaço sagrado de milagre e cura. Ora, Itapira estava situada em zona de fronteira, sendo passagem para as tropas de bois que faziam a ligação entre uma região e outra, o que facilitou sua transformação em centro de contra-peregrinação. Para tanto, concorreram os trens da Mogiana e os tropeiros que, em lombo de burro, traziam para as feiras da cidade, entre jacás de queijo e latões de leite, outros produtos do sertão. Entre eles, é possível que houvesse sujeitos esquisitos, ensimesmados, cismadores até, como atestam as crônicas da vida dos sertões⁸. Deles, sabe-se que muitos embrenhavam-se por lugares ermos e grotões em voluntário retiro espiritual até que pudessem retornar ao convívio da comunidade. Não é de se estranhar que tenham encontrado na cidade esse refúgio natural para se ocultarem em seus instantes de inquietação e penitência, com as montanhas erguendo-se em volta como muralhas de uma cidadela medieval. Muitos deles acabaram por se fixar no município, indo-se juntar às muitas famílias de doentes vindas de outras cidades, que adquiriram terrenos na Vila Ilze, ali construindo suas residências, a mesma Vila Ilze que, como já se sabe, acolhera os primeiros trabalhadores alijados dos meios de produção.

Voltando ao hospital, os primeiros tempos foram marcados não só pelas dificuldades de ordem técnica, terapêutica e financeira, como também pelas resistências à presença de um asilo de dementes na cidade.

“No início e durante alguns anos, a instituição trouxe preocupações aos menos esclarecidos, que viam no hospital uma casa de loucos, oferecendo perigo à cidade,

⁸ A literatura de Guimarães Rosa, por exemplo, está repleta desses sujeitos divididos entre a mística e a loucura desde as primeiras histórias da mãe e da filha de Sorôco, passando por Augusto Matraga, até chegar a Riobaldo Tatarana, que nos diz: “Hem? Hem? O que mais penso, testo e explico: todo-o-mundo é louco. O senhor, eu, nós, as pessoas tôdas. Por isso é que se carece principalmente de religião: para se desendoidecer, desdoidar. Reza é que sara da loucura. No geral. Isso é que é a salvação-da-alma... Muita religião, seu môço! Eu cá, não perco ocasião de religião. Aproveito de tôdas. Bebo água de todo rio... Uma só, para mim é pouca, talvez não me chegue. Rezo cristão, católico, embrenho a certo; e aceito as preces de compadre meu Quelemém, doutrina dêle, de Cardéque. Mas quando posso, vou no Mindubim, onde um Matias é crente, metodista: a gente se acusa de pecador, lê alto a Bíblia, e ora, cantando hinos belos deles. Tudo me quieta, me suspende. Qualquer sombrinha me refresca. Mas é só muito provisório. Eu queria rezar — o tempo todo. Muita gente não me aprova, acham que lei de Deus é privilégios, invariável. E eu! Bofe! Detesto! O que sou? — o que faço, que quero, muito curial. E em cara de todos faço, executado. Eu? — não tresmalho!” (Guimarães Rosa, 1970b: 15).

mormente em se tratando de um hospital espírita numa época em que o preconceito religioso era mais arraigado e em que o Espiritismo era considerado por muita gente como fator de loucura.” (Bianchi, 1984: 52).

Pelo menos um ataque público, desferido através das páginas da imprensa local, veio deslustrar a obra caritativa, no que foi rebatido com veemência.

“Foi bastante infeliz o director do ‘Itapirense’, quando à cata de assumptos, escreveu sobre Asylo de Dementes. Ao escrever, não se recordou do anexim que diz: ‘Quem em louco acredita, louco é’.” (CI, 01/04/1938, nº 2032, p. 3).

Infelizmente, não conseguimos obter nenhum exemplar do citado jornal, mas as críticas feitas remetiam à falta de especialização dos médicos e à superlotação progressiva do hospital, como se depreende do mesmo artigo:

“Contudo, de ser um Sanatório de construção modesta, elle está superlotado e grande é o número de pedidos de internação, os quais não podem ser attendidos, justamente por não ter a directoria construído mais cubículos por falta de maiores recursos.” (CI, 01/04/1938, nº 2032, p. 3).

As dificuldades financeiras diziam respeito ao fato de o Sanatório não dispor de fontes de renda, vivendo de doações, rifas e ações entre amigos.

“Roupas, dinheiro, biscutos, doces, fructas, aves, enfim qualquer cousa que for enviada irá proporcionar momentos de alegria aos infelizes dementes internados no Sanatório.” (IJ, 18/12/1938, nº 120, p. 3).

“Avisamos aos srs. interessados, que no proximo mez de novembro será marcado o dia para a extração da rifa de uma charrete com animal e arreo.” (CI, 23/10/1938, nº 2061, p. 3).

“Communicamos aos interessados que a acção entre amigos de uma charrete, correrá pela Loteria Estadual a extrahir-se dia de Natal.” (IJ, 18/12/1938, nº 120, p. 3).

Além desses recursos para angariar donativos, havia a utilização da mão-de-obra dos próprios pacientes sob um alegado valor terapêutico, que se misturava a um estimulado movimento de gratidão em meio a exortações à resignação e à submissão.

“O trabalho aos doentes é aplicado como terapêutica, aproveitando-se a aptidão e a capacidade de cada um em todos os setores do hospital. A laborterapia visando a cura ou melhora do enfermo, como nos anos anteriores vem apresentando resultados satisfatórios, sendo, ao mesmo tempo, importante fator para o progresso da instituição.” (CI, 21/03/1949, nº2550, p. 4).

Uma situação semelhante à que ocorreu em Itapira já fora encontrada no Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro:

“A implantação do trabalho dentro do espaço asilar proporciona outros beneficios: em primeiro lugar, facilita a manutenção do hospício, pois os próprios alienados confeccionam as roupas, lavam, passam, além dos produtos poderem ser vendidos; em segundo lugar, constitui elemento de prevenção de recaída — o louco aprende um officio que depois poderá exercer na sociedade, evitando problemas como miséria e desocupação, causas de loucura.” (Machado et alii, 1978: 442).

Não podemos afirmar que em Itapira a implantação do trabalho aplicado como terapêutica tenha recebido a função precípua de manter o hospital e custear o

tratamento, mas não podemos ignorar a presença do trabalho no ambiente hospitalar como uma atividade quase fabril a conferir um ritmo febril ao cotidiano institucional. Pelo menos é isso que nos revelam os planos de expansão da instituição.

“Já está sendo estudada uma planta com pavilhões isolados, tipo colônia, com praças de esportes, oficinas de costura, de consertos, fábrica de vassouras, de colchões e outras.” (CI, 25/03/1945, nº 2396, p. 4).

Essa observação permite estabelecer uma conexão entre os atuais hospitais e as antigas fazendas de café da região. Sabe-se que as grandes fazendas paulistas do passado foram unidades quase autônomas de produção de seus próprios recursos de alimentação, vestimenta e moradia, uma autarquia que se bastava a si mesma, com seus escravos e agregados, muitos deles mestres em seus ofícios, voltados para a atividade artesanal e subordinados às relações feudais de compromisso e obediência. Assim, os hospitais de hoje podem ser considerados como extensão ou sucedâneo dos antigos latifúndios na medida em que buscam expandir seus domínios, ampliar seu patrimônio, prover sua própria manutenção e alcançar a auto-suficiência.

A concepção do trabalho como instrumento terapêutico visando a reabilitação do doente mental remonta a Pinel e chega a Sivadon, passando por Hermann Simon, o sistematizador da terapia ocupacional aplicada ao doente mental. Essa concepção impregnava a maioria dos tratados e obras específicas dos grandes alienistas do passado, que foram adotados pelos psiquiatras brasileiros. Por isso mesmo, as atividades laborativas foram largamente empregadas como valioso recurso para a cura por proporcionar a recuperação da capacidade produtiva e a reintegração social do doente mental através de sua reinserção no mercado de trabalho. Contudo, não parece ter sido essa a concepção predominante na maioria dos hospitais psiquiátricos nem que tenha sido esse o propósito primordial do alienismo, que, ao contrário, contemplava propósitos de exclusão e controle social dos improdutivos e dos aliados da força ativa de trabalho. Portanto, ainda que seja indiscutível sua contribuição na humanização do espaço asilar, as técnicas laborterápicas responderam muitas vezes pela mesma diferenciação entre classes e pela discriminação racial e sexual dos sujeitos internados, de modo semelhante ao que era operado no conjunto da sociedade.

A presença da terapia ocupacional nos hospitais psiquiátricos naqueles primeiros momentos de sua implantação não livrou os pacientes do opróbrio dos pátios, para usar a expressão indignada de Nise da Silveira (Silveira, apud Cerqueira, 1984: 80). A forma como muitas vezes foram utilizadas as técnicas de terapia ocupacional no interior dos hospitais privilegiou o caráter de ocupação, o valor da produção e a função do trabalho como agente de moralização ao confundir a noção de trabalho com o sentido de atividade e ignorar o valor terapêutico da mesma. Muitas vezes valorizavam-se as atividades produtivas, cansativas, sedativas e extenuantes em detrimento das atividades projetivas ou expressivas que não eram sequer usadas como atividades recreativas. Quando muito, confundia-se o exercício de uma monitoria, atividade que objetivava a socialização dos

pacientes através da participação consentida e vigiada nos serviços hospitalares, com a exploração da mão-de-obra internada, como forma de custeio do tratamento, uma vez que não havia remuneração, mas justificada pelo argumento da necessidade terapêutica de ajuste do paciente a uma atividade apropriada a suas condições culturais e a seu universo social de origem. Portanto, nos primeiros tempos parece ser inequívoca a utilização da mão-de-obra asilada como fonte de manutenção do tratamento e fator de progresso da instituição.

Às dificuldades financeiras vinham-se juntar as de ordem terapêutica, pois não havia pessoal habilitado para o cuidado dos doentes, além de haver uma grande limitação de recursos técnicos entre os médicos, o que os levava a uma prática empírica, restrita aos cuidados gerais, que por vezes se confundia com os preceitos do espiritismo.

“O tratamento dos obsedados continua por intermédio das sciencias médica e Espírita, pelo método de sessões de fluido-terapia e mediúnica.” (CI, 06/02/1938, nº 2024, p. 2).

Como se pode depreender do que foi acima transcrito, havia uma prevalência das concepções doutrinárias e da ação leiga em detrimento da ação médica e de seu corpo de saber, exercendo o médico, apenas, um papel passivo e consultivo, que legitimava, através de sua confirmação, as concepções religiosas prevalentes.

Sendo assim, quando se diz que o tratamento moral instituiu uma pedagogia da ordem, alude-se, antes, às concepções morais de fundo religioso dos agentes leigos que a pressupostos do saber médico, ainda que, por vezes, eles estejam confundidos.

“As reuniões com preleções moral-evangélicas, bem como ensinamentos e conselhos realizam de fato metamorfoses no caráter de varios enfermos, despertando a uns a coragem, a iniciativa, o entusiasmo, e, a outros, os viciados em costumes péssimos, uma transformação interior, regenerando-os, pelo que esta parte do programa de vida da instituição mais e mais iremos ampliando em face de sua dupla vantagem.” (CI, 25/03/1945, nº 2396, p. 4).

Uma prova acabada do caráter empírico das práticas médicas e de como elas se confundiam com os princípios religiosos dos agentes leigos diz respeito, por exemplo, ao item psicoterapia, que era tomado como um conjunto de medidas educativas e de natureza recreativa, sem nenhuma relação com os procedimentos psicoterápicos atuais.

“Psicoterapia - É feita por meio de passeios, pic-nics à chácara, esportes, festas litero-musicais, liberdade relativa e gradativa, preleções de fundo social, moral e evangélico, com assuntos adequados ao ambiente, excelente meio para cuidar da higiene mental do enfermo, com instruções, conselhos, orientações, levando em cada um o estímulo e a predisposição para a cura.” (CI, 21/03/1948, nº 2550, p. 4).

De início, a divulgação das idéias psicanalíticas teve um caráter descritivo e explicativo ao lado de uma ênfase terapêutica e moral supostamente presente nos textos psicanalíticos, mas que apenas refletia a influência de diferentes correntes da ciência (Mokrejs, 1993: 15). De toda sorte, apesar do empirismo das práticas do tratamento moral enquanto pedagogia da ordem, ele nunca se implantou em Itapira de modo completo e definitivo, fazendo do hospital um espaço de arbítrio e de exclusão absoluta, como se fora

uma instituição total⁹. Isso não elimina a presença de mazelas administrativas na vida institucional, mas o caráter familiar do tratamento e o aspecto humanitário do acolhimento e das relações entre agentes e clientes sempre foi atestado por estes e por aqueles. Era comum os usuários fazerem publicar nos jornais locais notas de agradecimentos pelo atendimento recebido nos hospitais (CI, 18/01/1942, nº 2230, p. 3).

“O tratamento familiar adotado no hospital, trabalhoso e que exige cuidados especiais, tem sido compensador. A liberdade relativa, concedida aos enfermos em condições de gosa-la, o carinho, a confiança e a consideração dispensada aos mesmos, confiando-lhes certas incumbências, influi consideravelmente no moral dos internados, encorajando-os e convencendo-os que são úteis a si e à comunidade.” (CI, 25/03/1945, nº 2396, p. 4).

Por essa época, a psiquiatria mundial reformulava as estratégias do tratamento moral, incorporando a seu arsenal terapêutico as contribuições da insulino-terapia de Manfred Sakel (1933), da malarioterapia de Wagner Jauregg (1933), a lobotomia pré-frontal de Egas Moniz (1935), o choque pelo cardiazol de Meduna (1935) e a eletroconvulsoterapia de Cerletti e Bini (1938). A psiquiatria brasileira vivia sob a égide da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu ideal de eugenia, calcado na teoria da degenerescência desenvolvida por Morel, o que permitiu a seus membros usar o conhecimento científico para incluir no ideário eugênico suas ideologias racistas, moralistas e xenófobas¹⁰.

Decerto que essas contribuições chegaram a Itapira com algum atraso. As primeiras notícias acerca da adoção das terapias de base somática (cardiazol, eletrochoque, hibernações, impregnações, malarioterapia, insulino-terapia) aparecem apenas no início dos anos 60 (CI, 07/08/1960, nº 3196, p. 1). Mesmo a utilização das classificações nosológicas, que conferiam uniformidade e universalidade aos diagnósticos praticados só acontece em meados dos anos 40 (CI, 25/03/1945, nº 2396, p. 4). Também não há notícias de campa-

⁹ Segundo Goffman, uma instituição total é o local onde um grupo de pessoas é alojado e condicionado por um certo número de outras pessoas, sem possibilidade de escolha, ficando, portanto, à mercê do controle, do julgamento e dos planos alheios, sem que possa opinar, intervir e modificar sua inserção na instituição. Com isso, o sujeito abandona suas marcas sociais habituais, o que lhe ocasiona a mortificação do eu. São exemplos desse tipo de instituição, os manicômios, os conventos e as prisões. (Goffman, 1978: 116-117).

¹⁰ A Liga Brasileira de Higiene Mental foi fundada em 1923, no Rio de Janeiro, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, também, com a ajuda de um grupo de filantropos de seu círculo de amizades. Seu objetivo era melhorar a assistência aos psicopatas, designação dada à época aos doentes mentais. Sua estratégia era renovar os quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. (Costa, 1989a: 77).

nhas eugênicas, cruzadas morais, uniões pró-temperança ou ligas anti-alcoólicas. Contudo, não é de se duvidar que os médicos da terra estivessem imbuídos desses ideais¹¹.

Apenas quando o hospital se legitima enquanto instituição é que recebe o primeiro psiquiatra. Embora estes fatos, quais sejam a concessão de credenciais para funcionamento e a chegada do primeiro psiquiatra, tenham sido saudados como conquistas indiscutíveis, seu aparecimento coetâneo confirma a hipótese de que a presença de um médico era antes e acima de tudo uma exigência funcional.

“Em 1939 demos entrada no Serviço de Medicina Social com um pedido de registro da instituição. (...) Em janeiro de 1945, a instituição estava de posse do seu alvará de funcionamento. Uma vez a instituição registrada nesse órgão estatal, fácil foi registrá-la no Conselho Nacional do Serviço Social e no Conselho Nacional de Doenças Mentais.” (Bianchi, 1984: 36).

Em 1948, com a chegada à cidade do Dr. Hélio Sebastião Amâncio de Camargo, que fora assistente do Prof. Maurício de Medeiros na Faculdade Nacional de Medicina no Rio de Janeiro (CI, 04/07/1948, nº2565, p. 1)¹², o hospital toma um novo impulso com a introdução de uma nova tecnologia de intervenção em que o doente não mais é visto como um alienado, mas como alguém que distorceu as relações consigo próprio, com os outros e com o ambiente, sendo, agora, convidado a participar de sua própria tarefa de cura, responsabilizando-se pelo próprio tratamento. Com isso, esse médico antecipa-se em muito a seu tempo ao adotar já naquela época os marcos conceituais atuais que propõem uma mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais, que deve ser compreendida a partir de sua biografia e não apenas de acordo com seu diagnóstico.

“Em 1948 o corpo médico foi enriquecido com a admissão de um psiquiatra, o itapirense Dr. Hélio Sebastião Amâncio de Camargo. A entrada do Dr. Hélio para os serviços médicos do hospital foi uma grande conquista. Estava agora a instituição em melhores condições de atender a seus doentes. A assistência psiquiátrica foi logo entregue a esse médico. Sua presença constituiu segurança no tratamento especializado e tornou-se um alívio para seus colegas, que lhe entregaram o setor médico mais difícil e mais importante do hospital, e para a diretoria, pois além de representar apoio e tranquilidade, recebeu esta orientação mais técnica na administração hospitalar.” (Bianchi, 1984: 99).

Não se deve cair aqui na tentação de atribuir a uma única pessoa a responsabilidade pelas tentativas de transformação da assistência psiquiátrica, posto que ela exige

¹¹ Não obtivemos informações sobre se o Dr. Hortêncio Pereira da Silva, primeiro diretor clínico do Sanatório Américo Bairral, pertenceu à Liga Brasileira de Higiene Mental. Dele sabe-se que era espírita, político e médico, tendo sido “médico de hygiene várias vezes”: “Nos surtos epidêmicos que empolgaram esta zona, agiu com verdadeira dedicação, salientando-se o seu esforço principalmente quando das epidemias de gripe hespanhola, varíola, escarlatina e outras.” (Caldeira, 1935: 110).

¹² Essa referência à figura de Maurício de Medeiros não é gratuita, pois a ele se deve a introdução das idéias psicanalíticas no ensino universitário, tanto ao incluir noções de psicoterapia nos cursos que ministrava quanto ao confiar a Danilo Perestrello a tarefa de pela primeira vez oferecer uma disciplina de graduação voltada para as contribuições da psicanálise já a partir de 1946 (Perestrello, 1987: 18; Penna, 1992: 75).

o concurso de uma coletividade, mas não se pode negar o papel pioneiro e ao mesmo tempo inovador desse médico como agente formador de recursos humanos e promotor de mudanças no ambiente hospitalar, imprimindo-lhe nova dinâmica e conferindo-lhe novo valor terapêutico, pois a ele vai-se dever, ainda, entre outros fatos, a organização do serviço de praxiterapia e de radiodifusão interna, já existente, além do treinamento sistemático do pessoal de enfermagem, da abertura do hospital para médicos estagiários e da colaboração na administração de hospitais congêneres. Para uns, isso lhe foi possível em função de sua inesgotável capacidade de trabalho e elevado sentimento de fraternidade; para outros, ele foi guiado por uma certa plasticidade mental que sempre o tornou acessível às novidades teóricas e práticas da psiquiatria e da psicanálise.

Encerra-se, assim, o período do grande enclausuramento e as portas da instituição se abrem para a saída dos pacientes para seus passeios e atividades recreativas, bem como para o olhar curioso da comunidade, com a construção de um imponente auditório, logo transformado em cine-teatro para os festivais públicos aos domingos.

“Esses festivais num ambiente dessa natureza, vieram mudar o conceito acerca dos doentes mentais, antes encarados à distância e com medo e, hoje olhados de perto e sem temor, tratados com carinho e humanidade.” (CI, 09/09/1951, nº 2731, p. 3).

Muitos funcionários, além de outros indivíduos da comunidade, terão no hospital seu espaço de lazer com a introdução da cinematografia.

“O Sanatório Américo Bairral, modelar estabelecimento que agasalha centenas de doentes mentais, acaba de introduzir ali, para recreação e coadjuvante no tratamento dos internados, a cinematografia. O aparelho de projeção que adquiriu é dos mais modernos e custosos, por isso que oferece uma nitidez perfeita e uma sonoridade que só os de alta classe possuem. Belos programas educativos, hilariantes, e de lições apropriadas à mente dos internados, já coligiu o sr. César Bianchi e seus companheiros da direção do estabelecimento de forma a que venha esta agradável e proveitosa terapêutica concorrer ainda mais para a cura e bem estar dos internados no já famoso Sanatório itapireense.” (CI, 21/01/1951, nº 2698, p. 2).

Por muito tempo, o cine-teatro do hospital manteve filmes em cartaz, disputando a preferência do público com o Cine Rádio e o Cine Paratodos:

“O Cine Teatro Américo Bairral, nestes anos que vem funcionando deu uma excelente casa de diversões à nossa cidade. Doravante ele servirá apenas para o pessoal do Sanatório, exibindo filmes apenas para os seus internados. Foi pena, pois o cinema lá do alto da cidade tinha prestígio e era bem freqüentado pelos itapirenses e até gente de cidades vizinhas.” (CI, 13/07/1969, nº 3664, p. 2).

Assim, o hospital aos poucos vai-se integrando à vida da comunidade até o ponto de muitas de suas atividades serem transformadas em eventos de interesse comunitário e transmitidas ao público sob a forma de programas radiofônicos.

“A radioclube local, considerando excelentes os festivais artístico-musicais do hospital, passou a transmiti-los diretamente do seu palco-auditório, a partir de 1955, beneficiando, reciprocamente rádio e sanatório. A rádio por transmitir um programa diferente e interessante, porquanto a sua divulgação alcançou fama numa extensa região. (...) Ao sanatório o benefício foi importante com a oportunidade de dar aos

internados um ambiente de alegria e de expansão de suas aptidões artísticas, contribuindo para a recuperação de seus males e de um reajuste social através do contato com o público.” (Bianchi, 1984: 210-211).

Quando hoje em dia muitas dessas atividades são desenvolvidas em alguns hospitais psiquiátricos e são vendidas como inovação e mesmo como vanguarda é porque se ignora a presença de tais práticas em épocas anteriores. Hoje elas se apresentam como um exercício de resgate da cidadania através de práticas culturais pretensamente comunitárias. Elas são comunitárias apenas na medida em que envolvem os elementos da comunidade hospitalar na produção espontânea de um fato ou de um artefato cultural para uso da própria comunidade, o que confere uma certa visibilidade ao serviço, mas não necessariamente colocam os pacientes em contato com a comunidade externa. Os agentes culturais envolvidos no projeto exercem um papel de descoberta e estímulo às potencialidades do enfermo para as artes plásticas pouco convencionais e para as atividades de vida diária, mas não se pode afirmar que tais atividades se constituem em práticas psicoterápicas que procuram dar um sentido e um significado à expressão artística dos pacientes. Em Itapira, a integração dos pacientes com a comunidade externa se dava através da participação destes, juntamente com os funcionários e elementos do meio artístico local, nos conjuntos musicais que faziam parte do programa artístico da instituição, como é o caso do Conjunto Melódico, do Conjunto Serenata e Todos os Ritmos (CI, 29/05/1955, nº 2925, p. 2).

“(...) O espírito progressista do diretor da rádio e do sanatório permitiu realizar-se em Itapira uma coisa inédita, o de radiouvintes apreciarem, de suas casas, um programa em que participavam doentes mentais, transmitido diretamente de um hospital psiquiátrico, assistido por uma plateia de crianças, jovens, velhos e de internados, estes considerados, lá fora, loucos. (...) (Bianchi, 1984: 211).

Mesmo algumas atividades que poderiam criar um falso clima de entrosamento e um contato artificial com a comunidade sempre foram estimuladas e desenvolvidas, como é o caso das competições esportivas, principalmente as partidas de futebol entre os times do hospital e as equipes da cidade.

Outra forma de integração do hospital com a comunidade, e, por conseguinte, com o imaginário sobre a doença mental, foi a publicação através da *Folha de Itapira*, nos idos dos anos 50, dos poemas do livro *Tristezas do Manicômio*, de autoria do psiquiatra Gustavo de Resende. Se, de um lado, a leitura dessa produção literária permitia uma visão ingênua, romântica, idealizada da doença mental, — conferindo à loucura uma dimensão onírica, transformando-a em virtude poética, em um contato com o sagrado, tanto para o divino quando para o diabólico, em uma condição benfazeja, principalmente quando associada à santidade e à genialidade, — ela não deixava de expor a face real e cruel de um doloroso problema que afligia seus contemporâneos.

Aliás, de modo diferente de como aconteceu em outras localidades, o hospital nasceu dentro dos limites do município e não nos arredores da cidade.

“Construído em ótimo terreno na ‘Villa Pereira’, junto ao Cruzeiro do Parque, em lugar aprazível e saudável, dotado de dez commodos confortáveis, para os doentes, e demais dependências, o novo Sanatório virá preencher uma grande lacuna.” (IJ, 20/12/1936, nº 16, p. 2).

É bem verdade que a partir da Igreja de Santo Antonio, um marco topográfico por nós já conhecido, até o alto do promontório onde estava assentado o Sanatório, todo o espaço era dominado por um vasto matagal, dando ao lugar um aspecto de sítio isolado, que proporcionava tranquilidade e calma, condições que se julgavam necessárias ao restabelecimento da saúde mental. No entanto, o local não ficava tão afastado assim de outros espaços urbanos, pois era preciso atravessar algumas ruas e estradas que invadiam e cortavam os terrenos do hospital para se alcançar outros sítios mais distantes. Isso facilitou a quebra de resistências frente à doença mental por parte da população local, pois muitos pacientes escapavam do hospital para solitários passeios pelas redondezas, entrando em contato com os moradores, que lhes davam atenção e acolhida.

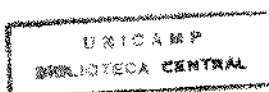
Mesmo nos dias de hoje, quando alguns dos hospitais estão instalados em áreas residenciais nobres, fazendo fronteira com as sedes sociais dos clubes de campo, até há bem pouco tempo, uma das linhas de ônibus que serve a população local tinha como ponto final de seu percurso o estacionamento de uma das instituições psiquiátricas da cidade.

Além disso, o hospital sempre procurou manter um intercâmbio com a comunidade, criando, para tanto, um ambulatório para controle dos egressos com distribuição gratuita de medicamentos (CI, 13/03/1949, nº 2601, p. 4). É claro que a visão que se tinha do ambulatório era de cunho paternalista e assistencialista, que estava incluída no contexto de uma ação caritativa, mas, pelo menos, teve o mérito de antecipar-se à criação dos ambulatórios de saúde mental, que só surgiram no País, mesmo assim nas maiores cidades e prósperas capitais, no governo Jânio Quadros (Cerqueira, 1984: 29).

Partindo do princípio de que a constituição de um campo de atuação para agentes sociais diversos quanto à ideologia e aos fundamentos de sua prática implica uma trajetória de expropriação e transferência de domínios, é legítimo supor que a convivência entre médicos e filantropos, notadamente os espíritas, nem sempre foi pacífica.

“Itapira também não escapou desse mal que vai grassando lá pelos altos da Santa Cruz, onde existe uma casa na qual de tempos em tempos se reúnem alguns desocupados em reunião espírita... Depois que essa mania de espiritismo começou a se desenvolver entre os simples de Santa Cruz, os médicos começaram a sentir uma diminuição nas suas receitas.” (CI, 26/04/1908, nº 77, p. 1).

Embora haja um equívoco evidente nesse comentário, já que a agressiva linguagem do jornalista dirigia-se ao obscurantismo das práticas populares de religião identificadas à época com o espiritismo, apesar de o alvo do ataque tratar-se, realmente, de um centro espírita, ele ilustra a hipótese de que a concorrência por clientela e o estabelecimento de competências através da legitimação de saberes criou zonas de litígio que tive-



ram como decorrência uma inevitável dissidência. Essas áreas de atrito atualizaram em Itapira a disputa pela primazia do hospital como espaço médico e secular contra sua origem religiosa e do saber científico contra as concepções mágicas do adoecer e da cura.

Sabe-se que em função da origem religiosa das instituições hospitalares, particularmente dos hospitais psiquiátricos, sempre houve uma velada disputa entre médicos e provedores em nome de uma pretensa divisão racional de serviços e atribuições. Como os médicos se faziam representar em número reduzido nessas instituições, eles tinham pouca influência nas questões administrativas, entregues ao pessoal religioso ou mesmo leigo, como, também, na seleção da clientela dos hospitais, servindo muitas vezes apenas para avalizar decisões administrativas que eram tomadas como se fossem condutas clínicas. Mesmo o Hospital do Juquery, quando ainda era o Hospício Velho de São Paulo, foi dirigido por agentes leigos, como o alferes Tomé de Alvarenga e, depois, seu filho, Frederico de Alvarenga (Cunha, 1986: 59).

Uma leitura exemplar dessa situação já fora feita no Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro:

“(...) o exame do pessoal clínico e administrativo evidencia claramente que o médico não tem todo o poder sobre a loucura, mas está subordinado ao pessoal religioso ou é tolhido pela incompetência, ignorância ou maldade dos enfermeiros; o processo de internação independe de sua vontade ou competência, o que ainda permite a presença de não-loucos no hospício e de loucos excluídos em prisões ou outros lugares não especificamente criados para eles; (...)” (Machado et alii, 1978: 449).

Sabe-se, ainda, que as divergências entre médicos e espíritas não se limitavam às desavenças contidas no interior das instituições hospitalares comandadas por religiosos, mas também se apresentavam em outros planos da vida comunitária, muitas vezes como extensão do clero católico ou como expressão da opinião pública. Em 1936, Henrique Roxo descreveu em conferência o delírio espírita episódico, anteriormente designado delírio episódico dos degenerados (Uchôa, 1981: 76). Em 1939, Osório César, em seu livro *Misticismo e Loucura*, recorre à psicanálise para expor o sentido das idéias religiosas e assim desfere novos ataques ao espiritismo (Mokrejs, 1993: 96). Em 1944, a própria Liga Brasileira de Higiene Mental deu início a uma grande campanha contra o espiritismo (Bianchi, 1984: 52-53). Em Itapira, os espíritas eram vistos como elementos estranhos, portadores de uma epidemia simbólica inconseqüente, mas nem por isso deixaram de sofrer acusações, retaliações e perseguições orquestradas pelo Cônego Guerra Leal (Brandão, 1979: 67).

Não é de se duvidar que em Itapira essa disputa tenha ocorrido sob a forma de uma oposição entre o discurso médico e as concepções religiosas, notadamente espíritas, acerca da doença mental. Não é de se acreditar, entretanto, que essa oposição fosse, apenas, uma tentativa de afirmação médica do direito de ser ele a autoridade suprema na hierarquia asilar, mas um esforço de aquisição de um espaço em que pudesse exercer sua ação terapêutica. Ao certo, o que se sabe é que, para além das querelas pessoais e das motivações

econômicas, ocorreu a anunciada ruptura, com a saída de médicos do Sanatório para constituírem suas próprias clínicas, ainda que articulados a braços empresariais.

“Comprova-se dia a dia a fama que Itapira granjeou como centro de recuperação psiquiátrica. Já se encontra em funcionamento, há três meses, a Clínica de Repouso Bela Vista.” (FI, 15/12/1960, nº 429, p. 3)¹³.

Do ponto de vista psíquico, sabemos que essa ruptura é um processo doloroso, que se faz acompanhar por um longo cortejo de mágoas e ressentimentos, pois, ao se criar uma nova instituição, investe-se no ato de reformar e refundar, e, portanto, destruir, em fantasia, uma antiga comunidade institucional (Kaës, 1991: 26). Essa reforma vale-se do recurso a um novo discurso, à criação de uma nova ideologia institucional, que não corresponde necessariamente a uma descontinuidade da ação. Uma primeira observação, entretanto, permite-nos supor que a própria denominação da nova instituição, clínica de repouso, aponta para uma mudança no enfoque terapêutico ao privilegiar o exercício da clínica, o ato de inclinar-se sobre o doente para ouvir seu discurso singular, a clínica como protótipo do saber individualizador que aproxima o sujeito do conhecimento de si mesmo. Outra observação parece corroborar a impressão anterior na medida em que contém a informação de que o estilo arquitetônico das novas instalações explorava o traçado horizontal de suas linhas e formas, o que corresponde a uma perspectiva de democratização e descentralização das decisões e da autoridade da nova comunidade institucional.

Tempos depois, esse estabelecimento será transformado na Clínica de Repouso Santa Fé, mudando-se para onde, no começo, funcionava sua unidade feminina.

“A Clínica funciona em duas sessões, a masculina instalada no antigo Hotel Cristália, lugar privilegiado pela natureza, e a feminina na Chácara da Santa Fé. (...)” (CI, 13/06/1965, nº 3451, p. 1).

Anos mais tarde, em seu lugar e sob nova direção, ali funcionará a Clínica de Repouso de Itapira, também conhecida como Clínica Cristália.

Curiosamente, não encontramos referências sobre o funcionamento da Clínica Cristália nos jornais consultados, havendo, apenas, alguma notícia a ela referente quando da publicação de anúncios de emprego. O curioso é constatar que em uma cidade pequena como Itapira, com uma imprensa ávida por notícias para ocupar as poucas páginas de seus pequenos jornais, como era de se esperar, a criação de uma nova instituição psiquiátrica tenha passado despercebida a ponto de nem sequer ser documentada. Uma pri-

¹³ A notícia continua: “Instalada na Chácara Cristália, antiga estância hidromineral e hotel para veranistas, agora reaproveitado com completa remodelação, a Clínica está recebendo clientes do sexo masculino desde que sua direção optou tal coisa, ao invés de receber clientes de ambos os sexos, o que fatalmente implicaria em divisão de serviço prejudicial ao bom andamento do trabalho a que se propuseram seus proprietários. Suas instalações, absolutamente modernas e adaptadas às requisições da higiene médica, são amplas e confortáveis, com quartos especiais para doentes crônicos, apartamentos, água mineral, clima saudável em ambiente inteiramente arborizado com magnífica visão panorâmica sobre o Rio do Peixe e as primeiras montanhas dos contrafortes da Mantiqueira.” (FI, 15/12/1960, nº 429, p. 3).

meira hipótese para essa escassez de informações jornalísticas diante de um evento dessa importância liga-se ao fato de não ser improvável que os jornais locais trabalhassem com a publicação de matéria paga, transformando a reportagem em informe publicitário, o que talvez não fosse do agrado do entrevistado, no caso, a direção da clínica, convertida em anunciante. Uma outra possibilidade seria a clínica representar, mesmo sob nova direção, a continuidade de um serviço já existente, que, portanto, não mais era novidade, e, por conseguinte, não precisava ser noticiado. O que espanta e intriga nessa omissão jornalística é a contemporaneidade do aparecimento dessa nova casa no momento de aquecimento da transferência de cuidados à saúde do setor público para os prestadores de serviço da rede privada, que deu início à chamada indústria da loucura¹⁴, ainda mais quando essa nova empresa está associada a um laboratório farmacêutico, cujo surgimento coincide com o período de consolidação do parque industrial brasileiro¹⁵.

Ao que parece, os jornais locais estavam mais interessados em destacar o prestígio obtido por Itapira como centro de referência no tratamento hospitalar das doenças mentais, um prestígio alcançado a partir da qualidade dos serviços prestados e não apenas em função dos serviços registrados e em funcionamento.

“Itapira [é] hoje conhecida em todo o Brasil como cidade onde se acham reunidos recursos no debelar doenças nervosas. Entre os estabelecimentos hospitalares especializados de maior prestígio está a Clínica de Repouso Santa Fé que até bem pouco tempo usava a denominação de Bela Vista, como é mais conhecida.” (FI, 25/12/1969, nº 844, p. 1)¹⁶

Viviam-se, então, os primeiros tempos do movimento militar de 1964 que, para alguns autores, foi o marco divisor entre as políticas de assistência ao doente mental (Resende, 1992: 60). Se até então o louco era confundido com o pobre, o miserável, o indigente, e a loucura era percebida no horizonte social da pobreza, agora a cobertura assistencial estender-se-á à massa de trabalhadores e seus dependentes. A expansão da cobertura e sua posterior universalização representou uma lenta e custosa conquista de benefícios sociais pelas camadas assalariadas urbanas. O regime militar, por sua vez, será responsável

¹⁴ Indústria da loucura é uma expressão cunhada por Cerqueira para designar o processo de internações desnecessárias, com fins lucrativos, observado nos hospitais psiquiátricos do setor privado, cujas características são a hospitalização integral e por tempo ilimitado, quase sempre excessivamente prolongado, com uma reinternação imediata e maciça dos egressos para manter elevada a taxa de ocupação, inclusive com a utilização do chamado leito-chão (Cerqueira, 1984: 58).

¹⁵ O Laboratório Cristália é uma empresa farmacêutica de capital nacional, fundada em 1972, com sede principal em Itapira e com atuação dirigida ao mercado de vendas diretas a hospitais. Está entre os cinco primeiros laboratórios em volume de vendas no segmento hospitalar. No início de suas atividades, produzia e comercializava exclusivamente produtos destinados à psiquiatria, chegando à mais completa linha de produtos psiquiátricos do País.

¹⁶ A notícia prossegue: “Naquele mais belo recanto de nosso município, junto aos clubes de campo, em meio a jardins de grande beleza e com panorama que vale por uma cura para os nervos, a Clínica Santa Fé vai partir para novos caminhos, ainda mais promissores, confirmando a fama de Itapira como centro recuperador de doentes nervosos.” (FI, 25/12/1969, nº 844, p. 1).

por uma nítida proposta de privatização do setor da saúde com a contratação de leitos em hospitais particulares, para, pouco mais de uma década depois de sua instalação, a partir de 1974, a psiquiatria novamente deixar de desfrutar da relativa importância que havia adquirido no decênio anterior, com a redução dos gastos com saúde mental em relação às despesas com a assistência médica em geral (Resende, 1992: 66). Entre 1964 e 1974, Itapira assistiu ao aparecimento de novos hospitais e à ampliação dos já existentes que, para efeito de diferenciação e classificação, com uma conseqüente melhor remuneração através das diárias, investiram na melhoria das condições de hotelaria, conforme anunciavam as manchetes dos jornais locais:

“SAB inaugurou mais dois pavilhões.” (CI, 14/09/1969, nº 3672, p. 1).

“SAB vai construir diversos pavilhões ampliando sua capacidade e aprimorando seu hospital.” (FI, 07/04/1962, nº 493, p. 1).

“SAB firma convênios com o Estado para ampliação e construção de moderno conjunto arquitetônico.” (CI, 11/07/1965, nº 3455, p. 3).

“Para a construção de novos pavilhões do SAB será pedido auxílio ao Estado.” (FI, 01/07/1962, nº 505, p. 1).

Com relação às ligações entre os hospitais de Itapira e o Estado, parece que a ajuda oficial aos mesmos restringiu-se quase sempre à isenção de impostos e a outras subvenções a que têm direito entidades assistenciais e filantrópicas, pois não há notícias de favorecimentos ilícitos nem de relações promíscuas entre os hospitais locais e o poder público. Ao que mais se pode dar crédito, no entanto, é ao orgulho que os itapirenses exibiam por dispensar verbas oficiais para a construção e manutenção de alguns de seus hospitais.

“A Clínica de Repouso Bela Vista é uma iniciativa particular e legitimamente itapirense, que visa ao atendimento dos distúrbios mentais em suas múltiplas manifestações. Seus Diretores (...) nomes sobejamente conhecidos e respeitados, como profissionais especializados no setor de doenças nervosas, mentais e toxicomania, fundaram esse hospital há cerca de cinco anos e o vêm mantendo com recursos próprios, sem nenhum auxílio oficial, o que lhes dá um mérito todo especial.” (CI, 13/06/1965, nº 3451, p. 1).

No entanto, seria muito simples e direto reduzir tão complexa questão a uma mera concessão ou não de benefícios e privilégios a entidades assistenciais e obras de beneficência, pois as articulações possíveis entre os hospitais e os demais setores da sociedade passam pela formação de múltiplas alianças, que não são excludentes entre si, com o mercado, com a filantropia, com as concepções dominantes sobre a loucura e os conhecimentos produzidos pela psiquiatria e saberes afins. Assim, uma primeira pergunta que se impõe é saber se a psicanálise e a filantropia teriam escapado incólumes à tendência mercantilizante que se anunciava como hegemônica nos serviços hospitalares do País. Tal indagação pressupõe um contato com feridas profundamente abertas por concluir sobre fenômenos muito recentes e ainda pouco investigados que só um distanciamento futuro entre o objeto e o pesquisador poderá elucidar.

Viviam-se, também, os tempos da psiquiatria das comunidades terapêuticas de orientação psicanalítica, caracterizada pela individualização do atendimento, pelo uso racional da medicação e pela prática da terapia ocupacional, convertendo-se o hospital em uma grande oficina de trabalho como instrumento de reabilitação, com respeito pela personalidade e pelas potencialidades do enfermo. Havia, portanto, uma perspectiva de integração entre agentes e clientes, pacientes e terapeutas, que rompia com a clássica polarização entre a saúde e a doença, entre os sadios e os insanos, exigindo de quem quisesse dedicar-se ao cuidado dos doentes mentais deparar-se com sua própria loucura, com as partes psicóticas da personalidade, pois, afinal, todos estão igualmente sujeitos ao adoecimento. Em Itapira, a Clínica de Repouso Santa Fé, com seus jardins sem muros, seus grupos operativos e seus jogos dramáticos consolidará essa perspectiva.

“A Clínica de Repouso Santa Fé, presentemente, é uma comunidade terapêutica, com mais ou menos 150 pacientes, construída em áreas cuidadosamente ajardinadas e o ar que se respira nos dá uma sensação agradável de bem-estar.” (FI, 07/01/1973, nº 1011, p. 6).

A comunidade terapêutica é o espaço institucional em que se efetua um esforço deliberado por utilizar, em um plano terapêutico amplo, as contribuições de todos os elementos envolvidos no processo comunitário, como forma de socialização e de ajustamento das relações interpessoais, através da ergoterapia ou da grupoterapia em função da dimensão alcançada pela abordagem psiquiátrica institucional a partir de bases psicanalíticas. Ela é uma invenção inglesa e foi incorporada ao armamentário terapêutico da psiquiatria, por volta de 1942, como uma tentativa pragmática de renovação da instituição psiquiátrica ao contestar sua estrutura coercitiva, hierárquica e autoritária em que o doente era tido como uma entidade irrecuperável, o que contrariava as recentes descobertas da psicanálise acerca da vida mental. Se em um primeiro instante essa ação transformadora pretendia colocar o doente em contato com seu universo emocional, o segundo passo deveria ser uma tomada de consciência, pelo doente, do caráter político de sua condição. Esse redimensionamento político da natureza das comunidades terapêuticas permitiu que muitas críticas fossem a elas dirigidas, pois, para a maioria de seus críticos e opositores, a psiquiatria comunitária, ao não assumir sua vocação política, nada mais seria senão uma nova reciclagem da velha gestão manicomial (Basaglia, 1982: 85).

Ao se falar em comunidade terapêutica, é preciso esclarecer que apesar de haver alguns princípios gerais que são aceitos por quase todos aqueles que adotam esse modelo, seu conceito é vago, impreciso e ao mesmo tempo abrangente, podendo englobar pelo menos dois tipos de ação.

O primeiro modelo de ação é aquele em que o eixo central do processo terapêutico é a noção de aprendizagem social como forma de desenvolvimento da personalidade através do aprendizado cognitivo e emocional. Esse modelo é o que mais se aproxima daquele atribuído a Maxwell Jones, que nunca o enunciou de maneira explícita,

mas apenas descreveu um conjunto de proposições baseado em leis de natureza sociológica (Jones, 1972: 88-89).

O segundo modelo refere-se às muitas experiências de comunidade terapêutica de inspiração psicanalítica que têm como item fundamental do procedimento psicoterápico a atribuição de um valor terapêutico às relações que se estabelecem entre os vários agentes comunitários, aos relacionamentos dos pacientes entre si, entre estes e a equipe técnica, e entre os diversos membros da equipe terapêutica, que são examinados sob um prisma psicanalítico. Assim, a ótica psicanalítica é aplicada não só ao atendimento individual dos pacientes como também à organização e ao funcionamento da instituição. Com isso, a intervenção psicanalítica decodifica e traduz para seu discurso todos os atos da vida institucional. Claro que não se trata de uma transposição mecânica do enquadre psicanalítico para o contexto institucional, mas de uma aplicação indireta dos conhecimentos psicanalíticos ao território específico da instituição a fim de estabelecer um enquadramento terapêutico próprio a partir de um ângulo psicanalítico.

No entanto, deixemos de lado o tom pitoresco e a contemplação bucólica da paisagem sugeridos pelos cronistas locais, assim como as considerações de ordem teórica e técnica, para dar vez e voz aos autores do projeto:

“O Hospital em que trabalho, está situado no interior do Estado de São Paulo, edificado em estilo arquitetônico moderno, rodeado de jardins e com ausência de muros; há abundância de vidros e de flores; atende pacientes da Previdência Social e também pacientes particulares; é um hospital psiquiátrico geral. A estrutura social da instituição está concebida de tal forma que o seu elemento funcional é o Grupo Operativo. Há uma Terapia Ocupacional, freqüentada por cerca de 80% dos pacientes hospitalizados. O Departamento de Esportes é muito ativo, promove competições constantes entre pacientes, funcionários e a comunidade externa. Utiliza-se a quimioterapia e a psicoterapia individual de fundamento analítico. Os terapeutas estão em análise e trabalham sob supervisão. A assistência às famílias se faz em nível de informação, orientação e eventualmente pratica-se terapia de família, cujo objetivo seria o de integrar o paciente psicótico a um tratamento. Quando o psicótico se revela capacitado para evoluir no nível social da instituição e pode aceitar o programa de psicoterapia individual que a instituição lhe oferece, é então encaminhado para a terapia psicanalítica.” (Camargo, 1980: 5).

Essa experiência comunitária foi posta em prática em função do descontentamento de seus idealizadores com o hospital tradicional, que já se não coadunava com as novas aquisições das ciências humanas através das contribuições da psicanálise acerca do funcionamento mental. O modelo comunitário permitia a penetração do pensamento psicanalítico no ambiente hospitalar, o que instaurava a captação de um novo sentido e de um novo significado para a vida mental, normal ou patológica. Com isso, o conceito de alienação vai perdendo importância e a noção de inconsciente vai-se tornando comum a agentes e clientes, pacientes e terapeutas, até inscrever-se na rotina hospitalar de modo ativo e produtivo, abrindo um vasto campo de possibilidades de transformação da experiência de vida e de interação com outras pessoas em uma oportunidade de aprendizagem social, com ênfase no estímulo à expressão de sentimentos e na mobilização das manifestações criativas, artis-

ticas ou esportivas. Entre os entusiastas dessa modalidade terapêutica havia os que gostariam de ver a psicanálise funcionando como algo vivo, fecundante e permanente na vida hospitalar¹⁷.

“Quer o médico itapireense mostrar o que se faz aqui como terapia de doenças nervosas, em local onde os pacientes podem falar, opinar, criticar e verbalizar suas agressões, bem como atuar administrativamente. (...) Com esse trabalho, o seu autor quer provar a possibilidade de implantação deste tipo de comunidade terapêutica num hospital privado brasileiro, concluindo pela sua validade, dizendo mesmo que a técnica precisa ser aperfeiçoada e difundida.” (FI, 16/08/1970, nº 873, p. 1)¹⁸

É preciso destacar aqui a importância do papel desempenhado pelo Dr. Hélio Sebastião Amâncio de Camargo como elemento introdutor dos princípios da comunidade terapêutica em Itapira, bem como por sua ação bandeirante, o processo de penetração do pensamento psicanalítico no interior de São Paulo, ao espalhar as sementes da psicanálise pelas encostas da Mantiqueira. Mais uma vez, esse médico se coloca adiante de seu tempo ao adotar já naquela época uma perspectiva comunitária de funcionamento para um hospital psiquiátrico. Com isso, o doente mental adentra os limites da humanidade, ganhando amplitude e profundidade em termos de dimensão humana, transformando-se na virtualidade de qualquer sujeito.

O funcionamento das comunidades terapêuticas modificará a fisionomia asilar ao privilegiar a psicoterapia individual e as técnicas grupais de tratamento, ganhando, com isso, ares de modernidade. A comunidade terapêutica procura envolver o paciente em uma verdadeira trama de situações que visa combater seu isolamento e favorecer a superação de momentos de crise. A unidade funcional da comunidade terapêutica é o grupo operativo, que permite a troca de experiências, a partilha de interesses comuns, o confronto com a realidade e a participação ativa na administração hospitalar através do exercício da monitoria, atividade dirigida com vistas à socialização e à participação responsável no tratamento.

Outro instrumento bastante utilizado no funcionamento de uma comunidade terapêutica é a terapia ocupacional. Ela se constitui em um conjunto de atividades lúdicas, recreativas e expressivas, que funciona como um fio condutor do próprio tratamento e como um princípio diretor do funcionamento institucional. Para tanto, é preciso que ela

¹⁷ Não podemos esquecer que a despeito da apropriação inicial do conhecimento psicanalítico pela psiquiatria, a psicanálise brasileira nasceu dentro dos muros do asilo. O Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, por exemplo, logo abriu suas portas para esse novo tipo de experiência, uma vez que Juliano Moreira ocupava os cargos de diretor do Hospital e de presidente da seção carioca da primitiva Sociedade Brasileira de Psicanálise, criada em 1927, e assim permitiu a instalação de um consultório psicanalítico naquele nosocômio aos cuidados de Carneiro Ayrosa e Murilo de Campos já em 1929 (Rocha, 1989: 56; Perestrello, 1987: 13).

¹⁸ O autor em questão é o Dr. Hélio Sebastião Amâncio de Camargo em depoimento à reportagem sobre sua participação em evento internacional, o VIII Congresso Internacional de Psicoterapia, em Milão, na Itália, quando apresentou o trabalho intitulado *Uma Comunidade Terapêutica Brasileira* acerca da experiência comunitária desenvolvida na Clínica de Repouso Santa Fé.

esteja programada para acolher e envolver o maior número possível de pacientes, além de contar com o envolvimento de todos os integrantes da comunidade hospitalar nos eventos programados. A eles cabe dar sentido e significado à produção estética e pictórica dos pacientes, transformando as atividades ocupacionais em um exercício intuitivo e pragmático de psicoterapia. Em Itapira, não só os terapeutas ocupacionais, mas todos os agentes institucionais, principalmente os médicos, estão envolvidos de modo ativo nessa rede de comunicações da vida mental inconsciente, que é a terapia ocupacional.

Além das atividades ocupacionais, as atividades esportivas também são utilizadas como um vigoroso instrumento terapêutico aplicado aos doentes mentais nos hospitais de linha comunitária de Itapira. No entanto, vale lembrar que elas já eram praticadas muito antes da implantação das comunidades terapêuticas.

“A ginástica tem sido aplicada, pela manhã, numa média de 80% na sessão masculina, não sendo possível ainda estendê-la na secção feminina.” (CI, 25/03/1945, nº 2396, p. 4).

Atualmente, são desenvolvidas atividades comunitárias predominantemente motoras, como as caminhadas, os exercícios de psicomotricidade e a prática de desportos coletivos.

A propósito da prática desportiva, é importante destacar a original contribuição do Prof. José de Oliveira Barreto Sobrinho no desempenho de suas atividades como educador e desportista ao introduzir o esporte como atividade recreativa e prática de convivência em uma comunidade terapêutica.

“Em 1972 o professor Barreto iniciou um trabalho pioneiro na Clínica de Repouso Santa Fé, divulgando por todo o país o esporte dentro de uma comunidade terapêutica, abrindo um mercado de trabalho nessa área para os professores de educação física. Todo o trabalho realizado com a comunidade e nas escolas, o professor Barreto levou para dentro do hospital, caminhadas, passeios campestres, acampamentos, Olimpíada da Primavera, que se realiza até hoje.” (Gimenes, 1993: 42).

Depois, essa atividade estendeu-se aos demais hospitais e, a partir de Itapira, divulgou-se em âmbito nacional a organização de uma competição, como a Olimpíada, em uma comunidade terapêutica.

Apesar de todas essas contribuições, não podemos afirmar que todos os hospitais psiquiátricos de Itapira respeitam plenamente os princípios da comunidade terapêutica. Em geral, eles trabalham com modelos híbridos de ação, que se aproximam daquilo que se convencionou chamar de ambiente terapêutico ou de ambientoterapia, mas funcionam em níveis pré ou pseudo-comunitários.

O modelo pré-comunitário é aquele em que os instrumentos de ação comunitária estão presentes, há uma comunidade de intenções e objetivos, mas os seus agentes não conseguem atribuir um valor terapêutico às comunicações dos pacientes nem reconhecer os movimentos institucionais e, com isso, não criam a necessária atmosfera

terapêutica. Essa dificuldade de identificação e manejo da dinâmica institucional quase sempre corresponde a um conflito emocional que mergulha esses agentes numa zona de penumbra onde permanecem à espera de uma solução para o conflito original.

Já o nível pseudo-comunitário é aquele em que, a despeito da presença dos elementos comunitários de ação, eles só servem para uso externo, pois não há interesse interno nesse projeto. Assim, mantém-se a relação tradicional de autoridade, que não favorece o câmbio de lideranças nem a permissividade dos relacionamentos, convergindo para a centralização das decisões, que são tomadas sem consulta prévia à comunidade, mas oferecidas ilusoriamente como concessões à mesma. Algumas vezes, o hospital apresenta-se como uma comunidade terapêutica semi-aberta. Outras vezes, dissimula-se o crescimento e a manutenção da estrutura asilar, criando-se ao redor da mesma unidades menores, com nomes sugestivos, onde se investe em condições hotelares atraentes para a clientela em detrimento do investimento em recursos humanos.

É evidente que a simples presença de uma comunidade terapêutica em Itapira não eliminou presenças anteriores nem contagiou as demais instituições psiquiátricas, impelindo-as a adotar semelhante modalidade de tratamento. A adoção do conceito de inconsciente dinâmico por parte dos agentes institucionais implicava o reconhecimento da universalidade dos mecanismos que regem o mundo mental, presentes, portanto, na mente de pacientes e terapeutas, e, por conseguinte, exigia destes últimos a renúncia à condição de infantilização do outro, no caso, o paciente, o que gerou resistências, estabelecendo-se, pois, uma cisão entre os psiquiatras em um grupo que aceita e outro que refuta os conhecimentos psicanalíticos. Dentre os fatores que contribuíram para essa cisão destaca-se o narcisismo, o doloroso parto de idéias que não se efetuou na mente dos psiquiatras que rejeitam as teorias psicanalíticas (Camargo, 1992: 20). A idéia nova que não pode ser pensada corresponde a uma invasão, a uma intrusão perturbadora, na medida em que exige a troca ou a passagem de um estado mental para outro. A novidade engendra no psiquiatra, bem como nos demais membros da equipe terapêutica, a busca de uma proteção que pode ser encontrada no contexto institucional e em suas normas burocráticas que têm a função de afastar da mente a incômoda presença do elemento perturbador. Daí porque muitas vezes ocorre o cerceamento das atividades criativas dos pacientes para que a hegemonia do saber médico prossiga triunfante.

A presença dos hospitais psiquiátricos em Itapira não implica, necessariamente, a psiquiatrização da comunidade. Claro que há uma significativa utilização dos hospitais na resolução de problemáticas sociais e de contingências outras da condição humana¹⁹. Contudo, ela não eliminou de suas esquinas os bêbados e os desocupados, que

¹⁹ Não há exatidão nos dados obtidos junto ao ERSA-28, mas a apreciação de alguns deles, retirados através de critérios aleatórios de amostragem, permite afirmar que a maioria dos casos de internação provém, não necessariamente nesta ordem, de Itapira e região (Mogi Mirim, Mogi-Guaçu, Estiva, Holambra, Pedreira, Jaguariúna, Engenheiro Coelho, Artur Nogueira e Santo

são muitos e que aumentam quando das festas religiosas do lugar ou quando é finda a safra da cana. Também não retirou de suas ruas e praças os muitos loucos como os há em qualquer localidade e que constituem uma coleção de tipos humanos que espelham para os supostamente normais mórbidas formas de viver a experiência humana que a sociedade se recusa a reconhecer. Por isso, às vezes, parece que a cidade vive de costas para os hospitais como se os ignorasse.

Para efeito do presente estudo, não se pode negar a presença dos hospitais psiquiátricos como referência na geografia da cidade. Assim, no alto de uma colina, bem no centro da cidade, vamos encontrar o Instituto de Psiquiatria da Fundação Espírita Américo Bairral, matriz dos hospitais da região. Em direção às estações de águas temos a Clínica de Repouso de Itapira e, em direção à estrada velha de Mogi, a Clínica de Repouso Santa Fé. Essa distribuição espacial parece demarcar mais que territórios geográficos de dominação. Ela delimita domínios ideológicos distintos, concepções terapêuticas particulares e, curiosamente, detém sua ação sobre clientela específicas. Sanatório, comunidade terapêutica, indústria da loucura são realidades que coexistem, que se aproximam e se afastam, que se complementam e que colidem, mas que, indiscutivelmente, circunscrevem a cidade em um círculo único de contato maciço com o adoecer mental.

Embora pareçam mundos em si, casa dos mortos, escola da vida, espelho do mundo, os hospitais psiquiátricos existem em Itapira como uma face visível e atuante da realidade que inscreve nos céus da cidade um imaginário halo a iluminar os horizontes com as luzes da razão contra as trevas da desrazão e a fazer a ligação entre a loucura e a cordura, entre a lucidez e a insensatez, entre o possível e o desejável, e, malgrado todas as intenções, também falham e expõem a fragilidade das instituições humanas, mas, por isso mesmo, são capazes de avançar e de fazer história.

Antonio de Posse), do sul de Minas Gerais, da região da Grande São Paulo e mesmo de cidades onde há concentração de hospitais psiquiátricos, desde a vizinha cidade de Amparo até Santos, Sorocaba, Mococa e Franco da Rocha. Com isso, a relação positiva entre uma maior incidência de internações psiquiátricas e a presença de hospitais psiquiátricos em uma determinada comunidade fica contestada, ainda que parcialmente, inviabilizando na prática a proposta de regionalização de serviços de saúde, pois o que se observa em Itapira é um afluxo de pessoas oriundas de regiões que tiveram seus hospitais desativados ou que não contam com esse tipo de assistência, cujos escritórios regionais de saúde trataram de firmar convênio com alguns dos hospitais de Itapira, como é o caso das cidades de Cruzeiro, Caraguatatuba, Guaratinguetá, Jundiaí e Taubaté, ocorrendo, então, uma regionalização à distância. Além disso, as pessoas acorrem a Itapira por causa de um propalado e empírico critério de otimização de resultados.

V - DE ATENDENTES DE ENFERMAGEM A AGENTES TERAPÊUTICOS

Há em Itapira uma proverbial disposição da população para a tarefa de cuidar dos doentes mentais de modo a fazer correr o ditado de que todo itapirense se não é, foi ou será funcionário de um hospital psiquiátrico¹. Quase todas as famílias forneceram alguns de seus membros para o trabalho nas instituições psiquiátricas, o que já se constitui em uma tradicional fonte de emprego na cidade. Não raro, muitos deles migram de um hospital para outro de maneira análoga aos trabalhadores volantes da agricultura de que falamos páginas atrás². Aqueles que nunca se empregaram diretamente nos hospitais, para eles trabalharam indiretamente, e, também, compartilharam da convivência com os doentes mentais para os quais oferecem serviços diversos.

Quando da criação do primeiro hospital psiquiátrico, em Itapira, seus servidores foram escolhidos entre os seguidores da doutrina espírita. Assim, o ideal de servir sobrepunha-se à noção de trabalho, configurando-se o corpo de funcionários como o ideal da família universal.

“Desde o início e durante muitos anos, os funcionários do hospital aliavam o ideal de servir à atividade profissional. Agiam como colaboradores da obra, identificados com sua finalidade filantrópica, cientes de suas dificuldades financeiras e da necessidade de uma sincera e leal cooperação com diretores e médicos.” (Bianchi, 1984: 80).

Porém, com a diversificação das tarefas e as conquistas trabalhistas, essa concepção se esvaneceu, mas não desapareceu de todo, continuando presente de modo subliminar, pela força da tradição, pois muitos dos atuais funcionários são filhos e netos dos primeiros trabalhadores. Eles eram muitos daqueles trabalhadores rurais que migraram para

¹ Segundo dados do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Campinas e Região, para Itapira, havia, em 1993, cerca de 1426 funcionários trabalhando nos hospitais da cidade, assim distribuídos: 650 no Instituto de Psiquiatria da Fundação Espírita Américo Bairral; 350 na Clínica de Repouso de Itapira; 206 na Clínica de Repouso Santa Fé; e 220 na Santa Casa de Misericórdia.

² Cabe aqui uma nota metodológica: como os atendentes de enfermagem transitam pelos hospitais de maneira quase sempre circular, os depoimentos foram tomados como se proviessem de uma única fonte, embora saibamos que estamos tocando realidades diferentes. Como não se trata de um estudo comparativo entre as diversas instituições psiquiátricas, optamos por apresentar os resultados agrupados em categorias empíricas que servissem de guia para a reflexão sobre a comunidade que acolhe e se utiliza do hospital tomado em sua dimensão genérica de instituição.

a cidade e para o trabalho urbano quando se esgotaram as possibilidades de trabalho no campo. Foram eles que estimularam ou desencorajaram as novas gerações a lá trabalhar.

“Meu avô e meu pai trabalharam aqui. Eu tinha de continuar a tradição da família.”

“Meu pai e minha irmã trabalharam aqui até que meu pai precisou deixar o hospital depois que foi agredido por um paciente.”

“Meu pai não queria que eu trabalhasse aqui, não. Ele sabia o quanto eu iria sofrer, mas foi o jeito, porque eu precisava sustentar minha família.”

“Minha mãe acabou os dias dela no hospital. Ela não queria que eu terminasse os meus dias lá. Ela dizia que eu ia sofrer muito.”

Esses achados estão de acordo com a literatura consultada, como, por exemplo, em Majastre (Majastre, 1972: 29).

Além dos confessores da doutrina espírita, o corpo de funcionários contou com a participação em sua constituição de muitos dos sujeitos internados naquela instituição. Em função do caráter terapêutico atribuído ao trabalho, muitos deles foram utilizados na prestação dos mais diversos serviços, inclusive no atendimento de enfermagem.

“O trabalho, aproveitando-se a aptidão ou capacidade de cada um, além do exercício indispensável ao organismo, constitui distração e mesmo uma condição necessária à cura. O aproveitamento tem sido em todos os setores do Hospital, quer nos serviços de escritório, na faxina, na enfermagem, nas compras, nas construções e reformas e na lavoura.” (CI, 25/03/1945, nº 2396, p. 4).

Assim, muitos daqueles sujeitos internados, principalmente aqueles que não tinham família nem destino, passaram, progressivamente, da condição de pacientes a servidores da instituição.

“(...) O espírito de colaboração ia-se destacando em certos internados a ponto de muitos deles serem admitidos como empregados. Após um período probatório no setor laborterápico, passavam a semi-internos e, a seguir, a empregados do hospital. (...)” (Bianchi, 1984: 81).

Uma outra observação quanto à composição do quadro de funcionários nos primórdios da instituição diz respeito ao fato de que alguns de seus fundadores eram portugueses. Parece que essa presença portuguesa restringiu-se mesmo ao grupo fundador do hospital e a seus parentes. Pelo menos é o que se pode depreender da profusão de sobrenomes italianos entre os camisas-brancas de Itapira. Sua relevância aqui se deve ao fato de haver referências semelhantes à presença de portugueses no exercício da enfermagem no Hospital do Juquery, em São Paulo, e no Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, o que permite suspeitar que esse fenômeno não corresponde, apenas, a uma mera coincidência. No entanto, os motivos que conduziram à utilização dos portugueses na função de enfermeiros de frenocômios, expressão muito comum à época, ainda, estão à espera de uma melhor explicação mesmo para aqueles que se debruçaram sobre o assunto³. De modo

³ “As razões que levaram ao emprego preferencial de imigrantes portugueses neste tipo de tarefa permanecem um tanto obscuras. Possivelmente, esta mesma ‘preferência’ decorreu de uma visão preconceituosa em relação ao português — ‘galegos’ brancos, rústicos, bajuladores, pouco

geral, o que se sabe é que não havia muitos voluntários dispostos a cingir o branco avental da enfermagem e os poucos recrutados careciam das qualidades exigidas pelo alienismo vigente, quais sejam a ordem, a disciplina e a competência (Pacheco e Silva, apud Cunha, 1986: 95).

Essas considerações levam a especulações acerca do perfil dos primeiros atendentes de enfermagem de Itapira. Enquanto o discurso ufanista prefere exaltar as qualidades morais e intelectuais necessárias a esses agentes e encontrar entre eles, então, pessoas dotadas de vagos atributos, como a firmeza e a retidão de caráter, bem ao gosto da moral da época, uma outra leitura permite reconhecer neles uma massa de trabalhadores desqualificados e, por isso mesmo, passíveis de submissão às mais insalubres condições de trabalho. Entretanto, essa situação não parece ter sido tão prevalente em Itapira, pelo menos em um primeiro instante, pois os hospitais locais sempre procuraram dotar seus funcionários de alguma capacitação profissional, que permitisse conferir um tratamento humanitário aos doentes, o que, em certo momento, foi até enaltecido por estes. Isso não eliminou a presença de práticas perversas no ambiente hospitalar, reduzindo-se a atividade de enfermagem muitas vezes ao exercício da ordem e da disciplina por meios coercitivos, como veremos mais adiante. No caso de Itapira, no entanto, para além da filiação religiosa e da mão-de-obra asilada, não havia fronteiras sociais a separar os trabalhadores dos hospitais, pois ter uma ocupação em uma dessas instituições, em um dado momento, representava um símbolo de reconhecimento e de respeitabilidade social. Em Itapira, os filhos das assim chamadas boas famílias formaram ao lado dos sujeitos da lavoura, uma gente saída direto do trabalho no eito para a cabeceira do leito dos hospitais psiquiátricos, irmanados em uma causa comum que era o tratamento dispensado aos doentes mentais.

“Eu fiz até promessa para conseguir um emprego no hospital.”

“Eu via as moças que trabalhavam no hospital passarem na porta da minha casa, tão distintas, que eu não via a hora de ser uma delas.”

Essa comunhão fraterna, por sua vez, revela, quem sabe, o esforço por impedir a emergência daquilo que se tornara oculto quando da origem da instituição, que é a sua violência fundadora. Essa violência inaugural está contida de forma velada nos esforços individuais que concorrem para consolidar essa ação coletiva de caridade a fim de evitar a irrupção do que aí pode haver de exclusão e de segregação. Com isso, a instituição torna-se a expressão de um mundo harmonioso, que funciona à base de acordos tácitos, normativos, que tendem a ser internalizados. Se um tal acordo não conduz de todo à perfeita harmonia, pelo menos introduz um pacto colusivo suficiente para empreender e levar adiante a obra comunitária. A instituição torna-se, então, um lugar pacificado, que tem como propósito primordial a manutenção e a renovação das forças vivas dessa mesma comunidade,

inteligentes —, tanto quanto, por parte da força de trabalho ativa disponível, algum grau de repugnância pelo próprio emprego, que exigia tanto o exercício direto da violência quanto a prática da ‘deduração’ e do servilismo em relação aos superiores médicos.” (Cunha, 1986: 92).

permitindo aos indivíduos a ela pertencentes o desenvolvimento da capacidade de viver, amar, trabalhar, modificar e, talvez, criar um mundo a sua imagem e semelhança. É seu objetivo a pura e simples existência, e não a produção, alicerçada sobre a trama simbólica das relações humanas, das ligações afetivas e das vinculações intelectuais, e não sobre relações econômicas (Enriquez, 1991: 53-55).

Um outro princípio explicativo para o alto grau de coesão interna apontado entre aqueles primeiros agentes institucionais e os princípios da instituição seriam as características particulares dos diversos momentos do processo migratório ocorrido em Itapira.

As primeiras levas de migrantes que chegaram a Itapira, ao final do século passado, tinham como objetivo a conquista de um lugar ao sol na terra prometida, a construção de uma vida nova em um novo mundo. A despeito de sua incorporação subordinada à força de trabalho, na condição de colono, e da assimilação, particularmente dos italianos, às novas condições de vida e de cultura, ter sido lenta, gradativa, e não de todo pacífica nem sempre salutar, eles inscreveram uma trajetória de integração, uma história de adaptação, com final feliz, na medida em que se lhes foi possível uma ascensão social rápida gerada pelas facilidades e oportunidades de um capitalismo nascente, uma vez que, com a crise do café, por exemplo, muitos deles adquiriram uma gleba de terra para cultivo e se tornaram pequenos proprietários. Esses sitiantes permaneceram fiéis à tradição agrícola e ao ambiente rural, encaminhando, apenas algumas gerações depois, seus filhos para o estudo na cidade e para o trabalho urbano.

Ao contrário, as migrações sazonais do Nordeste, de Minas Gerais e do Paraná, para o Estado de São Paulo, desde os anos 70, caracterizaram-se por uma pronunciada desagregação social em seus locais de origem e por uma quase completa inadaptação em suas áreas de destino, que são, em geral, os grandes canaviais na época da safra. Uma vez terminada a colheita, esses migrantes quase nunca retornam a seu ambiente primitivo, ficando em sua maioria expostos a condições sociais e urbanas básicas deterioradas, passando a conviver, ainda, com a desestruturação familiar e o desenraizamento cultural. Esse fluxo migratório desordenado concorre, portanto, para a perda dos nutrientes psicossociais mantidos pela tradição e pela cultura, levando o indivíduo a um estado de anomia e ao anonimato. Assim, podemos afirmar que, nesses casos, tanto a vinda quanto a volta, quando ocorre, são acompanhadas por grande tensão social, com seus conflitos emocionais subseqüentes.

Não é à toa que, em Itapira, essa gente da lavoura, como são chamados os migrantes que trabalham na agricultura, seja responsabilizada, direta ou indiretamente, pelo que há de problemas derivados da transformação urbana, desde o desemprego à mendicância, do incremento da violência ao aumento da concentração populacional, com sua decorrente queda da qualidade de vida, ainda que a cidade seja dotada de uma boa infraestrutura de saneamento e de uma rede básica de saúde estruturada e funcional.

“Eles trabalham um tempo na safra. Depois saem por aí catando papel e depois começam a roubar.”

“Eles vêm trabalhar pra Usina. Depois mandam buscar a mulher e os filhos, mas não têm onde morar e ficam pedindo esmolas pelas ruas.”

“Essa gente que vem trabalhar pra Usina, quando não está na palha da cana, cai na pinga.”

“A Usina é que é culpada porque traz essa gentarada toda pra cá e depois eles ficam por aí sem ter onde morar.”

“A Prefeitura constrói casas populares para essa gente porque dá voto. Agora, quem paga imposto não tem benfeitoria alguma.”

“O Prefeito só sabe asfaltar as ruas dos bairros, enquanto no centro da cidade ficam esses calçamentos de paralelepípedos.”

Mesmo assim, vimos que, em Itapira, os trabalhadores rurais tendem mais à estabilidade que à mobilidade geográfica. Sabemos que eles se fixaram nas novas vilas abertas na periferia da cidade, lá residindo com seus familiares. Se hoje eles são responsáveis pela ocupação dos poucos espaços livres, que constituem um cinturão de terrenos disponíveis para a construção nas cercanias da cidade, aplainando as encostas dos pequenos morros, não se pode dizer que isso concorra para um processo de favelização da urbe nem que haja uma alteração significativa de seu traçado urbanístico. Ademais, eles respondem pela revitalização continuada da cultura caipira dentro da cidade; pelo cultivo da música sertaneja, comercial ou de raiz; e pela concepção de estilos de vida de marcada inspiração rural, sintetizados em uma tríade de elementos, a saber pinga, viola e truco.

Entretanto, não se pretende incorrer aqui na contemplação inefável do ambiente rural nem em uma idílica visão do homem do campo. Os deslocamentos internos em direção à cidade são um acabado produto da derrocada da cafeicultura e de sua progressiva substituição por uma incipiente industrialização. Outrossim, mesmo entre aqueles moradores das áreas rurais, principalmente entre seus filhos, ocorria a sedução da cidade, com seu elenco de opções de lazer e de ofertas de emprego, ainda que fosse para trabalhar nos hospitais psiquiátricos.

Atualmente, os funcionários dos hospitais psiquiátricos são selecionados a partir da idade de dezoito anos, sem exigências especiais quanto ao grau de instrução, em geral secundário. Quase sempre trata-se do primeiro emprego do pretendente à vaga. Esse recrutamento se faz sobre uma base local e familiar, o que confere aos hospitais uma característica muito particular, pois quase todos se conhecem e o controle de suas atividades é exercido por todos. Portanto, a seleção nem sempre ocorre em bases objetivas, mas a partir de informações filtradas da inserção de um indivíduo na comunidade (Majastre, 1972: 28).

“Eu trabalhava na Santa Casa e fui instruída pelas irmãs de caridade. Aí elas mandaram eu vir trabalhar aqui.”

“Eu andava com as irmãs de caridade lá da Santa Casa e me interessava pela enfermagem. Elas, então, me indicaram para eu trabalhar aqui.”

Essa observação não se constitui de todo em novidade, pois desde os tempos de Esquirol que a vigilância sobre os atendentes de enfermagem é uma preocupação a nortear os princípios alienistas, a ser incluída, inclusive, no projeto arquitetônico de um hospital de modo a permitir o controle pelo olhar dos atendentes entre si e destes pelos chefes da casa (Machado et alii, 1978: 435). No Hospital do Juquery, em São Paulo, também houve um esforço por amoldar essa categoria de trabalhadores a uma rígida disciplina a partir da criação de um regimento interno que permitisse o exercício da vigilância e o controle das atividades dos atendentes de enfermagem dentro e fora do ambiente de trabalho (Cunha, 1986: 95). Em Itapira, essa vigilância é exercitada, muitas vezes, na elaboração das escalas de plantão, na concessão das folgas semanais e na composição da jornada de trabalho de maneira a impedir a acumulação de tarefas em outros expedientes, que seriam prejudiciais a um melhor rendimento no serviço, além daquela exercida pelas relações de parentesco e de vizinhança. Com isso, o exercício da vigilância sobre o funcionário estende-se do ambiente de trabalho para sua vida particular, muitas vezes como um direito natural, que não guardaria nenhuma relação com o exercício do poder ou da mera curiosidade.

Os atendentes vão trabalhar nos hospitais por não terem outras opções de trabalho. Elas dizem respeito aos empregos no incipiente comércio local de bens e de serviços ou ao trabalho nas fábricas de papel e papelão e na indústria metalúrgica de máquinas e implementos agrícolas, cuja implantação correspondeu às necessidades de apoio à crescente mecanização da agricultura no município. Outrora também houve, em Itapira, alguns fabricantes de chapéus, como a Fábrica de Chapéus Sarkis, que por mais de cinquenta anos foi uma das maiores indústrias do continente e empregou um significativo contingente de itapirenses. No entanto, não há maiores indicativos do que teria levado aquelas gerações a trocar a fabricação de adornos para uso exterior da cabeça pelo manuseio da produção interior da mente. Sabemos apenas que a falta de especialização técnica e de especificidade de tarefas leva muitos desses servidores a trabalharem, indistintamente, nos mais diversos serviços, o que confere a essa massa de trabalhadores o estatuto de operários, sejam eles da saúde, da usina ou da indústria. Em geral, no momento do recrutamento, o salário oferecido pelos hospitais mostrava-se vantajoso em relação às alternativas existentes.

“Se fosse possível escolher eu não teria vindo trabalhar aqui, não. Vim porque o salário era bom e eu não tinha outra opção.”

“Vim trabalhar aqui porque o salário era bom. Além disso, eu tinha assistência médica e dentista.”

“Não foi uma opção minha, não. Surgiu uma ocupação e o salário era satisfatório.”

“O salário era bom e era livre, pois eu ia ter casa e comida, já que eu ia morar no hospital.”

Esses achados também estão presentes em outros estudos realizados tanto no Brasil (Lancman, 1988: 81) quanto no exterior (Majastre, 1972: 30).

Nos dias de hoje, os salários praticados pelos hospitais já não são tão vantajosos nem mais diferem tanto assim daqueles oferecidos pelo mercado. Tal redução dos níveis salariais é resultado da política salarial oficial imposta pelo governo ao conjunto dos trabalhadores, que, em Itapira, no caso dos empregados dos serviços de saúde, é realimentada por uma constante procura superior à oferta, o que a incipiente ação sindical no município ainda não conseguiu reverter. No entanto, os hospitais psiquiátricos continuam a ser grandes empregadores e a concorrência por uma ocupação em suas fileiras persiste, principalmente entre os trabalhadores menos qualificados e entre as mulheres. Agora, eles estão muito mais interessados nos benefícios sociais, garantidos pelo vínculo empregatício, que no emprego em si, que já não assegura maior reconhecimento nem respeitabilidade social. Quase todos exercem alguma outra atividade, na condição de trabalhadores autônomos, como forma de complementação salarial.

Contudo, não nos devemos deixar iludir pelo simplismo e pela concretude dessas respostas, comuns, também, a outros autores (Majastre, 1972: 30). Nesses depoimentos, subjaz uma outra motivação de natureza emocional nem sempre clara que demanda a disponibilidade para trabalhar nos hospitais. Desse modo, seria difícil tentar caracterizar aqui esse conjunto de motivações. Porém, seria demasiado simplista, senão temerário, incursionar pelas sendas de um obtuso reducionismo, que atribuiria aos funcionários, atendentes de enfermagem, uma predisposição à manifestação de problemas mentais, sendo o trabalho nos hospitais psiquiátricos tanto uma forma de negação quanto uma tentativa de resolução dessa problemática emocional inconsciente, pois tamanha generalização, além de apagar as marcas da individualidade e da particularidade de cada um, só serve para perpetuar o preconceito contra aqueles que têm por ofício o intenso convívio com o sofrimento, a dor e a morte. No entanto, podemos afirmar que ele se constitui daqueles estratos da personalidade que permanecem em estado de indiscriminação, mas que estão presentes em toda constituição, organização e funcionamento de um grupo e que nem sempre são acessíveis à comunicação verbal.

“Meu pai é alcoólatra. Eu achava que vindo trabalhar aqui, lendo tudo a respeito de alcoolismo, eu iria curar meu pai.”

“Eu tenho um irmão alcoólatra. Trabalhando no hospital a gente aprende a conviver com ele.”

“Eu tenho um irmão alcoólatra. Eu tanto aprendo a entender o que acontece com ele como consigo internação quando ele precisa.”

A esse propósito, há uma indiscutível utilização dos hospitais psiquiátricos por parte dos funcionários quando precisam internar seus parentes ou, então, quando são eles próprios que necessitam recorrer a uma internação.

“Eu acho que o hospital é necessário, sim. Agora, não é para todos os casos, não. Só para loucos de verdade.”

“Eu acho que o hospital é necessário. Eu mesmo já recorri a ele quando precisei internar meu pai, que bebia demais.”

“Eu tenho um irmão alcoólatra. Recorro ao hospital quando preciso tanto para cuidar dele quanto para aliviar a família.”

“Eu tenho um irmão alcoólatra. Eu aprendi a lidar com ele para evitar a internação, mas quando não dá eu interno mesmo.”

As raízes dessa utilização não estão restritas apenas à simples presença de um serviço, gerando uma demanda correspondente. Elas podem estar ligadas à tradição da comunidade de socorrer-se das agências de auxílio quando necessário. Essa talvez seja uma herança da presença do imigrante, sobretudo dos italianos, em Itapira. Sabe-se que eles detinham uma condição cultural e econômica diferente da situação do brasileiro pobre. Assim, eles recorriam com maior facilidade a um serviço de saúde, pois esse era o instrumento de que costumavam servir-se sempre que se achavam enfermos ou necessitados de algum tipo de ajuda terapêutica (Costa, 1989a: 174). Sabe-se, também, que o brasileiro, além de suas dificuldades econômicas para buscar tratamento médico, costumava recorrer a outros expedientes, como, por exemplo, a ação dos curandeiros, pois os distúrbios emocionais eram assimilados como fenômenos sobrenaturais, passíveis, portanto, de um outro tipo de intervenção, que poderíamos chamar de procura por uma solução mágica para a cura. (Costa, 1989a: 174). Daí torna-se fácil compreender a passagem de um sistema cultural de crenças para a ampliação do âmbito institucional, que é a extrapolação das relações sociais que uma instituição contém para além de suas fronteiras materiais (Guilhon Albuquerque, 1978: 71).

Essa pode ser ainda a explicação para a medicalização da comunidade⁴, pois é sabido que muitos dos agentes institucionais apresentam respostas somáticas aos conflitos psíquicos vividos no ambiente de trabalho e acabam por recorrer à assistência médica. A avaliação clínica termina por negar ou minimizar o sofrimento mental, tratando-o como uma entidade somática, favorecendo o uso de medicamentos, inclusive de psicofármacos, os afastamentos do serviço por motivo de saúde e até a aposentadoria por invalidez nos casos extremos⁵. Outros, ainda, recorrem às psicoterapias como forma de resolução de conflitos emocionais, o que faz de Itapira a um só tempo uma cidade medicalizada, psiquiatrizada e psicanalisada⁶.

⁴ Medicalização é o processo de incorporação da população aos cuidados médicos observada através do maior número de internações e de uma maior frequência na utilização dos serviços ambulatoriais. Desse conceito, deriva-se a noção de psiquiatrização e de psicanalização, mas todos eles são fenômenos muito mais complexos que aqueles contidos em seu enunciado, posto que correspondem a processos históricos específicos e bem delimitados (Donnangelo & Pereira, 1979: 33).

⁵ Esses dados podem ser observados no acompanhamento indireto do funcionamento e na análise da demanda do ambulatório de funcionários de uma das instituições psiquiátricas da cidade. A procura pelo serviço é freqüente e são constantes as queixas que se caracterizam como somatização, que muitas vezes são negligenciadas no atendimento do caso e não geram maior preocupação de planejamento de parte de seus coordenadores.

⁶ Segundo dados do ERSA-28 e da Administração Municipal de Itapira, referentes a 1993, há, na cidade, aproximadamente, 110 médicos, 27 psicólogos, 65 psiquiatras, entre assistentes e

Claro está que a presença dos hospitais psiquiátricos facilita a entrada do usuário no serviço de saúde, de início pelo acesso aos leitos hospitalares e, posteriormente, quando não se estabelece uma repetida utilização dos mesmos, elevando a frequência das internações, pela transferência da população assistida para a rede ambulatorial. De um lado, há a tendência dos hospitais em manter seus leitos sempre ocupados, contando, para isso, com a colaboração dos médicos, cuja ação, para atingir esse objetivo, corre o risco de incorrer em imperícia nas avaliações para internação. Daí não haver interesse nem necessidade em se distinguir quem é o usuário nem qual é o projeto terapêutico que se lhe oferece. Por outro lado, o hospital confere à população a possibilidade de resolução mágica dos problemas, pela acomodação da situação, pois, se não houvesse a oferta do serviço, é de se supor que outros recursos seriam mobilizados para esse fim. Com isso, muitas vezes ocorre uma indiferenciação entre sofrimento mental e problemática social, o que conduz a uma aderência institucional como forma de participação sincrética no social.

Outrossim, a população a quem o hospital se destina é, a rigor, a mesma que ele emprega. Portanto, a proximidade cultural entre clientelas concorre para uma maior identificação de conflitos, que tendem a ser semelhantes quando não são comuns a agentes e clientes. Essa aproximação influencia a visão e a tolerância dos servidores quanto à loucura e à internação. Assim, podemos observar a influência cultural do hospital, parcial decerto, sobre as representações da loucura, de suas manifestações e formas de intervenção, ao fornecer aos servidores um conhecimento empírico das práticas psiquiátricas e de seus propósitos. Ainda aqui, ocorre uma indiscriminação entre o público e o privado, valendo-se o servidor de sua filiação ao hospital para tomá-lo como patrimônio particular a ser usado de acordo com suas necessidades e conveniências. No entanto, esses mesmos servidores reconhecem as limitações do trabalho hospitalar e os riscos de cronificação, entendida, aqui, como a dependência dos cuidados institucionais.

“O hospital não é a única forma de tratamento, não. O que acontece é uma acomodação tanto do doente quanto dos familiares.”

“O hospital resolve alguma coisa, mas sem família nem emprego fica difícil se segurar sozinho”.

“As pessoas poderiam ficar em suas casas, sendo cuidadas por enfermeiro particular porque aqui a gente não tem tempo de cuidar direito de tanta gente.”

“O hospital ajuda pouco. O que ele faz é acomodar uma situação. Depois, muitas vezes, a família abandona o paciente.”

plantonistas, e 15 profissionais cadastrados como psicoterapeutas/psicanalistas, distribuídos entre 300 leitos em hospitais gerais e 1729 leitos psiquiátricos, além da rede básica de saúde e dos serviços privados em consultório, para atender a uma população estimada em 60.000 habitantes. É possível que haja uma sensível imprecisão nesses dados, uma vez que não foi possível cruzá-los, havendo ora uma sobreposição, ora uma omissão desses índices, o que falseia o número de profissionais em exercício na cidade. De toda sorte, esses indicadores fornecem um panorama da marcante presença de profissionais de saúde no município.

“O hospital serve por um instante. Agora, é o que eu digo sempre: bebeu da água do hospital, volta sempre”.

Em geral, os funcionários já tinham alguma familiaridade com o hospital antes de começarem a trabalhar.

“Eu já conhecia o hospital porque a gente vinha jogar bola aqui.”

“Eu lembro do tempo em que eu era menino e morava em um sítio perto do hospital. De vez em quando um doente escapulia de lá e pedia para se esconder na minha casa. Depois vinha o pessoal do hospital e levava ele embora.”

“Eu tinha fascinação pelo hospital. Antigamente, quando meu pai se internava aqui, o hospital dava almoço de domingo para os parentes dos pacientes. Eu vinha visitar meu pai, comia a comida que eles davam e via minha família reunida. O hospital era a continuação da minha casa.”

“Quando eu estava na escola, a gente fazia visitas aos hospitais. A gente via que tanto tinha gente doente quanto gente que fazia repouso.”

Essa familiaridade com o ambiente hospitalar não impedia que dele se guardassem fantasias de perigo e violência.

“Eu lembro do tempo em que as procissões passavam pela porta do hospital e os loucos gritavam, gritavam. Eram gritos lancinantes.”

“Eu tinha horror do hospital. Isso aqui era lugar de louco. Louco era quem andava pelado, agredia, berrava, quebrava tudo.”

“Eu tinha pavor do hospital porque para mim ele sempre foi um lugar perigoso, de gente que ficava agitada, de agressão e de violência.”

“Eu tinha temor do hospital. Eu tinha medo até de passar em frente e ser agredido por um paciente.”

Ao chegarem ao hospital, os atendentes recebem algum tipo de treinamento, mas, em geral, a maioria das informações sobre a rotina hospitalar é passada pelos colegas mais antigos quando não é a própria experiência do dia-a-dia que forja a compreensão do trabalho. No princípio, esses colegas mais antigos eram enfermeiros práticos, depois licenciados, cuja ascendência sobre os mais novos incorria, muitas vezes, no risco de perpetuação e legitimação de práticas de enfermagem seriamente distorcidas. Na tentativa de corrigir essas distorções e de conferir alguma capacitação técnica aos funcionários, que permitisse aliar o cabedal científico à ideologia humanitária, além das exigências de ordem legal, é que o hospital instituiu os cursos preparatórios de enfermagem (Bianchi, 1984: 114-121). No entanto, esses cursos quase nunca associavam o conhecimento técnico com a prática cotidiana e, assim, mantinham as clivagens que impediam a evolução dos atendentes de enfermagem para a condição de agentes terapêuticos. É que havia uma grande dificuldade de parte das pessoas em aceitar a convivência com os doentes mentais de maneira próxima e partilhada. Com isso, havia uma tendência à organização hierarquizada do serviço e à divisão de tarefas em espaços separados. A função dessa organização é manter as cisões e inibir o funcionamento do grupo institucional em níveis simbióticos ou sincréticos (Bleger, 1991: 49).

Hoje, alguns hospitais e instituições de ensino profissionalizante da cidade mantêm tais cursos, que continuam estruturados da mesma forma, favorecendo as dissociações, que, agora, ganham um viés prático. Com a extinção da categoria dos atendentes de enfermagem, por uma resolução do Conselho Federal de Enfermagem, de 1986, e com a necessidade constante de pessoal para a composição dos quadros institucionais, torna-se imperativa a formação de auxiliares de enfermagem. Os atendentes, por sua vez, querem assegurar essa formação como forma de garantir um emprego em uma cidade carente de opções de trabalho. No entanto, esses cursos formam pessoas que, depois, abandonam o trabalho nos hospitais psiquiátricos e vão trabalhar em outras instituições hospitalares da cidade e da região, como é o caso do recente afluxo de pessoal para um serviço universitário.

Nos primórdios da instituição, era comum, também, que a arregimentação de funcionários e sua ascensão profissional ocorresse mediante promoções internas, havendo um recrutamento a partir de pessoas deslocadas de outras funções, o que confere a esses servidores o estatuto de atores de múltiplas personagens.

“Fui faxineira, depois guarda-pátio. Agora, sou atendente de enfermagem.”

“Fui roupeira e hoje sou atendente de enfermagem.”

“Fui copeira, faxineira, atendente de enfermagem.”

Na estrutura hospitalar, os atendentes de enfermagem, realmente, ocupam um espaço intermediário entre o pessoal de apoio e a equipe de escritório. Alguns deles tornaram-se técnicos de nível superior, principalmente psicólogos.

Em sua maioria, os atendentes de enfermagem desconhecem a função de seu trabalho. Por isso, não encontram significação para as tarefas que executam, limitando-se quase sempre a ações concretas. Essa ausência de significado frente ao objeto engendra um sofrimento, cujo ponto de impacto é o aparelho psíquico, que se traduz por níveis crescentes de insatisfação, que, por sua vez, impedem o reconhecimento do conteúdo significativo do trabalho em relação ao sujeito. Essa ignorância face ao trabalho reduz o investimento necessário à realização da tarefa, pois não há noção de responsabilidade nem um envolvimento que permita uma alternância constante de papéis com os doentes mentais, condições básicas para um bom resultado terapêutico. Como não se reconhecem como agentes terapêuticos, os atendentes de enfermagem costumam adotar uma postura defensiva em relação à loucura, de que as ações concretas são um bom exemplo. Mesmo quando são alçados à liderança de grupos ou atividades junto aos pacientes, eles encaram a tarefa mais como um exercício de poder que como uma ação terapêutica. Assim definem seu trabalho enquanto tratamento:

“Tratamento é cuidado. É dar banho, trocar de roupa, essas coisas.”

“É cuidar da higiene, da aparência, dar comida, carinho e atenção.”

“Acho que cuidar do doente mental é dar carinho e atenção.”

“Antes não tinha tratamento, não. Hoje tem remédio. Tratamento é dar remédio.”

“Quando eu cheguei aqui não havia o que fazer. Não havia remédio, não. Só tinha de cuidar. Quando ficava agitado, botava na camisa-de-força ou ia para o quarto-forte.”

Talvez essas afirmações estejam ligadas à precariedade dos meios de intervenção e à noção de doença mental como dívida cármica, manifestação da ira divina aos que caíram em pecado, restando aos demais cuidar desses infelizes para obter a redenção. Essa talvez seja, ainda, uma contribuição da presença espírita em Itapira, não tanto pelo seu conteúdo doutrinário, que nunca se pronunciou, explicitamente, sobre a causa dos doentes mentais, mas enquanto prática de caridade como fonte de salvação. Não podemos esquecer, também, que toda instituição se erige como espaço divino enquanto se apresenta como aquela que promete a salvação e a redenção àqueles que a integram (Enriquez, 1991: 56).

Contudo, aos poucos, o discurso dos atendentes vai-se sofisticando, ainda que pareça estereotipado por lembrar a repetição do meramente aprendido e por ser destituído de um sentido, nele se introduzindo noções de acolhimento e de continência.

“Tratamento é a acolhida que se dá ao doente em um momento difícil de sua vida.”

“Tratamento é sentir pelo doente o que a gente sente por um filho.”

“Há os que chegam aqui como se fossem bichos e a gente vai domando pela dedicação.”

“É ser uma referência na vida dessas pessoas.”

Com isso, há uma discreta mudança do significado atribuído ao paciente, que passa da condição de alienado à de doente mental. Isso sugere uma quebra dos rígidos limites entre o normal e o patológico impostos pelos atendentes.

“Parece que o tratamento melhorou porque agora não tem mais louco, não. Tem gente com problema, mas louco, agressivo, não.”

“Agora tem tratamento. Antigamente tratamento era só dar remédio.”

“Hoje já tem tratamento. Antes não havia, não. Havia a idéia de que quanto mais remédio, melhor.”

Se de um lado essa rigidez de critérios era necessária como forma de diferenciação frente à loucura, esse afrouxamento, ao introduzir uma maior tolerância para com as manifestações da doença mental, sugere, também, uma maior indiscriminação e permissividade nas relações entre agentes e clientes, atendentes e doentes mentais, talvez pelo uso de defesas psicológicas mais primitivas próprias de uma relação simbiótica ou sincrética.

Apesar da atenuação dos limites entre a sanidade e a loucura, muitas vezes os atendentes percebem-se próximos aos pacientes tanto pela origem social e familiar quanto pelo contato intenso. Por conseguinte, o convívio é marcado pelo receio de envolvimento e pela necessidade de um certo distanciamento como forma de lidar com o medo de enlouquecer.

Assim, os atendentes de enfermagem, enquanto elo de ligação entre os hospitais e a comunidade e enquanto elementos difusores de uma cultura de convivência com os doentes mentais, também percebem a indiferenciação dos espaços entre a cidade e as instituições psiquiátricas nela presentes, o que torna os itapirenses vítimas do estigma e suscetíveis ao preconceito aos olhos do estrangeiro.

“Dizem que Itapira é terra de louco. Imagine! Os loucos vêm de fora.”

“Lugar de louco é Juqueri, Morumbi, Itapira. É assim que se diz, mas os loucos vêm de fora.”

“Quando eu viajo e as pessoas vêm a placa do meu carro já vão dizendo que lá vem o louco, só porque sou de Itapira. Agora os loucos vêm todos de fora.”

É bem verdade que os hospitais psiquiátricos de Itapira abrigam um expressivo contingente de pessoas oriundas de outras localidades, que, para conseguirem uma internação em uma de suas instituições, chegam a falsear os dados referentes à procedência. É certo, também, que muitos desses pacientes e seus parentes se fixam no município tanto para se manterem próximos aos serviços psiquiátricos de que se utilizam como por considerarem a cidade tranqüila e acolhedora. Em defesa dos itapirenses, ainda, é de se esperar que eles estejam protegidos contra a doença mental em função de seu relativo isolamento e da proximidade com o ambiente e a atividade rural, embora se trate de uma cidade quase bicentenária. Em contrapartida, entre a evitação e o enfrentamento da situação, os itapirenses tendem a utilizar-se de mecanismos projetivos quando se confrontam com as transformações da comunidade.

“Itapira tem louco porque eles vêm se internar e acabam ficando pelas ruas por aí.”

“Antes não havia droga em Itapira. Depois que os hospitais passaram a internar os drogados, a droga se espalhou pela cidade.”

“Esses rapazinhos que usam droga, que se internam nos hospitais, é que trouxeram a droga para a cidade.”

Tem gente que bebe, mas beber de ficar louco só essa gente que se interna nos hospitais.”

Apesar dos ataques à presença estrangeira na cidade, representada pelos usuários dos vários serviços psiquiátricos presentes no município, os itapirenses também se orgulham da acolhida que conferem ao forasteiro, seja esse acolhimento provisório ou definitivo. Os atendentes de enfermagem, enquanto segmento constitutivo da comunidade itapirense, não deixam de reconhecer que a cidade ainda é mesmo tranqüila e acolhedora e se vangloriam da hospitalidade com que recebem o visitante, esteja ele na condição ou não de paciente. No entanto, ao acolher esse outro, quase sempre estranho e desconhecido, alguns mecanismos psicológicos de defesa frente ao novo são postos em ação, o que exige, portanto, a construção de uma ética própria, que regule as relações de recepção e acolhida, de modo a permitir algum grau de equilíbrio entre um certo acolhimento e um necessário distanciamento, o que não impede, ao mesmo tempo, o envolvimento afetivo entre agentes e clientes, evoluindo até para o casamento e a procriação. Essa ética se tra-

duz, também, não apenas no livre trânsito dos doentes mentais pelas ruas e praças da cidade, mas em uma aceitação realmente efetiva dos clientes como cidadãos, que tanto são admitidos como empregados no mercado formal como se integram à economia informal, ainda que em atividades domésticas e no serviço braçal.

Com isso, podemos afirmar que, em Itapira, os critérios de definição da loucura não são aqueles de exclusão e inadaptação, de desrespeito às convenções e normas de funcionamento grupal ou desvio social, mas aqueles em que as regras próprias de utilização do material cultural disponível para assegurar uma vida comunitária com trocas simbólicas passíveis de comunicação e compreensão estejam presentes, a despeito daqueles aspectos indissociáveis do sujeito enquanto individualidade. Isso quer dizer que cada sociedade cria seus próprios processos de significação e simbolização da loucura, que é, então, entendida como uma criação cultural a um só tempo individual e coletiva, particular e geral. Isso não quer dizer que as manifestações mórbidas de seus membros sejam reconhecidas como expressão dos conflitos coletivos dessa mesma sociedade, mas que, no caso de Itapira, elas podem ser admitidas, toleradas e até mesmo incorporadas ao cotidiano por representarem uma face inegável da vida gregária que se manifesta sempre no plano relacional. Por tudo isso, Itapira também dispõe de uma galeria de tipos populares, como os há em qualquer localidade, personagens públicas cuja exibição transita entre o grotesco e o picaresco, fornecendo à população local um pitoresco painel da atividade humana, expressão afetiva e racional, criativa e produtiva, mediadora e manipuladora da vida mental.

Ainda quanto aos hospitais, os atendentes acham que os pacientes têm muitas regalias e se ressentem ao constatar que, de certa forma, seus clientes têm uma vida melhor que a deles. Essa inveja de uma condição primitiva de dependência e satisfação de necessidades sem esforço reveste-se de hostilidade, que se manifesta sob a forma de concorrência ou reivindicação.

“Aqui eles têm casa, comida, roupa lavada, cama quente, tudo, enfim.”

“Aqui eles têm de tudo. Agora a gente tem de dar um duro danado para receber essa miséria de salário.”

“O hospital faz pouco pelo funcionário. Exige cuidado e dedicação, mas não valoriza o trabalho da gente, o nosso esforço.”

“A gente não tem valor, não. O trabalho da gente aqui não é recompensado.”

Como nos diz Machado, “a ausência de estímulo no trabalho e o despreparo dos enfermeiros geram, em suas relações com os alienados, violência, luta, morte. Uma experiência de excessos que, ao mesmo tempo, interessa e repugna a uma administração racional da população asilar.” (Machado et alii, 1978: 460).

Para alguns autores, a violência e a exclusão compõem a base de sustentação de todas as relações que se estabelecem na vida em sociedade. No entanto, a sociedade descobriu que não lhe era conveniente exibir abertamente sua face violenta para não criar em seu interior contradições demasiado evidentes, que deporiam contra ela. Por isso, encontrou

na violência técnica a fórmula e o disfarce para sua ação. A violência técnica seria, então, uma extensão do poder da sociedade, agora concedido a seus técnicos e colaboradores, que a exerceriam em seu nome e a mistificariam através do tecnicismo (Basaglia, 1985: 101-104).

Vale lembrar, também, a violência inaugural como base de apoio e sustentáculo das instituições. Em Itapira, vimos que a violência inicial deixou atrás de si um rastro de ódio e um desejo de vingança intensos, pois foi na tentativa de retificar o nome de seu pai, que fora assassinado, que Américo Bairral idealizou a construção do primeiro hospital psiquiátrico da cidade. No entanto, o ódio, o desprezo e a sede de vingança presentes nas relações humanas sempre foram negadas na prática concreta e cotidiana das instituições. Quando a violência se manifestava de maneira dilacerada e não mais podia ser ocultada, ela era então minimizada e empurrada para as páginas internas dos jornais.

“Sábado, 1^o do corrente, no Sanatório Américo Bairral, desta cidade, por volta das 15:40, quando procediam ali o abastecimento de água, José Goulardins, ajudante enfermeiro, foi inopinadamente agredido e morto a pauladas pelo internado de nome Sebastião Pinto da Silva. Este, que há mais de quatro anos se encontrava em tratamento laborterápico nenhuma manifestação de crise dera, antes, pelo contrário, sempre se mostrara pacífico e prestativo. Daí porque fazia parte de um grupo que auxilia aquele mister, embora sob vigilância continua de enfermeiros e empregados.” (CI, 18/04/1943, nº 2295, p. 2).

Apesar de o acima exposto encontrar-se fora do contexto original em que aconteceu, ele ilustra a problemática da violência nas relações entre pacientes e atendentes.

Embora os atendentes afirmem que sempre foram instruídos e orientados quanto a uma atitude humanitária ou terapêutica a ser adotada em relação aos pacientes, eles admitem a presença das contenções mecânicas, da violência física e da arbitrariedade na administração de medicamentos à revelia da prescrição médica como forma de punição aos pacientes.

“Às vezes, o paciente fica perturbando muito e eu medico pra ele me dar sossego.”

“Eu questiono o tratamento dos médicos. Eles não querem que a gente dê gravata nos pacientes, mas eles não medicam direito e a gente é que agüenta o paciente.”

“Os médicos são bonzinhos com os pacientes porque não são eles que ficam com os pacientes o tempo todo. Então, às vezes, eu dou um comprimido a mais pra ver se o paciente sossega.”

Parece que, assim, rompe-se o ideal da dupla, representada pelas figuras de Pinel e Poussin, da aliança entre o médico e o atendente, este como o encarregado direto do cuidado aos doentes mentais. Os atendentes não percebem que são um elo a ligar o médico ao doente e que de sua ação decorre em parte o êxito do tratamento. A sensação de desamparo de que são tomados leva à adoção de primitivos mecanismos de defesa, que resulta em um ataque ao vínculo com a instituição. No entanto, o discurso institucional tende a negar a dissolução da dupla para não enxergar a dissociação da cúpula, exibindo um poder de punição tão implacável que perpetua a violência.

Alguns autores reconhecem como característica do pessoal de enfermagem sua estabilidade no emprego, já que muitos concebem o trabalho como definitivo (Belknap, apud Majastre, 1972: 31), sendo, portanto, responsáveis pela perenidade da instituição e pela perpetuação das tradições junto à comunidade (Goffman, 1978: 201). Isso se deve ao investimento profissional através do envolvimento emocional e da dedicação em tempo quase integral ao hospital.

Em Itapira, muitos dos servidores concebem o hospital como local definitivo de trabalho. Muitos estão nessas instituições há muitos anos, tendo alcançado postos de chefia ou cargos de confiança. Muitos até confundem o hospital com suas próprias casas.

“A gente passa a maior parte do tempo aqui. Quando a gente está em casa e precisam da gente, a gente tem que vir.”

“Faz tantos anos que eu trabalho aqui que no dia em que eu me aposentar eu vou sentir falta. Isso aqui é como se fosse a minha casa.”

“A gente se dedica tanto a isso aqui que é como se a gente estivesse cuidando de nossa casa e de nossos filhos.”

“No começo eu morava no hospital. Então o hospital era a minha casa. Como os meus pais moravam no sítio e não tinha facilidade de transporte naquele tempo, aconteceu assim quando eu fui me casar: não tinha como eu ir lá e voltar para a igreja. Ai eu saí do hospital vestida de noiva direto para a igreja.”

Contudo, no momento, essa estabilidade sofre algum abalo quando observamos a alta rotatividade do quadro de funcionários, cujas causas não nos foi possível investigar por não se colocar como questão central deste trabalho, mas, é, no mínimo, curioso constatar que, entre os homens e os mais jovens, muitos deles deixam o hospital e ingressam na carreira policial, havendo em comum entre ambas as atividades o caráter de vigilância e, por vezes, de violência.

Ainda sobre o papel desempenhado pelo pessoal de enfermagem e, por extensão, pelo conjunto dos servidores dos hospitais psiquiátricos, ele se constitui em uma fonte perpetuadora de tradições junto à comunidade, não havendo diferenças significativas entre suas concepções sobre o adoecer mental e as dos demais grupos sociais.

VI - DE ALIENISTAS A TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL

Em geral, os médicos, em sua maioria jovens e recém-saídos da Universidade, quando não são filhos da cidade acorrem a Itapira por três motivos distintos que se interrelacionam: em primeiro lugar, pela presença de um espaço institucional destinado à formação psiquiátrica através do estágio oferecido pela Clínica de Repouso Santa Fé; em segundo, pela existência de um mercado de trabalho sempre disposto a absorver essa mão-de-obra, o que assegura, no início da carreira, uma fonte de renda que possibilita o investimento no exercício liberal da profissão e na reciclagem profissional; em terceiro, por fim, pela presença de grupos psicanalíticos na cidade, o que confere a possibilidade de análise pessoal, inclusive análise didática, supervisão de trabalho, grupos de estudo e eventual formação psicanalítica¹.

Como vimos em capítulo anterior, Itapira sempre se caracterizou por ser um centro formador de recursos humanos em saúde mental, abrindo seus hospitais para que os médicos neles realizassem seus estágios, treinamentos e aperfeiçoamentos, o que, inicialmente, era feito de forma assistemática.

Contudo, há quase vinte anos, a Clínica de Repouso Santa Fé oferece um estágio organizado de modo sistemático, sob a forma de treinamento em serviço, guardando, com isso, similaridade com as Residências Médicas oficiais.

“O objetivo dessa residência é a formação de uma geração de psiquiatras (...) dentro dos parâmetros da psiquiatria moderna no contexto de um hospital psiquiátrico moderno.” (TI, 20/06/1992, nº 235, p. 2)².

Um desses parâmetros consiste na concepção da doença mental como uma forma anômala de viver as experiências humanas, cuja aproximação só é possível na medida em que se desenvolve a capacidade de lidar com o doente mental que há dentro de cada um³, privilegiando-se, portanto, o contato intenso com o doente em sua singularidade de

¹ Esses grupos estão articulados espontaneamente em torno da figura do Dr. Hélio Sebastião Amâncio de Camargo, ligado à Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, e da pessoa da Dra. Maria da Penha Amâncio de Camargo Barros Munhoz, também ligada à Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro.

² Trata-se aqui do depoimento do Dr. Hélio Sebastião Amâncio de Camargo, diretor técnico da Clínica de Repouso Santa Fé (TI, 20/06/1992, nº 235, p. 2).

³ “A residência foi criada tendo em vista a necessidade de introduzir uma concepção de doença mental de acordo com as aquisições das ciências antropológicas de nossos dias.” (TI, 20/06/1992, nº 235, p. 2).

pessoa humana, o que deve ocorrer em todas as atividades do dia-a-dia e não apenas no espaço de uma entrevista em consultório, emprestado do modelo médico⁴.

Em linhas gerais, o modelo médico concebe a doença mental a partir dos pressupostos epistemológicos da medicina. Assim, as entidades nosológicas têm uma certa autonomia em relação aos sujeitos adoecidos; os sinais e sintomas constituem síndromes clínicas bem definidas, cujo diagnóstico descritivo é fundamental para instituir a terapêutica a antever o prognóstico. Por sua vez, são objetivos terapêuticos desse modelo a redução ou a eliminação da sintomatologia e, para tanto, as terapias de base somática são os principais instrumentos terapêuticos. Quanto ao processo de tomada de decisões e de administração da instituição, cabe ao médico exercer a função de diretor da unidade, alçado ao topo de uma escala vertical de organização hierárquica, onde os papéis a serem desempenhados pelos demais componentes da equipe de trabalho são bem delimitados, buscando-se, com isso, alcançar uma maior eficácia, objetividade e neutralidade profissional.

Em oposição a esse modelo clássico, coloca-se a comunidade terapêutica, que tem na participação ativa do paciente no processo terapêutico seu princípio primordial. Para tanto, a terapia ocupacional e a psicoterapia individual são alguns dos muitos recursos terapêuticos adotados, mas a ação terapêutica da instituição como um todo é o ponto mais importante para se alcançar esse objetivo, o que exige a adoção de uma escala horizontal de organização e divisão de trabalho e o respeito à premissa funcional de que o estado emocional da equipe terapêutica influencia sobremaneira o estado mental dos pacientes. Sendo assim, é função da equipe terapêutica a compreensão do paciente enquanto pessoa, com base em uma teoria psicológica cuja ênfase recai sobre os sentidos dos sintomas, que, por sua vez, guardam relação com as particularidades do sujeito individual.

“Agradou-me demais o contato com o doente como uma outra pessoa, como alguém que sofre, que é gente, que tem sentimento, que não é apenas um objeto de estudo.”

“Talvez esse contato com o doente tenha sido o ponto mais importante do estágio, principalmente diante da possibilidade de resgatar os aspectos saudáveis da pessoa através da criatividade.”

“O que mais me chamou a atenção durante o estágio foi o contato com o doente e a possibilidade de mobilizá-lo de forma criativa.”

“O tratamento é individualizado, personalizado, humanitário, porque se procura, efetivamente, cuidar do doente.”

Parece introduzir-se, assim, a concepção do doente mental não como um alienado, mas como alguém que, apesar do sofrimento psíquico presente, apresenta aspectos saudáveis que podem ser mobilizados em favor de uma melhora. A relação de poder entre o médico e o paciente passa a ser, então, uma relação de troca, de procura mútua por uma saída para fora da loucura, ainda que isso nem sempre aconteça.

⁴ “O critério de seleção é a submissão do candidato a uma avaliação intelectual e a uma avaliação dos fatores de sua personalidade e dos seus interesses pelo doente mental.” (TI, 20/06/1992, nº 235, p. 2).

Há aqui uma indiscutível retomada das concepções pinelianas e de seus discípulos no que elas contêm de um intenso humanismo. No entanto, parece que não basta levar para a ação um certo humanitarismo, representado pelas idéias de justiça social, sob o risco de reproduzirem-se práticas alheias às propostas psiquiátricas, de que a misericórdia e a filantropia já deram conta. É preciso uma certa abertura intelectual no que diz respeito ao pluralismo das idéias acerca da saúde e da doença mental e um esforço prático constante na tentativa de construir uma teoria que de alguma maneira traduza os fenômenos observados, que garanta a escuta e a acolhida dos sintomas, de modo a permitir o refinamento contínuo do instrumental de intervenção e a possibilitar a continuidade da prática sempre como algo novo e ampliado.

Apesar da valorização dessa modalidade de formação, os médicos logo identificam suas limitações e queixam-se das carências de um corpo teórico estruturado, sistematizado, como, por exemplo, quando comparam o conteúdo programático do estágio com os programas oferecidos pelas Universidades. Consideram que há um significativo empirismo nas condutas tomadas, que estariam mais ligadas ao peso das tradições da própria prática hospitalar do que submetidas a um referencial teórico reconhecido e validado, que associam com as formulações psicodinâmicas.

“A fundamentação teórica não é psicanalítica, mas psicodinâmica. Agora, poderia ser mais abrangente mesmo que para ser contestada.”

“O estágio carece de um corpo teórico mais definido. Tudo é empírico e a gente se acostuma a trabalhar dessa maneira.”

“O estágio peca pela falta de constituição de um corpo teórico.”

As afirmações acima transcritas oferecem-se como roteiro para a reflexão sobre a teoria e a prática psiquiátricas. No entanto, para uma melhor elucidação da temática proposta, torna-se imperativo desmembrá-la em duas questões, no que diz respeito às concepções acerca da doença mental e à datação histórica de surgimento de algumas das práticas psiquiátricas.

Não se pode ignorar que toda a medicina e, em particular, a psiquiatria, vivem de um considerável empirismo em termos de tratamento, o que não deve ser confundido com negligência teórica, ainda que as teorizações propostas não sejam de todo defensáveis. Ao longo de seu percurso histórico, a psiquiatria deparou-se com os dilemas impostos por suas próprias especificações, quais sejam a definição de seu objeto de estudo e, por extensão, o sentido de sua prática. Desde sempre, os psiquiatras viram-se confrontados com as dificuldades em delimitar o campo específico de sua disciplina. Todas as mediações teóricas tentadas parecem ter recaído sempre em um certo reducionismo.

Quando esse reducionismo pendeu para o modelo médico, com sua visão naturalista da matéria, as doenças mentais foram concebidas como doenças cerebrais, ainda que sua base anatômica não fosse de fácil localização. Diante da crise do organicismo mecanicista, ao final do século XIX, os psiquiatras foram obrigados, entre relutantes e

constrangidos, a admitir que a doença mental não tinha uma base somática, mas que ela residia no psiquismo, o que tornava limitado o recurso exclusivo aos métodos das ciências naturais como fonte de explicação para seu novo objeto de investigação. Desde então, a defesa da especificidade do conhecimento psiquiátrico levará à adoção de um modelo dualista, que tentará deitar as raízes do psiquismo em campo biológico, admitindo, contudo, que as doenças mentais tenham por sede o espírito humano (Costa, 1989a: 25). Apesar dos esforços de demonstração desse modelo, logo foram identificadas suas limitações e as objeções constantes conduziram, senão a sua completa rejeição, a um certo esgotamento. Entretanto, a instituição de um psiquismo de raiz biológica encontrou solo fértil, pois, se, de início, ele fora refutado e, depois, partilhado pela psicologia e pela neurologia, vez por outra ele retorna sob a forma de um biologismo exacerbado que reduz o fato humano e, por extensão, o fato psíquico, a um conjunto de hipóteses psicofisiológicas, que parecem ignorar, na prática, a existência dos sujeitos adoentados.

Por outro lado, a existência dos sujeitos adoentados, com suas condutas bizarras, obrigava os psiquiatras ao reconhecimento de um psiquismo de natureza dinâmica, que tanto permitia elucubrações filosóficas e investigações psicanalíticas quanto explicações positivas e pragmáticas. No entanto, a falta de um consenso quanto ao conceito de sujeito do qual se fala em psiquiatria, que não é um existente que apresenta atributos estáveis nem sequer positivos, capazes de serem definidos fora de suas contingências históricas, assim como um certo desprezo pelo determinismo social na formação da subjetividade humana, mais uma vez impediu a superação epistemológica de mais um reducionismo.

Do ponto de vista histórico, essas considerações encontram suas origens na própria formação dos médicos brasileiros, que opunha a teoria acadêmica à prática hospitalar.

“Até o século XIX não existia ensino médico praticado em hospital, um saber médico originário da observação, sobretudo hospitalar. A qualificação do médico era feita através da transmissão pessoal de conhecimentos àqueles que praticavam medicina, cirurgia e farmácia, como auxiliares de um diplomado. (...)” (Machado et alii, 1978: 19).

Para Castel, os primeiros alienistas constituíram um grupo homogêneo, que se caracterizava pela especificidade do recrutamento e pela distância que guardavam em relação à Universidade quanto à formação, que se conformava a partir da prática hospitalar (Castel, 1978: 99).

Essas características foram encontradas, também, no primeiro grupo de psiquiatras paulistas, chefiados por Franco da Rocha, que aprenderam muito mais uns com os outros em suas pequenas academias nosocomiais que em instituições universitárias (Cunha, 1986: 77).

Para Castel, ainda, o grupo dos alienistas operou um corte original na medicina ao realizar a unidade entre uma forma homogênea, defasada em relação ao ensino das

faculdades, e um estatuto de funcionários ligados a uma instituição hospitalar. Essa situação difere tanto do exercício privado da profissão quanto da carreira acadêmica (Castel, 1978: 99).

Outro ponto a destacar é que durante as últimas décadas foram construídos vários perfis profissionais do médico em geral, e do psiquiatra, em particular, nas instituições filantrópicas, previdenciárias, públicas e privadas, o que não foi devidamente considerado pela Universidade, que se eximiu de maiores contribuições no cumprimento de seu papel formador de recursos humanos destinados ao mercado de trabalho, deixando a cargo das instituições hospitalares a função de preparadoras de uma mão-de-obra mais adequada às múltiplas e complexas modalidades assistenciais e características institucionais.

Outro objetivo a ser alcançado por alguns hospitais, portanto, é a oferta de estágios para a formação de recursos humanos e a preparação profissional a fim de suprir suas necessidades de pessoal, ou de mercado em geral, exercendo uma influência ideológica, para além da capacitação técnica, de modo a ampliar suas margens de segurança por ocasião da seleção e contratação de elementos mais ajustados aos interesses institucionais por já conhecerem e, muitas vezes, concordarem com as normas do funcionamento institucional.

Assim, em Itapira, ao término do estágio, os médicos são logo absorvidos pelas instituições psiquiátricas, nas quais, em geral, trabalham em regime de tempo integral. Poucos são os que deixam a cidade em definitivo, nela permanecendo seja por trabalharem em algum hospital seja por estarem em análise pessoal.

Quando interrogados a respeito da opção pelo trabalho nos hospitais psiquiátricos em detrimento de outros espaços institucionais de assistência, como, por exemplo, os ambulatorios de saúde mental, os médicos são quase unânimes em associar o hospital a um espaço de acolhimento e de continência.

“O hospital é acolhedor e necessário, ainda que limitado e provisório.”

“O hospital também é um espaço continente para a angústia do médico.”

“Acho que o hospital é o único lugar onde a loucura pode-se manifestar, inclusive a loucura do médico.”

Embora esteja presente nesses comentários uma indiscutível subjetividade, que poderia ser limitada ao âmbito individual, eles atendem ao caráter infantil, primitivo, regressivo, simbiótico do psiquiatra que, também, precisa ser acolhido por depender dos cuidados institucionais (Majastre, 1972: 31-33). No entanto, será esse estado de simbiose, condição necessária à promoção do crescimento, que levará o médico a, uma vez aprendendo com a experiência, crescer e evoluir, o que nem sempre ocorre. Em geral, o que se observa é a adoção de uma relação comensal, em que a convivência é marcada pela circulação estéril das idéias, pelo congelamento dos usos e costumes, posto que mantidos sob controle. Com isso, por vezes, não há crítica, confronto, competição, ocorrendo um empo-

brecimento dos conhecimentos gerados pela experiência, ou, em outras palavras, uma simbolização de significados pobres (Camargo, 1992: 28). Assim, o crescimento, que gera uma rica e complexa rede de significados simbólicos, como o amor, o ódio e o conhecimento, que, também, produz benevolência e hostilidade, cede espaço à indiferença.

Segundo Fornari, as instituições sociais podem ser consideradas e descritas como mecanismos de defesa contra a angústia primária persecutória e depressiva (Fornari, 1991: 81). Ainda que não nos seja possível delinear a natureza da angústia referida naqueles comentários, é de acreditar-se que o vivido psíquico primário ali expressado atende e confirma o postulado acima considerado.

Enriquez, por sua vez, afirma que os profissionais que transitam pelas instituições são pessoas preocupadas com seus próprios problemas psíquicos mal ou pouco resolvidos. Segundo ele, é comum constatar que esses profissionais, quando investidos de alguma função terapêutica, continuam seu próprio trabalho de investigação inconsciente através da exploração da mente de seus pacientes. Alguns chegam mesmo a afirmar que somente a escuta de seus conflitos íntimos cria as condições necessárias ao acolhimento dos conflitos internos de uma outra pessoa. Porém, essas idéias, ainda que sejam pertinentes, são insuficientes quando não tocam a questão do mito pessoal que todo terapeuta carrega consigo. Esse mito encerra a questão das origens ligadas à filiação e ao parentesco. Assim, a vinculação a uma instituição permite aos médicos vivenciar situações primitivas de acolhida e de abandono experimentadas junto às figuras parentais na infância (Enriquez, 1991: 67).

Por serem pessoas que estão lidando, constantemente, com seus conflitos e com suas contradições, sempre às voltas com suas tentativas de tratamento e, portanto, de transformação, os profissionais que trabalham nas instituições são considerados seres mutantes, sensíveis à surpresa, ao imprevisto e ao inesperado, que desejam propiciar ao outro um processo de descoberta da verdade que o constitui e o institui como sujeito individualizado (Enriquez, 1991: 68).

Por fim, os profissionais que labutam nas instituições são, também, considerados seres marginais na medida em que se consagram a um trabalho que não objetiva a produção, mas a existência e a descoberta da verdade. Se a sociedade contemporânea ocidental caracteriza-se por ser uma sociedade de produção, esses indivíduos não se interessam por aquilo que é constitutivo dessa mesma sociedade. Ser marginal significa, portanto, adotar comportamentos que não são congruentes com o sistema social e interessar-se pela autonomia do sujeito e por sua verdade, pois o sistema social é apenas um lugar de disfarce e de hipocrisia que pede aos indivíduos que se comportem, simplesmente, como produtores ou consumidores do que ele precisa para a sua própria perenidade (Enriquez, 1991: 66). Não devemos esquecer, entretanto, que tal posição marginal comporta sempre a possibilidade de negação ou esquecimento da existência e das exigências da sociedade e da reali-

dade histórica na qual tais profissionais estão inseridos, sob o risco de instauração da idealização ou mesmo da desrealização.

O psiquiatra é, ainda, um personagem social cuja existência real ganha contornos imaginários (Majastre, 1972: 34). Trata-se, portanto, de um personagem polimorfo, guardião da loucura, mas, também, reconhecido como louco, principalmente quando associado ao sistema asilar que, muitas vezes, se forma em torno do hospital psiquiátrico.

Entre os médicos nascidos na cidade, particularmente, os hospitais psiquiátricos fazem parte de suas memórias de infância e são vistos como a única forma de tratamento.

“Nasci em Itapira e para mim psiquiatria sempre foi o hospital psiquiátrico. Nunca concebi um psiquiatra trabalhando em outro lugar.”

“Para mim sempre foi assim. Lugar de doente mental era no hospital e era lá que o psiquiatra trabalhava.”

Talvez seja parcial e injusto atribuir aos médicos nascidos em Itapira a constituição da parcela mais conservadora da categoria, até porque eles são poucos numericamente, e a maioria é mais itapirense por adoção que por direito de nascimento. Contudo, por causa dos vínculos sociais e familiares por eles estabelecidos e a conseqüente articulação de seus interesses junto à comunidade, eles respondem pela sedimentação de uma cultura voltada para as práticas centradas no hospital, o que, de um lado, dificulta a penetração dos médicos na gerência efetiva dos serviços. Quando eles lá se encontram, muitas vezes estão a serviço de interesses burocráticos ou administrativos e não médicos, posto que identificados com os propósitos empresariais ou as finalidades filantrópicas das instituições. De outra parte, se não impede, isso limita o aparecimento de equipamentos intermediários de acolhimento (hospital-dia, hospital-noite, lares abrigados, pensões protegidas, oficinas de trabalho, etc.). Essas unidades, também presentes na cidade, limitam-se a uma prática custodial, destituída de uma efetiva proposta terapêutica⁵.

Sendo assim, essa observação pode ser generalizada, então, para a maioria dos médicos que trabalha nas instituições psiquiátricas de Itapira, pois, enquanto servidor especializado, dispondo, portanto, de uma relativa liberdade de ação e de interpretação dos movimentos institucionais, além de algumas vezes desfrutar de algum poder de mando, ainda que preposto da diretoria ou de outras instâncias administrativas, eles são capazes de adotar eficientes mecanismos de adaptação que facilitam seu trânsito pelos meandros institucionais. No entanto, nem sempre esses mecanismos adaptativos funcionam satisfatoriamente, e, diante da impossibilidade de transformar a instituição, só resta ao psiquiatra confrontar-se com suas limitações e redefinir seu papel dentro da mesma, o que o obriga ou

⁵ Além dos hospitais conveniados com o SUS e das clínicas clandestinas que escapam ao controle da Vigilância Sanitária, há, em Itapira, a Clínica de Repouso Preparo e a Clínica de Repouso São Lucas, ambas de natureza particular.

a deixar o ambiente hospitalar ou tornar-se um administrador esclarecido de sua função de custódia proposta pela instituição.

Goffman, ao estudar a carreira institucional do psiquiatra, assim descreve um possível caminho das escolhas que conduzem a uma redefinição do papel do mesmo dentro da instituição:

“Uma saída para o psiquiatra que deseja resolver o seu problema de papel é deixar o hospital psiquiátrico estadual logo que possa, muitas vezes com a afirmação de que está saindo a fim de ir para um local em que ‘realmente seja possível praticar psiquiatria’. Principalmente durante o último ou os dois últimos anos de sua residência obrigatória, pode ir para um hospital psiquiátrico particular, talvez com orientação psicanalítica, onde exista uma carga de pacientes que se aproxima da de clínica particular, e onde uma porcentagem maior de pacientes é formada por voluntários adequados para psicoterapia. De um hospital desse tipo (ou diretamente do hospital estadual) pode passar para a clínica particular, onde, se não atende muitos pacientes, garante que sua atividade seja conduzida de acordo com o complexo do serviço: um consultório, uma secretária, consultas de uma hora, aparecimento voluntário do paciente, controle isolado do diagnóstico e tratamento, e assim por diante. Quaisquer que sejam as razões, este ciclo de trabalho com dois ou três estágios é suficientemente comum para constituir um padrão de carreira na psiquiatria.” (Goffman, 1974: 300-301).

Assim é que por muitos médicos os hospitais são vistos, também, como um emprego a assegurar uma fonte de renda que possa garantir um investimento na atividade liberal e na eventual formação psicanalítica.

“Trabalho em hospital como uma ponte, por um tempo, enquanto termino a minha formação analítica.”

“Para mim o hospital é uma fonte de renda para garantir minha formação analítica.”

“Meu trabalho no hospital é algo provisório até eu concluir minha formação analítica.”

No entanto, mesmo que não concebam o hospital como espaço primordial de acolhimento e de intervenção, por força das circunstâncias acabam por não só neles trabalharem como por adotar uma atitude hospitalocêntrica, privilegiando a internação e a medicalização de uma problemática indissociavelmente médica e social, mas que, por vezes, tem nesta última sua face mais exuberante.

“Todo problema mental é um problema social e não há estrutura de atendimento capaz de dar conta dessa problemática.”

“A falta de recursos é tão grande que a internação surge, por vezes, como a única alternativa de tratamento.”

“Não acho o hospital imprescindível, mas acho que é de grande valia em alguns casos.”

“O hospital é necessário, é acolhedor. Quando a gente se depara com falta de assistência à saúde mental por parte da saúde pública, então...”

“Sabemos dos limites da internação. Agora, eu não acho que a internação seja apenas algo nocivo, pois o problema se apresenta é quando damos alta e não temos um serviço para onde se possa encaminhar o doente.”

Esse é um ponto doloroso para muitos psiquiatras, pois admitir o compromisso do conhecimento psiquiátrico com as questões sociais, ainda que muitas vezes reduzidas e entendidas como questões relacionais, significa abdicar da fantasia de controle onipotente da imprevisibilidade das manifestações humanas, de caráter pessoal e, portanto, intransferível, e assistir sua transferência para o terreno coletivo, quando, então, amplia-se o leque de variáveis a controlar e a exigir soluções efetivas.

Alguns acham que o hospital oferece melhores condições de vida do que aquelas que os pacientes possuíam antes de serem internados, assumindo um discurso paternalista, que se confunde com os propósitos filantrópicos e, por vezes, adquire contornos autoritários. Poucos são os que tentam estimular nos pacientes o reconhecimento de sua dignidade enquanto pessoa, de seus direitos como cidadão e de sua capacidade produtiva, perpetuando a condição de minoridade social do doente mental. Essas iniciativas, quando ocorrem, configuram-se isoladas e não inseridas em um conjunto coerente de estratégias de intervenção. Assim, a educação para a cidadania quase nunca é vista como uma possibilidade, mas como algo da esfera da utopia ou da idealidade.

“Eu me sinto beneficiando um doente quando o mantenho internado mesmo que não haja uma indicação absoluta para isso, pois, se eu der alta, ele fatalmente recorrerá a um outro hospital, onde, talvez, não receba um tratamento adequado.”

“Eu sei que se eu não internar uma pessoa dessas, ela vai morrer por aí. Aqui, ela tem casa, comida, por um tempo até arranjar uma ocupação.”

Por mais que pareça repetitivo apreciar tais considerações, elas trazem em seu bojo o germe da tentativa totalitária, tanto no sentido de incorrer em afirmações categóricas ou ditatoriais, na medida em que marcam um discurso fechado sobre si mesmo, que a ninguém permite corroborá-lo ou contradizê-lo, quanto no sentido de reduzir tão complexa temática a uma biologização da problemática social, muitas vezes invertendo a seta direcional, ao admitir que os excluídos sociais, independentemente das condições que lhes conduziram a um processo de exclusão ou marginalização, são portadores de patologias mentais, ainda que sejam aquelas que são revestidas de uma forte conotação moral, como é o caso do alcoolismo e da drogadição, dos distúrbios de comportamento e dos transtornos de personalidade. A não ser que se trate de uma manifestação de onipotência ou de arrogância da autoridade, ou, ainda, de resquícios de um sentimentalismo pragmático ou humanamente útil, em nome da filantropia e da religião, não se pode justificar a utilização de um espaço destinado ao tratamento das doenças mentais como quarto de despejo, albergue dos excluídos ou local de descarga e ocultamento daquilo que, como miséria e sofrimento, excentricidade pessoal ou distúrbio social resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção das instituições que fazem fronteira com a psiquiatria (Rotelli et alii, 1992: 26-27). A convivência dos psiquiatras com tais modelos de ação corre o risco de, em vez de explicitar a dependência da assistência psiquiátrica com a problemática social, reproduzir o dogmatismo, no interior do pensamento psiquiátrico, e reconhecer o estabelecido

pela prática, com prejuízos para a postura intelectual crítica desses profissionais (Costa, 1989a: 14-16).

Outros acreditam que o hospital é o destino definitivo de uma população psiquiatrizada que, em virtude da gravidade do quadro mental, não mais consegue adaptar-se às exigências sociais e já não encontra instituições que lhe dê acolhimento.

“Eu acho que quando uma pessoa procura Itapira é porque já se esgotaram todos os recursos disponíveis em outros lugares e só a gente para suportar problemas tão graves.”

“Quando o doente vem para Itapira é porque já percorreu todo um universo institucional sem encontrar solução.”

O que pode ser pensado apenas como mais uma manifestação de onipotência dos psiquiatras guarda uma queixa quanto ao fechamento desordenado dos hospitais psiquiátricos, com a conseqüente desospitalização da população internada ou sua transferência para outros serviços sem respeito aos limites espaciais determinados pelo plano de regionalização da saúde, o que termina por sobrecarregar a assistência psiquiátrica hospitalar em Itapira. O que se observa nessa cidade é uma afluência crescente de pacientes desassistidos em seus locais de origem para o município, inclusive incentivados pelos respectivos escritórios regionais de saúde, ocorrendo, na prática, uma regionalização à distância.

A proposta de municipalização dos serviços de saúde até agora só serviu para captar recursos que, depois, são desviados e destinados à aplicação em outras áreas. A atenção ao doente mental não tem sido considerada uma prioridade e, portanto, não tem havido interesse na criação de equipamentos de assistência. O investimento mais consistente parece ter sido a aquisição de ambulâncias e outros meios de locomoção para o transporte de pacientes para os hospitais da região. O atendimento ao doente mental tem ficado restrito à obtenção de vagas para internação que são monopolizadas por uma determinada diretoria ou divisão de saúde e liberadas apenas quando da substituição de um paciente por outro pertencente ao mesmo distrito sanitário. Assim, o doente tem sido levado a vagar de uma cidade para outra, de um hospital para outro, afastado dos familiares que, por sua vez, encontram dificuldades em manter contato com a equipe de tratamento, para depois ainda ser privado do necessário acompanhamento ambulatorial.

Apesar de a política estadual de saúde estabelecer limites para novas internações e estimular a assistência extra-hospitalar, é forçoso reconhecer que não há alternativas suficientes de atendimento nos ambulatorios. Ademais, embora não se tenham dados efetivos, observações preliminares indicam que a população que procura a rede ambulatorial reúne características distintas daquelas exibidas pela clientela dos hospitais psiquiátricos.

O serviço ambulatorial de saúde mental, em Itapira, está estruturado sob a forma de equipe multidisciplinar de orientação psicanalítica, mas, em função de particularidades locais, não respeita a hierarquização dos níveis de atenção, a regionalização da área

de cobertura nem a integração com outras instituições e entidades assistenciais. Por isso, sua ligação com os hospitais psiquiátricos limita-se quando muito à captação de pacientes para internação, apesar da relutância de alguns profissionais em aterem-se a esse expediente, sem o devido cuidado para com os egressos necessitados de seguimento do tratamento. Sofre, ainda, o abandono e o descaso comuns a outros serviços congêneres, recebendo incentivo e apoio em uma gestão para mais adiante ser vitimada pelo desgaste e pelo desmonte político de outra administração.

Com isso, os médicos de Itapira constataam a amplitude das questões que demandam alguma resposta da psiquiatria, mas que, ao mesmo tempo, ultrapassam a capacidade resolutiva dessa mesma psiquiatria, que é, a um só tempo, um conjunto de práticas sociais que inclui a tutela e a custódia de sujeitos privados dos direitos mais elementares de cidadania até a utilização dos mais requintados procedimentos farmacológicos e psicoterápicos (Costa, 1989a: 13-14).

Não se pode deixar de destacar que em meio à população hospitalizada há muitas pessoas que se poderiam beneficiar de outra estratégia de intervenção, se existente. Não se pode deixar de elucidar, também, que essa situação se deve tanto à corrupção de um instrumental científico nem sempre neutro e asséptico, como os psiquiatras gostariam de ter, quanto à perversão institucional praticada por seus legisladores e administradores, ocorrendo aí a cumplicidade da psiquiatria com razões alheias a sua própria especificidade. No entanto, não se pode esquecer que há uma qualidade essencial nos sujeitos que demandam a internação, que é a sua dependência emocional, que se configura através de uma dependência institucional, que tem sua manifestação mais extremada ou mais perversa, como se queira, no hospitalismo.

Em Moreira, por exemplo, que estudou a clientela dos hospitais psiquiátricos públicos e privados de Minas Gerais, identificamos algumas funções sociais do asilo, muitas das quais não passam de ações iatrogênicas, ainda que escondidas por sua explícita finalidade terapêutica, que se aplicam ao caso de Itapira: um meio para a obtenção de benefícios previdenciários e um refúgio de desempregados com o mesmo fim; um lugar de repouso, colônia de férias e local de descanso e restauração de energia e de força; um abrigo, albergue ou asilo para velhos, menores e mendigos; um refúgio para criminosos com o intuito de encobrir o ato delituoso sob a alegação de problemas mentais; um recurso para a internação de pessoas dependentes dos cuidados de terceiros por problemas físicos, em geral, de ordem neurológica; casa correcional para alcoólatras e toxicômanos que perturbaram a ordem pública e infringiram as normas sociais e familiares, além de um meio para conseguir bons rendimentos eleitorais pelo uso clientelístico das internações (Moreira, 1983: 41-42).

Ora, isso não quer dizer que a estimulação aos hospitalismo não seja uma prática em si condenável ou, no mínimo, uma atitude conservadora que encerra uma contradição, que, por sua vez, parece inerente ao espaço hospitalar, ao mesmo tempo horizonte

de cura e estímulo à doença, ou, em outras palavras, a oposição entre os propósitos terapêuticos e certas funções sociais e políticas tão caras a alguns estudiosos do assunto. No entanto, não se pode negar o hospitalismo enquanto expressão de uma dependência emocional de algo ou de alguém a exigir sempre uma solução imediata a fim de eliminar o sofrimento presente, que já não mais pode ser contido pelo sujeito nem acolhido por seus parentes, pessoas próximas ou mesmo outras instituições de acolhimento e assistência. As formas de expressão do conflito psíquico podem seguir atalhos os mais diversos e perseguir os caminhos do equívoco, mas, também, são escassos os recursos e grandes os limites das instâncias de atenção. Esse fato, contudo, parece ter sido ignorado, esquecido ou mesmo negligenciado pelos proponentes de reformas assistenciais.

Da mesma forma, não se deve tomar como um simples resquício antropológico o fato de que algumas pessoas procuram o hospital não para se internarem, mas como um espaço contíguo e aderente de proteção, sem o qual romper-se-ia o frágil suporte de suas emoções, sentindo-se beneficiadas simplesmente por atravessar seus portões, passar por suas alamedas ou mesmo tráfegar em suas calçadas. Não podemos esquecer que os hospitais foram erguidos como templos divinos, santuários do poder religioso instituído pela divindade que acolhe e protege, mas, também, fere e castiga, para só depois tornar-se uma instituição humana, uma formação da cultura e da sociedade que os abriga e comporta e que ainda guarda vestígios das representações mágicas do passado.

Há, entre os médicos, aqueles que reclamam o hospital como espaço de pesquisa e de investigação científica, visando a construção de um corpo de conhecimentos que possa ser compartilhado por outros profissionais de outras instituições e até sirvam de contribuição à comunidade científica. Com isso, aproximam-se do antigo desejo médico de ter no hospital um centro irradiador do saber que produz (Machado et alii, 1979: 285). Contudo, isso quase nunca é possível por causa do volume do trabalho assistencial e dos entraves institucionais a esse propósito.

A escassa produção científica dos psiquiatras itapirenses, resultado do trabalho isolado de alguns deles, muitas vezes ganha contornos de indigência intelectual. Para compensar um certo sentimento de inferioridade ante seus pares, eles se valem do argumento da incompatibilidade entre a prática assistencial e a produção teórica, com um ganho em experiência clínica, que minimiza o fato de muitas vezes sentirem-se ultrapassados. Isso não significa caucionar o aforismo que diz que quem sabe faz e quem não sabe ensina. Eles sabem das seqüelas clínicas e institucionais de um conhecimento incipiente, ainda que nem sempre recorram à reciclagem profissional e se mantenham afastados do ambiente acadêmico. Aham que o setor universitário está mais voltado para projetos teóricos de restrita aplicação e que os acadêmicos desconhecem a realidade assistencial. Outrossim, uma boa parcela dos médicos está interessada na formação psicanalítica.

Embora haja um número significativo de psiquiatras em Itapira, não se pode dizer que nessa cidade haja uma escola de pensamento ou que o conjunto de suas práticas se constitua em um todo homogêneo. Em razão da tradição cultural e de formação pouco sólida, herança histórica dos primeiros psiquiatras brasileiros, e da dedicação à prática assistencial, por vezes falta rigor e coerência conceitual na definição dos critérios que norteiam o trabalho técnico. Essa suposta negligência teórica lembra, com isso, a heterogeneidade das bases de constituição do tratamento moral, que nunca foi um corpo acabado de conhecimentos nem um conjunto coerente de práticas. Ademais, seria pretensioso ou idealístico exigir uma certa homogeneidade do pensamento dos psiquiatras itapirenses, posto que não há sequer unidade do próprio conhecimento psiquiátrico.

De toda sorte, podemos afirmar que o conjunto racional de conhecimentos que dá suporte à prática psiquiátrica em Itapira comporta o mesmo ecletismo observado na trajetória da psiquiatria brasileira. Da mesma forma que em Itapira o asilo não foi o berço do organicismo, a introdução dos conceitos psicanalíticos não se alastrou conforme o desejo de seus introdutores. Eles coexistem em Itapira e são sempre parciais os usos que se fazem destes ou daqueles conceitos. Cada uma dessas práticas tenta dar conta das múltiplas facetas daquilo que se convencionou chamar vida mental ou vida psíquica.

Apesar do caráter provisório que muitos médicos conferem à permanência nas instituições, talvez em função da formação recebida, envolvem-se, intensamente, no trabalho hospitalar, seja no contato com os pacientes ou no convívio com os funcionários, viabilizando, quando possível, mudanças no sentido de lhes conferir um tratamento humanitário, restituindo-lhes a liberdade de expressão, a capacidade de iniciativa e o direito à decisão, muitas vezes retirados pela internação.

“Acho que essa compreensão psicodinâmica ajuda não só a compreender o doente como o que se passa na instituição.”

“Acho que como psiquiatra de orientação dinâmica posso não só ajudar o doente como auxiliar o pessoal de enfermagem a compreender o que fazem.”

“Acho que no hospital eu lido mais indiretamente. É conversando com a equipe de enfermagem, orientando-a para que ela possa beneficiar o doente, é que eu ajo.”

“O referencial psicanalítico ajuda a lidar com as famílias.”

Entretanto, eles encontram a estrutura hospitalar quase que cristalizada em uma série de práticas legitimadas pelo tempo. Esbarram na atitude empresarial dos hospitais, que concebem qualquer mudança na dinâmica institucional como algo perigoso. Embarram, também, na cultura social e familiar, na qual nem todos estão preparados para conviver de forma adequada, criativa e produtiva com os desvios da racionalidade. Essas barreiras levam os médicos, muitas vezes, a experimentar um sentimento de impotência, colocando em descrédito sua capacidade de intervenção, e a confundir os limites institucionais com a própria competência profissional. Entre esses médicos, há os que lutam para reverter essa situação, mas há, também, os que preferem o imobilismo, convivendo, sem

maiores conflitos, com sua aderência à instituição, posto que ela é o suporte de sua frágil identidade profissional.

Essa adesão à instituição não corresponde, obrigatoriamente, à confirmação e à defesa dos métodos desusados da prática psiquiátrica, mas ela, também, parece necessária, ainda que muitas vezes assuma um caráter de perversão, porque sem ela, simplesmente, não haveria psiquiatria, o que para os psiquiatras seria, então, uma fantasia suicida, pois com o desaparecimento da psiquiatria calar-se-ia seu interlocutor (Costa, 1989a: 65). Por isso, talvez seja preciso considerar melhor as razões dessa dependência, que parecem estar relacionadas ao campo institucional. As instituições psiquiátricas são apenas um exemplo no conjunto das instituições humanas que regulam nossa vida em sociedade a começar pela família.

Muitos hospitais psiquiátricos sempre exibiram uma atitude empresarial, antes bastante lucrativa, mas, agora, contida nos limites da sobrevivência. Talvez, por isso, seja de se esperar que seus proprietários desejem manter seus leitos sempre ocupados, com baixa rotatividade, como forma de assegurar alguma lucratividade. Ademais, suas práticas são quase sempre limitadas e dissociadas da problemática específica do campo da saúde, como, por exemplo, além do lucro, as finalidades filantrópicas, não havendo, por conseguinte, planejamento e ação conjunta com outras instâncias do setor. Sendo assim, justifica-se o interesse dos empresários em preservar em seus quadros aqueles médicos que não oferecem perigo a seus projetos empresariais ou de hegemonia assistencial.

Quanto ao médico, um mínimo de conhecimento epidemiológico diria que a demanda por internações é praticamente inesgotável, o que não exigiria, então, a colaboração com a instituição como instrumento de preservação do emprego ou de manutenção da identidade profissional. Portanto, com base em uma visão científica, racional e objetiva, ou, em outras palavras, sem se considerar as motivações da vida mental inconsciente, não se pode admitir sem questionar ou mesmo reprovar, sob a forma de um julgamento moral, a atuação do médico em favor da instituição e, não raro, com prejuízos para o paciente, a não ser que ele enquanto pessoa também esteja sujeito a uma falha representacional que elimina de sua consciência essa dimensão humana do louco e da loucura, opondo-o como o outro da razão. Só uma negação dessa dimensão humana do doente mental que habita dentro de cada um e sua projeção sobre o paciente justifica o desprezo com que muitas vezes ele é tratado para que essa ilusão de saber e de poder do médico consiga triunfar. Há de se levar em conta, ainda, o fato de que o médico, enquanto membro de uma instituição, está sujeito aos intensos vínculos emocionais de dependência gerados pelo campo institucional, o que o deixa sem liberdade de iniciativa para implementar seus projetos de ação integrada com o doente e sua família.

Sabemos, ainda, que não há nada mais enlouquecedor, mas, também, nada mais acolhedor que uma família. É nela que se plasmam as emoções mais primitivas e dela

depende em muito a saúde mental de seus membros. No entanto, não basta devolver os doentes para suas famílias para que o problema seja resolvido, pois acreditar que a atmosfera familiar apresenta um grau de pureza capaz de restaurar a sanidade é um equívoco que não considera os fenômenos psicopatológicos presentes no sujeito nem o interjogo dinâmico que se estabelece entre ele e seus familiares, assim como ignora a presença anterior do doente no seio de sua família sem que o equilíbrio emocional tenha sido alcançado. Alguns autores designam esse equívoco como uma crença na virtude terapêutica do ambiente familiar e chamam-no crença por não se apoiar em bases empíricas e derivar de convicções apriorísticas (Costa, 1989a: 35).

Ora, as instituições já foram definidas como estruturas sociais que dispõem de mecanismos culturais próprios, que regulam a vida institucional (Jaques, apud Fornari, 1991: 91). Por estruturas sociais entende-se o conjunto das funções desempenhadas pelas pessoas junto à instituição, bem como o modo pelo qual essas funções são distribuídas no interior da hierarquia executiva. Os mecanismos culturais correspondem às regras e normas, hábitos e tabus que estruturam uma determinada instituição. Eles funcionam como mecanismos de defesa contra as angústias primárias persecutória e depressiva. Essas angústias primitivas tanto podem ser mobilizadas pela necessidade histórica de mudança como podem ser desencadeadas por motivos inconscientes, independentemente dos riscos reais da mudança.

Em um contexto concreto, a demanda por mudanças esbarra quase sempre nos mecanismos desenvolvidos pelas instituições para não perder o controle da situação. Uma vez que os vários membros da instituição guardam relações assimétricas entre si, a correlação de forças é sempre desfavorável a um certo grupo como, por exemplo, o corpo clínico quando confrontado com o grupo diretor ou o conselho administrativo. Como o campo das internações psiquiátricas, no conjunto assistencial, é predominantemente privado, como é o caso de Itapira, os interesses dos proprietários dos hospitais determinam o que acontece no processo de internação, desde a seleção da clientela ao tempo de permanência da mesma, além de sutis sugestões quanto aos procedimentos terapêuticos a serem instituídos. Daí porque a queixa dos médicos contém uma denúncia quanto aos obstáculos institucionais que, na medida em que restringem a liberdade ao exercício profissional, impedem que eles se reconheçam como os verdadeiros atores da instituição.

“É difícil mexer na instituição e ferir interesses.”

“Você chega com todo um pique e, aos poucos, vai vendo sua energia sendo sugada.”

“A atitude do hospital é empresarial, o que, de certa forma, se não impede, limita o trabalho técnico.”

É certo que esse modelo de apresentação do problema não é uniforme. Ele varia de acordo com as particularidades de cada instituição. Assim, podemos afirmar que há a instituição que, através de uma deliberada demonstração de poder e força, impede qual-

quer modificação na vida institucional para não perder o controle da situação; há uma outra que não se assusta com as mudanças nem as inibe, ostensivamente, desde que não firam seus interesses mais imediatos; e há, ainda, aquela instituição que permite um câmbio de papéis, alguma alternância de posição entre seus membros, mesmo que essa variação seja provisória e executada sob estrita vigilância. De modo geral, no entanto, as mudanças só acontecem sob o imperativo de uma exigência externa e, mesmo assim, as mudanças efetivadas são de natureza cosmética, não havendo mudança radical, ou, em outras palavras, apenas ocorrem mudanças retóricas que, não obstante, não modificam a prática institucional.

Os médicos, por sua vez, também não estão livres da responsabilidade pela condução desse processo de obstrução às mudanças porque mesmo entre eles a composição de forças é sempre desfavorável a um certo grupo, o que faz com que não só não haja colaboração como ocorra uma nítida oposição entre as divisões observáveis. Assim, há o grupo que se constitui em uma categoria burocrática, cuja permanência em postos de chefia e mando não é modificada pelos mecanismos culturais que se criam e se renovam a cada momento na vida institucional. A presença transformadora reduz-se, então, a elementos isolados, cujo empenho por modificar a instituição a partir de seu interior, pelas modificações que podem ser viabilizadas individualmente, é destruído pelo imobilismo e pelo caráter amorfo de alguns colegas. Apesar da importância particular consagrada ao indivíduo empenhado em operar realizações e transformações, seu esforço tende a perder-se frente à adesividade institucional do grupo resistente à mudança. A disposição para a mudança, portanto, varia de indivíduo para indivíduo e encobre elementos emocionais conflitantes que impedem a elaboração e a implementação de mudanças efetivas no ambiente hospitalar.

As instituições são descritas, ainda, como estruturas simbólicas que se oferecem como objeto ideal a ser interiorizado, exigindo de todos aqueles que nelas se inscrevem lealdade e até mesmo o sacrifício (Enriquez, 1991: 57). Em contrapartida, elas conferem identidade a seus integrantes, sendo, ao mesmo tempo, a mãe nutriz, que acolhe e consola, mas, também, o pai castrador, que proíbe e executa, sempre disposto a praticar filicídio contra os técnicos na medida em que eles se desviam da devoção filial de que são devedores. Os técnicos, enquanto filhos, quando não logram êxito em seus anseios de independência ou se negam a reconhecer a dolorosa condição de dependência, nutrem desejos matricidas ou parricidas contra a instituição, mas, ante uma ameaça de demissão ou outra punição qualquer, tendem a fragmentar-se em grupos fraticidas ou, então, tecem um conluio inconsciente com a instituição, que não permite o questionamento de seu projeto inicial e, assim, restauram imaculada a imagem institucional.

É claro que essas considerações ganham maior significação quando se reconhece que a chave para a compreensão dessa problemática corresponde a uma perspectiva mitológica. Na medida em que os homens podem cuidar objetivamente da instituição, eles não precisam recorrer à saga mítica, com seu cortejo de mitos, ritos e heróis restauradores.

No entanto, quando os recursos objetivos para lidar com uma situação presente se esgotam ou não podem ser utilizados, eles evocam as lendas e acionam na memória coletiva uma legião de fantasmas perseguidores, que passam, então, a rondar a instituição. Eles têm como função exprimir que no tempo primordial havia ali um grupo coeso, destituído de conflitos e dotado de um projeto coerente, o que os credencia a se apresentarem como pontos de referência ou parâmetros de identificação. Daí porque os médicos sentem-se culpados quando se tornam criativos, propõem mudanças e questionam o projeto pioneiro, pois essas atitudes conferem um matiz de transgressão a suas prerrogativas e, assim, eles não se tornam dignos de tais ancestrais (Enriquez, 1991: 70). No caso do grupo religioso, parece que os religiosos não perdoam ou não toleram a religiosidade dos médicos, no sentido do devotamento e da dedicação ao trabalho e à instituição, posto que essa religião é herética e ameaça seu projeto de hegemonia.

Os médicos sentem que perderam prestígio dentro de seu próprio campo de atuação, o que se traduz até pelos baixos vencimentos, uma vez que o trabalho médico sempre foi uma atividade liberal e bem remunerada e, hoje, a categoria tende à pauperização e à proletarização, com um grande contingente de assalariados em seus quadros. Já não são agentes privilegiados nem servidores especializados, tampouco a lei viva do asilo, pois há que prevalecer os interesses da instituição, sejam eles de ordem empresarial ou humanitária⁶.

“O médico aqui não é valorizado. Há que prevalecer a visão humanitária da instituição.”

“Ninguém pode crescer. O preço a pagar é a demissão.”

“Ninguém pode aparecer. Quem tem de aparecer é o hospital.”

Os psiquiatras reconhecem que são um elo, por certo o mais débil, entre os muitos que compõem a engrenagem psiquiátrica, presos à burocracia asilar e às intervenções burocratizantes dos agentes de saúde mental, que, às voltas com papéis onde tudo cabe (leis, decretos, portarias), legislam o sofrimento mental sem vivenciar a turbulência emocional que comporta o contato com o doente mental. Não se trata de instaurar o primado do saber técnico na determinação de propostas e na organização de programas, mas, da mesma forma que toda prática exige um discurso que a sustente, não é possível haver reflexão sobre essa ação se não se considerar a emoção, principalmente quando se trata de doença mental em que o material e o instrumental de trabalho é a própria experiência emocional.

⁶ “O médico é a lei viva do asilo e o asilo é o mundo construído à imagem da racionalidade que ele encarna. O espaço hospitalar concentra seus poderes e, inversamente, a ordem inscrita nas coisas ganha vida como ordem moral por ter como suporte a vontade do médico. O tratamento moral é essa estratégia através da qual o poder do médico se apóia em todas as relações institucionais que, por sua vez, foram articuladas para lhe servir de intermediário.” (Castel, 1978: 88).

Os médicos queixam-se, então, dessa intromissão dos tecnocratas da saúde mental quando estes vistoriam os hospitais para fins de credenciamento ou quando propõem mudanças nos projetos assistenciais. Em vez de buscar o contato e a troca de experiências, os burocratas acabam por intervir de maneira autoritária na instituição, invadindo o espaço de atuação dos médicos e demais técnicos de nível superior, sem respeito pela experiência acumulada, inibindo a criatividade e a originalidade de algumas condutas e projetos terapêuticos. Essa intervenção retira também a autonomia dos médicos na identificação dos pacientes com indicação de internação, bem como sua soberania no processo de seleção daqueles que melhor se adaptam às características desta ou daquela instituição. Se respeito houvesse pela experiência acumulada neste ou naquele serviço, observar-se-ia que os hospitais de Itapira, com algumas lacunas no tempo, em função das concepções prevalentes neste ou naquele momento, quase sempre dispensaram um tratamento humanitário a seus usuários, assim como anteciparam-se no tempo ao adotar muitas das premissas teóricas e técnicas propostas na atualidade no que diz respeito à dinâmica de funcionamento da instituição e a sua organização em equipe multidisciplinar.

Quando se trata da composição de uma equipe multidisciplinar, por exemplo, os burocratas parecem ignorar que a mesma se conforma a partir das afinidades afetivas de seus membros e não apenas em torno da capacitação técnica dos mesmos, pois o trabalho multidisciplinar não é o resultado de uma soma aritmética de especificidades e funções, nem da divisão de tarefas em compartimentos isolados, como se o psiquismo humano fosse uma linha de montagem, mas o produto de um esforço comum para criar um saber que poderá ser usado por todos os membros da equipe em conformidade com o estado emocional da mesma e conforme o momento e a necessidade da instituição, do paciente e de sua história.

O uso de uma linguagem comum a todos e a constante troca de papéis entre os técnicos não deixam de ser aspectos positivos da proposta multidisciplinar de trabalho, mas a forma como muitas vezes ela é imposta à equipe, com desprezo pelas motivações de cada um para a tarefa, acaba diluindo responsabilidades e inibindo iniciativas individuais, favorecendo o funcionamento de equipes em que ocorre uma espécie de autismo teórico, havendo uma incomunicabilidade entre seus membros e um retraimento da atividade conjunta pela retração do campo de atuação e a conseqüente delimitação de competências. Isso facilita as distorções praticadas pelas instituições, que estruturam suas equipes de acordo com critérios numéricos, apenas para cumprir determinações burocráticas, mas não se interessam pelo real e efetivo funcionamento das mesmas.

A composição matemática das equipes multidisciplinares coloca os técnicos de nível superior, aqueles que são considerados agentes privilegiados da instituição, na mesma condição dos agentes subordinados que, como eles, nem sempre escolheram o hospital e, dentro dele, a unidade em que irão trabalhar, muitas vezes em cargos de chefia para os quais não possuem nenhuma experiência anterior de trabalho institucional, além de que não cultivam o hábito da reflexão sistemática sobre aquilo que fazem e produzem. Por

isso, também eles se apegam às atividades burocráticas como forma de preservarem-se do contato e da exposição ao doente mental ou então porque perderam a capacidade de gratificação por via simbólica contida na própria experiência emocional.

Há de se considerar, também, que os membros de uma equipe multidisciplinar possuem formação técnica heterogênea, além de conviverem com os múltiplos interesses corporativos das diferentes categorias profissionais e com as atitudes individualistas de ascensão social e reconhecimento profissional de alguns de seus membros, quase sempre o médico. Já se disse que alguns profissionais, em geral, e o médico, em particular, apresentam baixo nível de adesão aos programas comunitários e, por extensão, ao trabalho coletivo, porque são rígidos, dogmáticos e inflexíveis, enquanto estrutura de personalidade, e conservadores, do ponto de vista político (Boker, apud Costa, 1989a: 38). Ao médico são dirigidas inúmeras críticas quanto a seu saber e a sua ação, que chegam ao limite do fóbico ou do paranóico de acordo com o caráter neurótico ou psicótico de quem as enuncia. No entanto, não se pode negar a inveja que o médico desperta por ter ganho ou forjado, ao longo da história, certa respeitabilidade, que lhe confere algum poder institucional e um já ofuscado, mas ainda operante, prestígio social.

Um outro exemplo de ingerência burocrática diz respeito à dinâmica de funcionamento das instituições. Delas exige-se que adotem uma perspectiva preventiva e comunitária de atuação, tendo a comunidade terapêutica como modelo de ação a partir da realização de assembléias e reuniões em grupo. No entanto, a adoção de uma proposta preventiva e comunitária de trabalho não assegura por si só o funcionamento dinâmico do hospital, ao menos em termos de uma dinâmica do inconsciente, pois, segundo Basaglia, para citar apenas um dos mentores da reforma psiquiátrica, o termo dinâmico deve ser empregado em seu significado mais geral de dinâmica de grupo, que tem como objetivo oferecer ao paciente opções de escolha e alternativas de expressão, assim como criar um território de confronto e de verificação recíproca (Basaglia, 1985: 26). Para este autor, isso visa garantir a livre participação do paciente nas atividades oferecidas e na administração hospitalar desvinculada da autoridade e da inteligência médica porque, ao se considerar a dimensão psicodinâmica, os grupos de tarefa e os grupos operativos passariam a funcionar como se fossem sessões de psicoterapia analítica de grupo, o que comporta certa obrigatoriedade da presença às reuniões decorrente do compromisso com a participação. Tal participação na vida comunitária pode ser dinâmica e humanitária, mas não é necessariamente terapêutica mesmo que se conceba o espectro terapêutico como algo derivado do próprio tratamento humanitário, o que redundaria em um suposto benefício advindo de um ganho em qualidade de vida. Por sua vez, a qualidade de vida adquirida não determina obrigatoriamente mudanças no aparelho psíquico e no funcionamento mental de cada um.

Poder-se-ia objetar que o enfoque psicodinâmico não passa de mais uma investida do conhecimento médico contra o paciente, com seu cortejo ideológico de caráter diretivo, normativo, repressivo e controlador. Porém, para além do enquadre psicanalítico,

o termo psicodinâmico tem uma acepção muito mais ampla. Por profissionais de orientação psicodinâmica designam-se aqueles que conferem o maior valor possível à dimensão inconsciente, aos aspectos edípicos e às repetições transferenciais, respeitando as limitações impostas pela exiguidade do tempo de ação e pela característica institucional do espaço de atuação. A abordagem psicodinâmica reconhece o inconsciente como a área funcional mais importante do psiquismo humano e esse reconhecimento se faz a partir da própria experiência de análise pessoal. Em termos práticos, não se trata de aplicar indiscriminadamente os conhecimentos psicodinâmicos, distribuindo interpretações psicanalíticas aleatoriamente, empobrecendo assim o próprio instrumental de intervenção, nem se trata de tentar persuadir ou dissuadir o doente, mas apenas conversar com o paciente e procurar ouvir seu discurso inconsciente onde quer que ele se apresente para estimular nele a capacidade de cuidar de si, o que aí, sim, pode resultar em um ato terapêutico.

Mesmo quando se trata de considerar o tratamento humanitário como aquele decorrente do respeito ao direito dos usuários, não se pode ignorar que os hospitais de Itapira quase sempre garantiram às pessoas neles internadas possibilidades de visitas diárias de familiares e amigos, bem como o direito de se comunicarem com os mesmos por telefone e o direito a receber e enviar correspondência. Outrossim, os pacientes quase nunca foram de todo despojados de seus pertences e objetos de uso pessoal, tendo, inclusive, direito a armário e chave onde pudessem guardá-los para deles disporem quando assim desejassem. Além do mais, na medida em que o trabalho hospitalar se organizava a partir de uma concepção psicodinâmica da vida comunitária, nada mais estranho que desconhecer que as condutas ali tomadas eram discutidas e comunicadas aos pacientes a que eram destinadas e que era respeitada a recusa às mesmas quando possível e até necessário.

Nada mais justo e louvável que o respeito ao direito dos usuários, mas, também, nada mais justo e desejável que o reconhecimento pela qualidade dos serviços prestados pelos hospitais psiquiátricos de Itapira. Esse tratamento diz respeito à presença diária de médicos em tempo integral na maioria das instituições; à atenção aos agravos à saúde física dos pacientes; ao atendimento dos familiares; aos contatos com a comunidade externa e às práticas comunitárias no interior dos hospitais. Assim, os médicos sentem-se injustiçados quando se tecem críticas ao conjunto dos hospitais psiquiátricos ou mesmo quando, por ocasião de uma fiscalização, recebem o mesmo tratamento dispensado àqueles hospitais que sequer possuem um projeto adequado de trabalho e que não investem em recursos materiais e humanos capazes de assegurar algum benefício terapêutico e o respeito ao direito dos usuários. A competência burocrática trata sempre de nivelar os diversos hospitais, adotando um critério único de avaliação, colocando-os em um único patamar de funcionamento, atingindo, com isso, não só os hospitais privados, como, também, alguns dos melhores hospitais públicos. Estes, por sua vez, de há muito vêm sendo desmantelados em consequência de uma política de saúde voltada para a compra de serviços de terceiros,

portanto privatizante, além da própria incompetência administrativa presente em muitas dessas instituições.

A crítica aos hospitais psiquiátricos adotada pelo movimento antimanicomial parece tratar o hospital como uma entidade abstrata, destituída de história e, portanto, sem origem nem evolução, ou, então, como um simples e incoerente conjunto de práticas asilares sem finalidade terapêutica. Com isso, estabelece-se uma verdadeira confusão semântica ao se tomar como unitermos as usuais e imprecisas expressões como asilo, hospício, manicômio, sanatório, cronicário, dispensário e outras, como os macro-hospitais, designação dada nos dias de hoje às grandes instituições hospitalares fechadas. Tratam a população de um ou outro desses serviços como iguais sem considerar a realidade de cada uma dessas comunidades para, então, dizer que o hospital psiquiátrico cronifica, deteriora, demencia e aliena, que é estigmatizante e que tem um alto custo operacional.

Não se pode negar que essa é uma dura e cruel realidade com a qual nos deparamos ao adentrar na maioria das instituições psiquiátricas do País, mas não se pode concluir daí que todo hospital psiquiátrico apresenta um precário e sofrível nível de funcionamento a ponto de produzir tão calamitosa situação. Não vamos tomar partido do fato de que a cronificação dos pacientes seja o puro e simples resultado de uma ação hospitalar iatrogênica nem fazer a defesa de que a mesma deriva dos fenômenos psicopatológicos presentes em cada um dos pacientes, o que seria constituir uma dicotomia reducionista e simplificante. Nossa contribuição consiste em introduzir um elemento de análise que possa ampliar o horizonte dessa discussão, qual seja o fato de que o ambiente de cada hospital cria um mundo próprio, um universo particular, em que as prescrições dominantes determinam o quadro que assumem as enfermidades, ou, em outras palavras, das concepções prevalentes é que decorre o estímulo à doença ou a promoção da saúde⁷. Se se mantêm os pacientes restritos ao espaço circular dos pátios, entregues à deambulação improdutiva e à ociosidade, é de se esperar que a falta de estímulo à participação na vida institucional conduza-os à cronificação, à deterioração, à alienação e à demência. Se, ao contrário, procura-se estimular os pacientes para a tarefa, mobilizando seus aspectos saudáveis, valorizando suas capacidades e investindo em suas potencialidades, é de se esperar que eles assumam alguma participação na vida comunitária, com algum benefício terapêutico.

Não podemos esquecer que o panorama reinante na maioria dos hospitais decorre em muito do fato de o hospital psiquiátrico ter sido, desde a implantação das primeiras políticas sanitárias do País, a única forma de assistência psiquiátrica à disposição da população. O hospital psiquiátrico que, em tese, é por si só um instrumento terapêutico,

⁷ Segundo Jaspers, os hospitais psiquiátricos são como mundos em si: "Os hospitais são por si um mundo, possuindo 'mentalidade', ou 'espírito', que depende da atitude dos diretores e médicos, bem como da tradição correspondente às idéias básicas em vigor; o ambiente hospitalar cria um mundo. A ordem que nele prevalece determina a figura que as doenças assumem. (...)" (Jaspers, 1979: 998).

tornou-se aos poucos um grande asilo submetido a potências estranhas que fizeram dele um local secreto de repressão, de violência e de arbítrio (Machado et alii, 1978: 469). Não podemos esquecer, também, que as características manicomiais são encontradas em especial nos grandes hospitais psiquiátricos administrados pelo serviço público e os atributos de cronicidade são encontrados na população por eles atendida, que ali está em condições asilares de assistência. Tão grave quanto a perpetuação das práticas asilares é a negação ou a isenção de responsabilidades da gestão estatal dos hospitais da rede pública na instalação do caos assistencial ao serem desativados os poucos serviços existentes e seus pacientes serem transferidos para os hospitais privados e filantrópicos, modificando a paisagem humana dos mesmos, que, agora, têm de administrar em moldes comunitários o ônus adicional de abrigar uma clientela acostumada ao asilamento, ao abandono e à indiferença como forma de tratamento, com todas as implicações emocionais que tal fato acarreta para quem se propõe a tratar e para quem é tratado.

Há aqui um erro conceitual que é o de admitir a cronicidade não como uma forma possível de evolução da doença, mas como produto da ação iatrogênica do ambiente hospitalar para concluir que, uma vez extinto o hospital psiquiátrico, estaria eliminada a cronicidade e a necessidade de cuidados asilares. A cronicidade pode ser entendida a partir da extensão cronológica da enfermidade, ou, seja, da duração do comprometimento funcional que limita ou impede a assunção de responsabilidades sociais e a manutenção de relações interpessoais com um mínimo de ressonância afetiva. Dela decorre a necessidade de asilamento e, com o fechamento dos hospitais psiquiátricos, tal necessidade ainda se faz presente e o que de fato muda é o local do asilamento dos pacientes crônicos, grabatários, deficitários, deslocados do hospital psiquiátrico para os abrigos terapêuticos espalhados pela comunidade.

No entanto, mais grave que esse erro conceitual é o cunho pejorativo que se atribui à prática psiquiátrica hospitalar, que só reforça o estigma e aumenta a discriminação contra o doente mental que, mesmo no meio médico, é tratado com suspeição e reserva, pois os médicos não vêem com simpatia sua presença nos corredores dos ambulatórios de especialidades, quando não os destrutam ou se recusam a atendê-los em uma unidade de emergência, por exemplo. Daí porque há tanta resistência à implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais, o que parece ser uma realidade mais próxima dos hospitais universitários, com suas funções de ensino, pesquisa e extensão, e sua disposição para projetos experimentais, que da maioria daqueles hospitais originalmente concebidos e ocupados em tratar doenças somáticas, também às voltas com poucos recursos e escassas verbas.

Isso não quer dizer que não se deva fechar aqueles hospitais cujas condições de assistência inexistem ou são desumanas, mas é preciso atentar para o fato de que a realidade assistencial exige uma reformulação mais ampla da área da saúde com a criação de uma rede ambulatorial com ampla capacidade assistencial para só depois se promover a desospitalização. Portanto, fechar ou proibir a criação de novos hospitais psiquiátricos sem

tomar outras providências é agravar a já caótica situação assistencial a que está submetida a população brasileira sob o risco de um retrocesso à situação de abandono e desamparo que sempre caracterizou a atenção ao doente mental. Outrossim, a criação de aparelhos alternativos de assistência não garante que os vícios e as práticas perversas do ambiente hospitalar não irão ali repetir-se.

Um outro equívoco recorrente ao se propor a extinção dos hospitais psiquiátricos diz respeito à noção de prevenção, pois, ao se transferir os cuidados assistenciais do hospital para a comunidade, as variáveis iatrogênicas, cronicantes e estigmatizantes do primeiro estariam sob controle, fazendo emergir formas supostamente mais saudáveis de funcionamento mental, como se fosse possível prever e, portanto, prevenir toda e qualquer manifestação do psiquismo humano. Em função desse equívoco, muitas hipóteses de trabalho e estratégias de intervenção surgiram e se transformaram em sectarismo político, em doutrinas econômicas de gerenciamento e financiamento dos hospitais e em escolas de pensamento no interior do movimento psiquiátrico (Costa, 1989a: 16).

A psiquiatria preventiva nasceu comprometida com finalidades políticas e sociais distantes da problemática específica da saúde ou da doença mental (Costa, 1989a: 12). No Brasil, a reforma sanitária e, dentro dela, a reforma psiquiátrica surgem dentro de um movimento de redemocratização do País, de respeito aos direitos humanos e resgate da cidadania. Nesse trajeto, o autoritarismo imposto pelo período político imediatamente anterior ofuscou a existência de uma psiquiatria de comunidades terapêuticas e a impressão que restou é de que esse período nem sequer existiu. Daí porque a proposta preventiva a partir do modelo das comunidades terapêuticas surge como elemento de modernidade dentro do conjunto de reformas propostas atualmente.

Nesse sentido, é preciso resgatar o papel de vanguarda que cabe a Itapira no processo de transformação da assistência psiquiátrica ao introduzir, muito antes de qualquer outra localidade, o princípio das comunidades terapêuticas em seus hospitais e por adotar uma atitude realista frente à complexa problemática assistencial ao não ignorar a necessidade da instituição psiquiátrica nem negar a função transformadora operada pelo hospital psiquiátrico moderno. Ao contrário, Itapira mostrou que é possível transformar a assistência à saúde mental pela transformação do funcionamento institucional, colocando o hospital psiquiátrico em contato com a comunidade externa e articulado ao complexo aparato assistencial formado pelos equipamentos extra-hospitalares de atenção.

A cidadania é uma construção histórica resultante dos conflitos e problematizações gestados no interior de uma dada sociedade. A conquista dos direitos de cidadão para os doentes mentais é uma justa aspiração que não deve estar desvinculada das lutas de outras categorias minoritárias para ascender em dignidade no espaço social, mas é preciso destacar que não basta reivindicar cidadania para uma minoria quando o conjunto da sociedade está destituído da garantia de seus direitos mais elementares. A cidadania plena só será

alcançada quando não só os segmentos organizados da sociedade, mas a comunidade como um todo, tiverem condições igualitárias de acesso aos bens materiais e culturais por ela produzidos. Portanto, tomar as pessoas com transtornos mentais como um grupo desorganizado e alienado de sua consciência política para, então, conduzi-los a seu feliz destino pode ser uma outra forma de manter a condição de minoridade social do doente mental, em função da ação militante dos técnicos em saúde mental, que mais uma vez pode servir a estranhos interesses que não aqueles que colocam o sujeito em contato com seu direito e sua verdade.

Diante dessas considerações, os médicos de Itapira acreditam que as reformas da assistência psiquiátrica estão muito mais embasadas em convicções ideológicas e em concepções apriorísticas do trabalho institucional que assentadas sobre premissas teóricas e técnicas derivadas da experiência clínica. Por isso, acham que sofrem um certo patrulhamento ideológico de parte dos signatários das reformas propostas, como se trabalhar em um hospital psiquiátrico fosse por si só um atestado de alienação política e, por extensão, de falta de uma consciência sanitária, além de ser um sinal de insanidade ou debilidade mental e um indicativo de incompetência profissional. Então, muitas vezes aquilo que seria uma simples inspeção de rotina do serviço hospitalar transforma-se em uma perseguição contra os técnicos. Sendo assim, os médicos sentem-se vitimados pelo jugo autoritário daqueles que julgam do autoritarismo os técnicos libertar, pois os burocratas se apresentam como detentores de um saber e de uma verdade incontestáveis. Claro que não é cabível igualar aqui ideologias totalitárias com ideais libertários, mas é importante assinalar o que há de comum a ambos, que é a dificuldade em tematizar os pressupostos éticos que fundam as proposições sobre a natureza humana ou sobre a essência universal do indivíduo contemplado pela assistência psiquiátrica (Costa, 1989a: 15). Ao agir assim, os tecnocratas correm o risco de caírem no autoritarismo e de cometerem avaliações pouco realistas da situação assistencial ao não consultarem a comunidade à qual se destina (Cassorla, 1983: 20).

Não é justo atribuir somente ao hospital e a seus técnicos a responsabilidade pelas mazelas e perversões observadas no gerenciamento e no financiamento dos serviços de saúde, pois não podemos ignorar que a burocracia asilar está associada à corrupção, ao nepotismo, à politiquice e ao paroquialismo, comprometida também com os objetivos corporativistas de certos grupos profissionais e com os interesses empresariais dos hospitais que muito bem se fazem representar nos aparelhos estatais de gestão da loucura.

Não se trata aqui de fazer uma exaltação das virtudes do hospital. Claro está que não há maior simpatia pelo movimento antimanicomial entre os médicos de Itapira, o que não significa caucionar a idéia do velho asilo, a analogia entre loucura e hospício como se fossem crime e castigo. Contudo, clamar pelo fim dos hospitais é uma forma equivocada de negar a loucura e a negação da loucura não nos faz mais sãos nem mais cidadãos.

Com efeito, é evidente que o hospital psiquiátrico não é um hospital como os outros, onde se ministram cuidados aos doentes que, passivamente, em seus leitos, continuam a fazer parte da sociedade (Bastide, 1967: 3). O hospital psiquiátrico é uma comunidade, um espaço de convivência, onde, através de práticas comunitárias, é possível ao paciente fazer a reaprendizagem da vida social e reencontrar o significado emocional e o sentimento moral de autonomia e responsabilidade. Da mesma forma, a doença mental não é um evento que se pode igualar a outras formas de comprometimento e agravos à saúde, o que torna falaciosa a demonstração dos custos do tratamento e do curso da internação em comparação com outras enfermidades, bem como a análise estatística das taxas de ocupação, do tempo de permanência hospitalar e de outros quesitos em confronto com outras especialidades.

Se o hospital está longe de ser aquele preconizado por Blaya⁸, e mais ainda daquele exaltado por Esquirol, seria mais sensato ajuizar com Pinel, para quem o hospital psiquiátrico enquanto instituição humana é falível. Não que as falhas humanas não possam ser corrigidas, mas elas se inscrevem sempre no capítulo das misérias que afligem a condição humana. No entanto, ao se admitir o fracasso é que se pode avaliar e corrigir os erros do passado e avançar na discussão das relações que a sociedade mantém com suas instituições. É justamente na avaliação dos fracassos que esse regime melhor pode exhibir seu êxito, sua face humana e falível, porém inventiva.

Os médicos afirmam, ainda, que, entre as pressões das famílias, os interesses institucionais e as imposições tecnocráticas, a única alternativa que lhes resta é aliar-se ao doente para tentar resgatar nele seus aspectos saudáveis, que podem, então, ser mobilizados em favor de uma melhora.

“Somos muitas vezes obrigados a internar, seja por ação da família ou pressão do hospital. Nessa conjuntura, só dá para contar com o doente e unir-se a ele para dar sentido ao trabalho.”

“Sofremos pressão da família e da instituição e a única forma de viabilizar o trabalho é unir-se ao doente, resgatando nele a identidade oculta, a dignidade perdida.”

Há, por fim, uma crença no hospital enquanto instância de intervenção, espaço de acolhimento, havendo, contudo, que se refinar o próprio instrumental de inter-

⁸ Blaya, ao discorrer sobre o funcionamento de uma instituição psiquiátrica de orientação psicanalítica nos diz que: “O hospital psiquiátrico é um centro de irradiação de serviços prestados à comunidade, nas áreas de tratamento, prolixia, educação, treinamento e pesquisa. Num sentido amplo o hospital psiquiátrico funciona liderando a comunidade na obtenção e na manutenção da saúde mental, tanto dos indivíduos como dos grupos e das instituições, facilitando a compreensão, a aceitação e a resolução dos problemas relativos à doença mental. Nessa função o hospital psiquiátrico é um fator de moderação e na integração dos aspectos psicóticos do paciente, de sua família, da comunidade em geral e de suas instituições. Nessa tarefa cabe à equipe psiquiátrica uma função apostolar e educadora, mostrando à comunidade que serve os caminhos mais adequados à preservação da saúde mental e à resolução dos problemas da doença mental.” (Blaya, s/d: 1).

venção e descobrir novos critérios e novas categorias, novas noções e novos métodos que permitam levar a prática adiante. Ousam propor que ocorra uma indissociação entre a prática psiquiátrica e a clínica psicanalítica, constituindo-se ambas em uma quase única ferramenta de trabalho.

Assim, a função do técnico seria fazer do hospital um local de acolhimento, um espaço aberto onde o olhar sensível do médico pudesse penetrar e perceber sob os escombros da doença os aspectos saudáveis da existência, captar nas relações cotidianas um princípio terapêutico que torna possíveis e viáveis certas formas de vida e de convivência, como mais uma forma de viver a experiência de ser humano. O hospital existe para criar atmosferas de convívio, em que o olhar do médico possa aliar-se a um certo silêncio que permita escutar de cada enfermo sua história singular para dela fazer emergir o imprevisível, constatar a diferença, estimular a criatividade e descobrir a verdade de cada um.

CONCLUSÕES

Vimos que Itapira fora habitada, inicialmente, por camponeses caipiras, que foram os primeiros sitiantes ou posseiros das primeiras terras do lugar, que tinham da região a visão de um mundo ordeiro, solidário e igualitário, constituindo-se, portanto, em uma sociedade primitiva e idealizada.

Com a chegada do café, esses moradores viram suas terras serem invadidas por coronéis e comendadores, com seu cortejo de escravos e riquezas, que estabeleceram uma nova ordem no mundo local. Obrigados ao isolamento, como forma restrita de resistência à completa capitulação, a comunidade camponesa assistiu àquela primitiva sociedade aos poucos ser para sempre perdida e por todo o sempre desejada.

Em um primeiro instante, foi possível contrapor os interesses da elite dominante dessa sociedade com as necessidades dos segmentos dominados dessa mesma sociedade. Sem negar o antagonismo de classes, podemos afirmar que, em um segundo momento, o aparente apagamento das diferenças sociais permitiu justapor de novo os interesses da elite dirigente em manter a ordem vigente com as necessidades dos elementos dominados de serem reconhecidos enquanto sujeitos, ainda que subalternos, de sua própria história.

Portanto, Itapira passou de uma comunidade camponesa marcada pelos atos de fé dos primeiros moradores para uma sociedade marcadamente autoritária, que se constituiu sobre atos de expropriação e violência. Essa violência funcionou como um elemento regulador das relações entre os homens, tendo sido usada de forma franca na resistência à abolição, nas pequenas lutas de religião e na defesa do solo bandeirante, nos ferozes embates que se deram no Morro do Gravi, nos tempos da Revolução Constitucionalista, assim como foi exercida de maneira velada na exclusão social nos muros do asilo.

Vimos que a Igreja Católica instalou-se no município como um agente articulador dos interesses da sociedade capitalista do café, tornando-se, logo, religião dominante. Vimos, também, que esse domínio não eliminou focos de conflito no interior do catolicismo, o que concorreu para o surgimento de novas agências confessionais e de novos agentes religiosos, que conduziram o processo de secularização da comunidade.

Foram esses novos agentes eruditos da religião, os espíritas, que comandaram o movimento filantrópico em Itapira, que tinha entre seus objetivos de legitimação social a construção de um hospital psiquiátrico para antes e acima de tudo perpetuar o lema da caridade como fonte de salvação.

Assim, as fileiras espíritas anteciparam-se à comunidade médica na provisão de cuidados aos doentes mentais, o que atesta a precedência de agências leigas de ajuda sobre as instituições médicas de assistência e a prevalência das concepções religiosas do adoecer mental sobre o saber médico.

Vimos, ainda, que, mais que as concepções doutrinárias do espiritismo, a prática assistencial de seus seguidores enquanto agentes institucionais concorreu, substancialmente, para a criação de formas de representação da doença mental e padrões de utilização das instituições psiquiátricas. Contudo, essas concepções não diferem, significativamente, das representações feitas pelos demais agentes sociais.

Os médicos, por sua vez, acorrem a Itapira por ser ela um centro formador e de educação continuada de recursos humanos em saúde mental, além de ser um generoso mercado de trabalho sempre disposto a absorver essa mão-de-obra. No entanto, apesar da absorção imediata desses profissionais pelo mercado, o mesmo logo se revela restrito aos hospitais, que nem sempre servem de fonte de captação de clientes para o consultório particular, o que faz da atividade liberal para aqueles que não são filhos da terra um árduo e doloroso exercício de afirmação profissional mediante a criação de vínculos sociais e familiares que permitam a articulação dos interesses individuais com as necessidades da comunidade.

Embora os médicos de Itapira não possuam um único perfil, podemos afirmar que a maioria constitui uma carreira com formação e atuação voltada para os hospitais, configurando um grupo de psiquiatras de orientação dinâmica, ainda que nem sempre consigam fazer dos aspectos dinâmicos um elemento de compreensão do funcionamento institucional e um instrumento de intervenção na vida hospitalar. Não obstante, a ação médica centrada nos hospitais não faz desses profissionais senhores do espaço institucional, pois os médicos não se sentem agentes privilegiados dos hospitais psiquiátricos nem autoridade efetiva em seu campo de atuação. Quando muito, essa autoridade é delegada e posta a serviço de interesses empresariais ou humanitários das instituições psiquiátricas.

Também não há, em Itapira, uma escola de pensamento que aglutine e organize a prática psiquiátrica, que comporte o mesmo ecletismo que marca a história da psiquiatria brasileira. Claro que houve períodos de hegemonia de uma concepção sobre outra, mas essas concepções jamais conseguiram implantar-se de modo prevalente e definitivo nos diferentes hospitais. Elas coexistem e são sempre parciais os usos que se fazem desses ou daqueles conceitos. Biogênese, psicogênese e sociogênese são modelos que tentam dar conta das múltiplas facetas daquilo que se convencionou chamar vida mental ou vida psíquica.

Vimos, também, que Itapira notabilizou-se por ter-se constituído em um centro de referência no tratamento hospitalar das doenças mentais. Para tanto, muito concorreu a formação social e religiosa do município, bem como o estabelecimento de múltiplas

alianças, que não são por si excludentes, entre os hospitais e o Estado, o mercado, a filantropia, as concepções dominantes sobre a loucura e os conhecimentos produzidos pela psiquiatria e saberes afins, gestados, inclusive, no interior dos hospitais psiquiátricos locais.

A cultura terapêutica gestada no interior dos hospitais psiquiátricos de Itapira deu-lhe fama, fazendo para ela afluir um grande número de doentes à procura de auxílio. Com isso, foram geradas relações de parentesco e de vizinhança, de convivência e de proximidade entre agentes e clientes que acabaram por produzir representações simbólicas que marcaram a história, a memória, a cultura e a identidade dessa comunidade.

Nesse sentido, é preciso resgatar o papel de vanguarda ocupado por Itapira no processo de transformação da assistência psiquiátrica ao introduzir, muito antes de qualquer outra localidade, o princípio das comunidades terapêuticas em seus hospitais e fazer de alguns deles um modelo de ação capaz de romper com subjetividades proscritas e prescritas produzidas e acumuladas ao longo da história. Assim, Itapira mostrou que é possível transformar a assistência à saúde mental pela transformação do funcionamento institucional ao colocar o hospital em contato com a comunidade externa e articulado ao conjunto de aparelhos extra-hospitalares de atenção.

Quando se faz uma certa defesa da instituição psiquiátrica a partir da experiência concreta de Itapira, poder-se-ia dizer que essa atitude caracteriza uma visão ingênua e otimista frente às formas de atenção do sistema psiquiátrico, que ignora a realidade da assistência à saúde mental em seu conjunto, bem como ignora as sinuosas trajetórias de outras instituições hospitalares. Poder-se-ia dizer, ainda, que a situação de Itapira corresponde a uma ilha de excelência em meio a um arquipélago de ineficiência. Contudo, para além das deficiências e limitações na implementação e administração dos programas de assistência psiquiátrica, Itapira, como nos diz o étimo, é uma pedra pontiaguda a aguilhoar as consciências por exibir e conter em si as múltiplas formas de apresentação da loucura a exigir uma constante reformulação das instâncias de atenção à doença mental.

Ao longo dessas considerações, parece limitado reter no âmbito histórico o surgimento, o desenvolvimento e a multiplicação dos hospitais psiquiátricos em Itapira. As condições culturais, econômicas e sociais presentes no município estão, indiscutivelmente, ligadas à origem dessas instituições, mas a dimensão histórica vislumbra, apenas, os atributos positivos implicados nessa gênese e, portanto, não responde, totalmente, às perguntas formuladas. Além disso, acreditamos que a história da loucura não coincide com a história da psiquiatria que, por sua vez, corresponde à genealogia de suas instituições e à ideologia normativa subjacente, que geralmente contempla princípios de exclusão e segregação, mas que, no caso de Itapira, não é uma história contínua e factual, porém uma história de rupturas e discontinuidades que inscreve no interior de uma disciplina científica os discursos produzidos a partir dos saberes e práticas dos agentes institucionais de acordo com a histó-

ria de cada época e a cultura da sociedade em que estão inseridos. Assim, é preciso refletir um pouco mais sobre aquilo que se desvenda enquanto critério de subjetividade.

As primeiras notícias dos primeiros viajantes que passaram por Itapira atestam que ela era uma terra devastada. Essa primeira impressão sugere uma comparação com a mente primitiva.

Ao mesmo tempo, Itapira é uma cidade fronteiriça, zona de passagem, pouso de tropeiros, descanso de peregrinos, espaço de transição entre o campo e a montanha. Para além de fronteira geográfica, Itapira talvez seja aquele lugar em que se instala a tibia franja que separa na mente o normal do patológico.

Só uma cidade como Itapira, que comporta em si ambigüidades tamanhas, poderia acolher a loucura em suas entranhas. Uma cidade que não se sabe vale ou montanha; uma cidade que é paulista em sua localização territorial e mineira em seus hábitos; uma cidade que é a um só tempo cabocla pela boca de seus campônios e ao mesmo tempo italiana na fala exaltada de seus filhos. Uma cidade provinciana, com bandinhas no coreto do jardim e alguém sempre disposto a empunhar a mágica batuta do maestro e reger a imaginária legião de músicos para o ilusório aplauso de sua própria mente enferma, e, no entanto, uma cidade cosmopolita no intimismo psicológico de seus habitantes à procura sempre de um divã. Uma cidade que vivenciou os atos de amor de seus primeiros moradores e amargou o ódio brutal de alguns de seus filhos, mas que, também, resistiu, bravamente, à invasão das forças inimigas nos episódios empolgantes da Revolução Constitucionalista por suas fronteiras sempre permeáveis. Uma cidade que intriga por sua estranheza e seduz por sua beleza, nas palavras daqueles que a chamaram linda.

Uma primeira observação poderia fazer pensar em uma cidade sem identidade, quando é, exatamente, nessa diversidade que reside sua singularidade e sua força, que repousa sua face mais viva e significativa, que a faz acolhedora para com as excêntricas experiências da existência humana porque pouco discriminativa para a diferença.

Não se trata aqui de fazer o elogio da loucura ou a apologia de suas instituições. Não se trata, também, de querer alcançar a verdade, pois a verdade parece estar sempre mais além de onde se a espera encontrar e o destino de quem a pretende buscar é o eterno procurar.

De volta ao início deste trabalho, é bom lembrar que Itapira fora lugar de pouso para o olhar cansado dos viajantes vislumbrar novos horizontes para além das montanhas em seu percurso interior adentro. Hoje, novos viajantes continuam a voltar seu olhar para as recônditas paisagens do interior da alma humana, pois o ofício de quem convive com a loucura tem por destino a eterna procura.

SUMMARY

This investigation is an historiographical and critical analysis of the psychiatric hospitals in the city of Itapira in the State of São Paulo, Brazil, and of their relationship with the community as well as the community's view of these institutions.

For this the social and religious background of the city was reconstructed to explain the development and expansion of local psychiatric hospitals which allowed to delineate their characteristics according to the knowledge and practice of their agents.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, F.G. & SELESNICK, S.T. - *História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente*. 2. ed., São Paulo, Ibrasa, 1980.
- ALVES, D.S.N. et alii - Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro, *J. Bras. Psiq.*, 41 (8): 423-426, 1992.
- ANTUNES, J.L.F. - *Hospital: instituição e história social*. São Paulo, Letras e Letras, 1991.
- BANDEIRA, M. - Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. Rio de Janeiro, *J. Bras. Psiq.*, 40 (7): 355-360, 1991.
- BASAGLIA, F. - *A psiquiatria alternativa*. 3. ed., São Paulo, Brasil Debates, 1982.
- BASAGLIA, F. (Coord.) - *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- BASTIDE, R. - *Brasil, terra de contrastes*. São Paulo, Difel, 1959.
- BASTIDE, R. - *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo, Nacional, 1967.
- BEZERRA DE MENEZES, A. - *A loucura sob novo prisma: estudo psíquico-fisiológico*. 2. ed., Rio de Janeiro, Livraria da Federação Espírita Brasileira, 1946.
- BIANCHI, C. - *A história do Sanatório Américo Bairral: uma contribuição à história da psiquiatria no Brasil*. São Paulo, Lar da Família Universal (LFU), 1984.
- BION, W.R. - *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro, Imago, 1973.
- BION, W.R. - *Experiências com grupos*. 2. ed., Rio de Janeiro, Imago, 1975.
- BIRMAN, J. - *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- BLAYA, M. - *O funcionamento de uma instituição psiquiátrica e o modo de admissão de pacientes*. s/d, (datilografado).
- BLAYA, M. - Psicoterapia com pacientes das classes sociais menos favorecidas. Porto Alegre, *Arq. Clin. Pínel*, IV (1,2 e 3): 3-22, 1978.
- BLEGER, J. - O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: KAËS, R. et alii - *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.
- BOURDIEU, P. - *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo, Perspectiva, 1974.
- BRANDÃO, C.R. - *Os deuses de Itapira: um estudo sobre a religião popular*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1979.

- BUARQUE DE HOLANDA, S. - *Raízes do Brasil*. 18. ed., Rio de Janeiro, José Olympio, 1984.
- CALDEIRA, J.N. - *Álbum de Itapira*. São Paulo, Organização Cruzeiro do Sul, 1935.
- CAMARGO, H.S.A. de - Do hospital psiquiátrico ao divã psicanalítico. In: ANAIS DO VIII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE, Rio de Janeiro, 1980.
- CAMARGO, H.S.A. de - *Dentro do hospital psiquiátrico lendo Freud*. Itapira, 1992, (datilografado).
- CANGUILHEM, G. - *O normal e o patológico*. 2. ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1982.
- CASSORLA, R.M.S. - O que não fazer num trabalho de comunidade em saúde mental. Campinas, *Boletim de Saúde Mental*, I (1): 19-30, jan-jun/1983.
- CASTEL, R. - *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- CERQUEIRA, L. - *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. São Paulo, Atheneu, 1984.
- CICOUREL, A. - Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, A.Z. (Org.) *Desvendando máscaras sociais*. 2. ed., Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1980.
- CLAVREUL, J. - *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo, Brasiliense, 1983.
- COPPOS, O. - *Congadas, folclore*. Rio de Janeiro, Pongetti, 1971.
- COSTA, J.F. - *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4. ed., Rio de Janeiro, Xenon, 1989a.
- COSTA, J.F. - *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapia*. Rio de Janeiro, Campus, 1989b.
- CUNHA, M.C.P. - *O espelho do mundo - Juquery: a história de um asilo*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.
- DEJOURS, C. - *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo, Cortez/Oboré, 1992.
- DENIS, L. - *O problema do ser, do destino e da dor*. 8. ed., Rio de Janeiro, Departamento Editorial da Federação Espírita Brasileira, 1961.
- DEVEREUX, G. - *Etnopsicoanálisis complementarista*. Buenos Aires, Amorrortu, 1975.
- DEVEREUX, G. - *Basic problems of ethnopsychiatry*. The University of Chicago Press, 1980.
- DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. - *Saúde e sociedade*. 2. ed., São Paulo, Duas Cidades, 1979.
- DOYLE, A.C. - *História do espiritismo*. São Paulo, Pensamento, 1960.
- ECO, U. - *Como se faz uma tese*. 9. ed., São Paulo, Perspectiva, 1992.
- ENRIQUEZ, E. - O trabalho da morte nas instituições. In: KAËS, R. et alii - *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.

- EY, H. et alii - *Manual de psiquiatria*. 5. ed., Rio de Janeiro, Masson/Atheneu, 1981.
- FERREIRA, A.B. de H. - *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed., Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
- FORNARI, F. - Por uma psicanálise das instituições. In: KAËS, R. et alii - *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.
- FOUCAULT, M. - *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.
- FOUCAULT, M. - *História da loucura na idade clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1978.
- FOUCAULT, M. - *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. - *O nascimento da clínica*. 3. ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1987.
- FREUD, S. - Moisés e o monoteísmo. In: FREUD, S. - *Obras psicológicas completas*. Ed. standard brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1980a, v. XXIII.
- FREUD, S. - O futuro de uma ilusão. In: FREUD, S. - *Obras psicológicas completas*. Ed. standard brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1980b, v. XXI.
- FREUD, S. - O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. - *Obras psicológicas completas*. Ed. standard brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1980c, v. XXI.
- FREUD, S. - Psicanálise e telepatia. In: FREUD, S. - *Obras psicológicas completas*. Ed. standard brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1980d, v. XVIII.
- FREUD, S. - Psicologia de grupo e a análise do ego. In: FREUD, S. - *Obras psicológicas completas*. Ed. standard brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1980e, v. XVIII.
- FREUD, S. - Totem e tabu - In: FREUD, S. - *Obras psicológicas completas*. Ed. standard brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1980f, v. XIII.
- GERALDES, P.C. - A cidadania da loucura na sociedade brasileira. Rio de Janeiro, *J. Bras. Psiq.*, 41 (10): 525-529, 1992.
- GIMENES, A.J. - Entrevista com o Prof. José de Oliveira Barreto Sobrinho e sua trajetória no esporte como educador. Itapira, *Linhasgerais*, dez/1993.
- GOFFMAN, E. - *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974.
- GUATTARI, F. - *As três ecologias*. Campinas, Papirus, 1992.
- GUILHON ALBUQUERQUE, J.A. - *Metáforas da desordem: o contexto social da doença mental*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.
- GUIMARÃES ROSA, J. - *Ave, palavra*. Rio de Janeiro, José Olympio, 1970a.
- GUIMARÃES ROSA, J. - *Grande sertão: veredas*. 7. ed., Rio de Janeiro, José Olympio, 1970b.
- IVO, A.S.L. - *Trabalhadores de turma da Vila Ilze*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Ciências Sociais do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.
- JACINTHO, R. - *O que é espiritismo*. São Paulo, Abril Cultural/Brasiliense, 1985.
- JASPERS, K. - *Psicopatologia geral*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1973.

- JONES, M. - *A comunidade terapêutica*. Petrópolis, Vozes, 1972.
- KAËS, R. - Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R. et alii - *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991.
- LANCMAN, S. - *A loucura do outro: o Juqueri no discurso de seus protagonistas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, 1988.
- LAPASSADE, G. - *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
- LAPLANTINE, F. - *Aprender antropologia*. São Paulo, Brasiliense, 1988.
- LAPLANTINE, F. - *Antropologia da doença*. São Paulo, Martins Fontes, 1991.
- LUZ, M.T. - *Medicina e ordem política brasileira: política e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.
- LUZ, M.T. - *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégias de hegemonia*. 3. ed., Rio de Janeiro, Graal, 1986.
- MACHADO DE ASSIS, J.M. - *O alienista*. 16. ed., São Paulo, Ática, 1989.
- MACHADO, R. et alii - *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- MAJASTRE, J.O. - *L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique public*. Paris, Librairie François Maspero, 1972.
- MANDATTO, J. - *Relíquias da terra natal*. Itapira, Grupo da Pedra, 1959.
- MENOTTI DEL PICCHIA, P. - *A longa viagem: primeira etapa (1892-1918)*. Rio de Janeiro, Martins, 1970.
- MINAYO, M.C.S. - *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1992.
- MOKREJS, E. - *A psicanálise no Brasil: as origens do pensamento psicanalítico*. Petrópolis, Vozes, 1993.
- MOREIRA, D. - *Psiquiatria: controle e repressão social*. Petrópolis/Belo Horizonte, Vozes/Fundação João Pinheiro, 1983.
- MUNDIM, P. de O. - *Pressupostos epistemológicos da psiquiatria*. Trabalho apresentado. Departamento de Psiquiatria e Psicologia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro. Uberaba, 1985.
- NUNES, E.D. - As contribuições da sociologia para o estudo das doenças mentais. Rio de Janeiro, *J. Bras. Psiq.*, 41 (8): 399-406, 1993.
- OSÓRIO, L.C. (Org.) - *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- PENNA, A.G. - *História da psicologia no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Imago, 1992.
- PERESTRELLO, D. - *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1974.
- PERESTRELLO, M. - *História da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro: suas origens e fundação*. Rio de Janeiro, Imago, 1987.
- PICHON-RIVIÈRE, E. - *O processo grupal*. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

RESENDE, H. - Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R. - *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, 3. ed., Vozes, 1992.

ROCHA, G.S. - *Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1989.

RODRIGUÉ, E. - *Biografía de una comunidad terapeutica*. Buenos Aires, Eudeba, 1965.

ROSEN, G. - *Da policia médica à medicina social*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

ROTELLI, F. et alii - *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1991.

RUSSO, J.A. & SILVA FILHO, J.F. da (Orgs.) - *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993.

SAINT-HILAIRE, A. - *Viagem à Província de São Paulo*. São Paulo, Martins/Edusp, 1972.

SEVERINO, A.J. - A técnica bibliográfica. In: SEVERINO, A.J. - *Metodologia do trabalho científico*. 20. ed., rev. e ampl., São Paulo, Cortez, 1996.

SILVA FILHO, J.F. da - O sistema de saúde e a assistência psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, *J. Bras. Psiq.*, 39 (3): 135-146, 1990.

SZASZ, T. - *A fabricação da loucura*. 2. ed., Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

SZASZ, T. - *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R. (Orgs.) - *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 3. ed., Petrópolis, Vozes, 1992.

UCHÔA, D. de M. - *Organização da psiquiatria no Brasil*. São Paulo, Sarvier, 1981.

VIEIRA FILHO, J. - *Inspecção sanitária de Itapira*. São Paulo, Instituto de Hygiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1923, (datilografado).

JORNAIS PESQUISADOS:

	Código de Referência
<i>Cidade de Itapira</i>	(CI)
<i>Folha de Itapira</i>	(FI)
<i>Itapira Jornal</i>	(IJ)
<i>Tribuna de Itapira</i>	(TI)