

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
DOUTORADO EM HISTÓRIA

MARISTELA NASCIMENTO DUARTE

DE “ARES E LUZES” A “INFERNO HUMANO”.

Concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979.

Estudo de Caso

NITERÓI

2009

MARISTELA NASCIMENTO DUARTE

DE “ARES E LUZES” A “INFERNO HUMANO”.

Concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979.

Estudo de Caso

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, como requisito para a obtenção do título de Doutora. Área de Concentração: História Social.

Orientadora: PROFA. DRA. MAGALI GOUVEIA ENGEL

Niterói

2009

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

D812 Duarte, Maristela Nascimento.

De “*Ares e Luzes*” a “*Inferno Humano*”. Concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979. Estudo de caso / Maristela Nascimento Duarte. – 2009.

273 f.

Orientador: Magali Gouveia Engel.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História, 2009.

Bibliografia: f. 233-251.

1. Psiquiatria – Aspecto histórico – Brasil. 2. Hospital psiquiátrico – Aspecto histórico. 3. Hospital Colônia de Barbacena (MG). I. Engel, Magali Gouveia. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia III. Título.

CDD 616.8900981

MARISTELA NASCIMENTO DUARTE

DE “ARES E LUZES” A “INFERNO HUMANO”. Concepções e práticas psiquiátricas no
Hospital Colônia de Barbacena: 1946-1979. Estudo de Caso

Tese de Doutorado apresentada ao Programa
de Pós Graduação em História da
Universidade Federal Fluminense, como
requisito para a obtenção do título de Doutora.
Área de Concentração: História Social.

Aprovada em 16 de março de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Magali Gouveia Engel (UFF) – Orientadora

Profa. Dra. Izabel Christina Friche Passos (UFMG) - Co-orientadora

Profa. Dra. Cristiana Facchinetti (FIOCRUZ)

Profa. Dra. Gladys Sabina Ribeiro (UFF)

Prof. Dr. André Luiz Vieira de Campos (UFF)

Prof. Dr. Paulo Amarante Duarte (FIOCRUZ)

Prof. Dr. Prof. Dr. Vantuil Pereira (UFJF)

Niterói

2009

*Aos meus pais, Arinos e Lilia, por serem
pessoas muito especiais.*

AGRADECIMENTOS

Diante da importância desse momento, que é parte de um processo importante na minha formação intelectual para a vida acadêmica, gostaria de registrar o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta tese. Trata-se de pessoas e instituições que acreditaram no meu potencial que sem elas não seria possível a efetivação deste trabalho. Assim sendo gostaria de agradecê-las formalmente.

Aos meus familiares pela generosidade de suas atitudes e pelo apoio demonstrado, essenciais para a realização deste trabalho. Devo minha mais profunda gratidão a minha mãe, Lília, e ao meu pai, Arinos, fundamentais na formação ética e educacional de todos os seus nove filhos. A eles agradeço também por terem me ensinado que é por meio do trabalho que as pessoas se tornam íntegras e dignas daquilo que conquistam. Diante disso, acredito que os dois estão muito honrados e felizes com a efetivação desta etapa na minha vida acadêmica.

Aos meus irmãos Jairo, Décio, Dimas, Dário, Arinos, Hilton, Márcia e Magda, aos meus cunhados e cunhadas, e ainda à Leila Bortolus e Márcia Auad, por terem me dado sobrinhos lindos. Sinto-me orgulhosa de Felipe, Bruna, Fabrício, Gustavo, Patrícia, Júlia, Bernardo, Vinícius, Anna Elisa, Carolina, Maria Clara, Fernanda, Gabriel, João Victor, Paulo Henrique e Antônio César. Sinto-me honrada por todos eles e pelas suas trajetórias nos estudos, seja no maternal ou no doutorado. Agradeço-lhes pela espontaneidade de seus gestos e atitudes, pelas suas inquietudes e, principalmente, pela alegria que vocês trazem para nossa casa.

À minha irmã, Maria Rosimary Soares dos Santos e aos seus filhos, Ana Luísa, Pedro Augusto e Vinícius, meus sobrinhos do coração. Aos queridos Cristiano Lima Silva, Maria de Lourdes Nascimento e Nágila El Khadi, com os quais partilhei bons momentos e também fases delicadas, resultando em grandes amizades.

A todos aqueles que se mostraram generosos acompanhados e ajudando a superar alguns momentos difíceis: aos meus familiares Márcia, Magda, Hilton, Paulo Roberto, César, Felipe, Dimas, Arinos, Sandra, Mônica Saragá e Maria José Sá, e os meus amigos, Raphael e Selma Bokehi, Haroldo Fernandes, Roberto Lehr, Cíntia Fuzzato, Conceição Souza, José Roberto e Ana Lúcia Henriques, Irinéia Carvalho e Heloísa Horta Barbosa Candian. Não poderia esquecer o meu reconhecimento ao profissionalismo de José Dondici e Marcílio Faraj, meus cardiologistas.

Aos meus companheiros que me apoiaram das mais diferentes maneiras, seja durante a realização do curso, seja durante o desenvolvimento desta tese: Marília Novais Matta Machado, Aline Pereira, Cláudio Guillarduci, Fuad Kyrillos Neto, Helder Rodrigues. Ao Elton Mendes que, no final do trabalho, proporcionou-me um encontro marcado pela sua inteligência, sensibilidade e abnegação em ajudar revisar esta tese.

Ao Sr. Hélio Gonçalves e Paulo Fonseca do Jornal Cidade de Barbacena, aos médicos e funcionários do antigo Hospital Colônia de Barbacena e da FEAP que concederam entrevista para este trabalho e ao Núcleo de Pesquisa do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), os meus agradecimentos.

Aos colegas da Universidade Federal de São João Del-Rei, da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, do Departamento de Ciências Sociais Política e Jurídica e História (DECIS), do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Psicossocial (LAPIP). Aos funcionários da Biblioteca: Élide Xavier da Silva, Agnelo José do Nascimento, Celene Aparecida Resende, Eduardo Reis, Ricardo Pinto Ladeira, Rosângela Fernandes Pereira.

Aos meus grandes amigos e incentivadores, o Prof. Dr. Eder Jurandir Carneiro, Prof. Dr. Manuel Jauará, Prof. Maria de Lourdes Mansur Godoy, Prof. Dr. Afonso Alencastro Graça Filho, Prof. Valéria Peçanha Valério e Maria Carmem Abreu. Aos meus amigos ideológicos da ADFUNREI-SIND, em especial ao Prof. Dr. Valdir Mano.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, especialmente aos Prof. Dr. Ciro Flamarion Cardoso e Prof. Dr. Mário Grynszpan e também aos funcionários Stela Maria Guerreiro da Silveira, Juceli Silva, Deivid Carvalho e Haydee.Oliveira.

À banca examinadora formada pelos seguintes professores: Prof. Dr. Paulo Amarante Duarte (FIOCRUZ), pois não poderia deixar de referenciar a sua gentileza, carisma e o seu empenho em tornar cada vez mais reconhecido o campo da Psiquiatria no Brasil; Prof. Dra. Cristiana Facchinetti (FIOCRUZ), pelas valiosas observações e sugestões fornecidas na minha

qualificação; Prof. Dra. Gladys Sabina Ribeiro (UFF) por reconhecer a importância e a seriedade de seu trabalho; Prof. Dr. André Luiz Vieira de Campos, pelo reconhecido trabalho que desenvolve na área da História da Medicina além de ter sido extremamente gentil ao indicar o nome da minha orientadora; Prof. Dr. Vantuil Pereira (UFJF), um companheiro de curso que, pela extrema competência, não poderia deixar de participar da banca examinadora;

À Prof. Dra. Izabel Friche Passos, minha co-orientadora, pelo seu empenho em na consolidação de diversos grupos de trabalho sobre a Psiquiatria em Minas Gerais. Além disso, por ter me acompanhado durante esta trajetória fazendo importantes observações para esta tese.

À Prof. Dra. Magali Gouveia Engel, minha orientadora, pela sua valiosa contribuição à História da Psiquiatria no Brasil. Sua competência e suas observações elucidativas e generosidade durante a realização do doutorado e especialmente no processo de elaboração desta tese foram-me imprescindíveis.

Por fim, agradeço ao PICDT-CAPES pela oportunidade de realizar o Curso de Pós-Graduação e de concluir este trabalho.

*Por mim se vai à cidade dolente,
por mim se vai à eterna dor,
por mim se vai à perdida gente.*

*[...] Antes de mim coisa alguma foi criada,
exceto coisas eternas, e eterna eu duro.
Deixai toda esperança, vós que entraís! [...]*

(ALIGHIERI, Dante, Divina Comédia)

RESUMO

Este trabalho faz uma análise das concepções e práticas que influenciaram o Hospital Colônia de Barbacena no período de 1946 a 1979. Utilizando fontes primárias impressas e recursos de história oral por meio de entrevistas buscou-se recuperar as concepções e práticas presentes no campo psiquiátrico mineiro e, principalmente, no Hospital Colônia de Barbacena. Fez-se importante, ainda, buscar em abordagens elaboradas por diversos autores as transformações econômicas, sociais e políticas ocorridas no Brasil durante o período enfocado por esse estudo. Estas fontes forneceram substrato teórico que possibilitou uma articulação teórica sobre os desenvolvimentos político (construção da Nação) e econômico (planos de desenvolvimento econômico). Nesse sentido, identificou-se e analisou-se a assistência prestada pelas políticas de saúde e de saúde mental e seus respectivos impactos nas instituições psiquiátricas. Com isso, demonstrou-se que a opção do governo em priorizar a assistência médica individual e curativa em detrimento da saúde coletiva aprofundou ainda mais a precarização dos hospitais psiquiátricos públicos. Além disso, apesar do surgimento de inovações na assistência e no tratamento dos doentes mentais, ainda persistiram aquelas concepções e práticas que sustentavam o modelo manicomial predominante, principalmente nos hospitais psiquiátricos públicos. No caso do Hospital Colônia de Barbacena, notou-se, que o HCB ficou voltado exclusivamente ao controle e ao isolamento dos internos para ali enviados e que muitos deles morreram devido à precarização do asilamento prestado por aquela instituição.

Palavras-chave: História da Psiquiatria; Campo Psiquiátrico Mineiro; Hospital Colônia de Barbacena.

ABSTRACT

This work makes an analysis about the conceptions and practices that had influenced the Hospital Colônia de Barbacena (HCB) in the period of 1946 to 1979. Using primary sources printed and resources of oral history by means of interviews, this work intended to analyze the conceptions and practices of the Psychiatry in Minas Gerais and, mainly, in the Hospital Colônia de Barbacena during 1946 to 1979. It was important, also, to search in studies elaborated by others authors the economic, social and politic transformations occurred in Brazil during the period focused for this study. These sources had supplied theoretical basis that made possible a theoretical articulation about the developments politic (construction of the Nation) and economic (plain of economic development). In this direction, it was identified and analyzed the assistance given by the health politics and mental health and its respective impacts on psychiatric institutions. Thus, it was demonstrated that the option of the government in prioritizing the individual and curative medical assistance, in detriment of the collective health, had aggravated the precariousness of the public psychiatric hospitals. Moreover, although the sprouting of innovations in the assistance and treatment of the mental sickness, those practices and conceptions that supported the predominant manicomial model had persisted, chiefly in public psychiatric hospitals. In the case of the Hospital Colônia de Barbacena, it was reported that the HCB was destined exclusively to the control and isolation of the interns and that many of them had died because the precariousness of the services given for that institution.

Key Words: Psychiatry History; Psychiatric field of Minas Gerais; Hospital Colônia de Barbacena.

LISTA DE SIGLAS

CHP	Centro Hospitalar Psiquiátrico
CHPB	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DNS	Departamento Nacional de Saúde Mental
FEAP	Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica
FEAP	Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
HCB	Hospital Colônia de Barbacena
HGV	Hospital Galba Velloso
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
IRS	Instituto Neuro-Psiquiátrico Raul Soares
PISAM	Plano Integrado de Saúde Mental
PPA	Plano de Pronto Ação
SAME	Serviço de Assistência Médica
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SOSP	Sistema Operacional Estadual de Planejamento
SUPEHO	Superintendência Hospitalar da FHEMIG
SNS	Sistema Nacional de Saúde

TABELAS E QUADROS

TABELA 1- Movimento das pacientes do Hospital Galba Velloso: 1962-1967 (em %)	82
TABELA 2 - Indicadores de eficiência do hospital psiquiátrico público e privado por Estado brasileiro	125
TABELA 3- Número de leitos-chão por Estado, em 1968	128
TABELA 4- Movimento de novos internos no HCB por ano (1947-1952)	189
QUADRO 1- Índices sugestivos da eficiência do macro-hospital	186
QUADRO 2 - Vendas de Cadáveres pelo Hospital Colônia de Barbacena às Faculdades de Medicina (1969-1975).....	213

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
CAPÍTULO 1 CONCEPÇÕES E PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS.....	26
1.1 Concepções e práticas científicas: uma perspectiva de análise.....	28
1.2 Evolução das concepções e práticas psiquiátrica no período em estudo.....	33
1.2.1 O modelo manicomial: dos asilos-hospícios aos hospitais colônias.....	34
1.2.2 Velhas concepções para novos modelos de assistência psiquiátrica.....	39
1.2.3 Os sistemas abertos: <i>open door</i> e colônias agrícolas	41
1.2.4 A expansão dos hospitais colônias e o modelo macro-hospitalar	47
1.2.5 Recursos terapêuticos	54
1.2.5.1 Recursos terapêuticos biológicos	54
1.2.5.2 Terapias	63
1.3 Ensino e produção científica e o papel dos agentes no campo psiquiátrico mineiro.....	66
1.3.1 Tentativas de desospitalização	77
1.3.2 Sistema <i>open door</i> ou Comunidade Terapêutica?.....	77
1.3.3 Psiquiatria Comunitária ou Preventivista	84
1.3.4 Ambulatórios e Hospitais-dia	89
1.3.5 Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática.....	94
CAPÍTULO 2 O ESTADO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL.....	98
2.1 A questão nacional: desenvolvimento político e desenvolvimento econômico.....	100
2.2 Os Planos de Desenvolvimento Econômico e as Políticas de Saúde	110
2.3 O Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e as políticas de saúde mental	119
2.4 A privatização da assistência psiquiátrica X tentativas de um modelo de Saúde Coletiva e a DINSAM	129
2.5 As Fundações em Minas	141
CAPÍTULO 3 A CIDADE E AS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA.....	157
3.1 Barbacena: <i>Terra dos Bias e dos Andradas, Terra dos Doidos e Cidade das Rosas</i>	157
3.1.1 Situando Barbacena	159
3.2.1 Concepções e práticas no HCB.....	170
3.2.1 A formação do campo psiquiátrico e suas concepções e práticas: 1903-1945.....	171

3.2.1.1 A Assistência e o Asilo Colônia de Barbacena: antecedentes históricos até o ano de 1933	171
3.2.1.2 Consolidação e institucionalização do campo psiquiátrico em Minas e as práticas psiquiátricas nos hospícios: 1933 a 1945	178
3.2.1.3 Outras práticas no HCB.....	182
3.2.2 O modelo macro-hospitalar e sua decadência: 1946-1968.....	184
3.2.2.1 As práticas asilares e a gestão da Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica: 1946-1968.....	184
3.2.2.2 As denúncias na imprensa	199
3.2.3 As Fundações e as práticas do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena: 1968-1979.....	206
3.2.3.1 Nova <i>reestruturação</i> para antigas práticas	206
3.2.3.2 Pagamentos de mensalidades dos internos e a venda de cadáveres	211
3.2.3.3 Crise e início de novos tempos na Psiquiatria mineira	217
4 CONCLUSÃO.....	227
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	233
6 ANEXOS.....	252

INTRODUÇÃO

Este estudo propõe a análise das influências exercidas pelas concepções e práticas psiquiátricas no Hospital Colônia de Barbacena (HCB)¹ no período de 1946 a 1979. A delimitação desse período se justifica pela importância da consolidação do modelo asilar manicomial que se associa às propostas da política centralizadora do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). O marco inicial deste trabalho refere-se às propostas da Reforma Alvino de Paula em Minas, quando o diretor do Departamento Estadual de Saúde, Alvino de Paula, em 1946 idealiza a organização sanitária no estado e municípios. Essa reforma tentou priorizar os anseios higienistas para a saúde e para a promoção da saúde mental nos diferentes setores da atividade humana, objetivando “uma existência sadia e uma felicidade individual e coletiva” (PAULA *apud* MORETZSOHN, 1979, p. 101).

O ano de 1979 é caracterizado por uma série de acontecimentos, grande parte deles relativos às diversas denúncias de maus tratos aos doentes mentais que são veiculadas pela imprensa, pelo pronunciamento de psiquiatras mineiros e de Franco Basaglia sobre as adversidades encontradas nos hospitais psiquiátricos mineiros e pela organização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte, que reafirma a precarização da assistência psiquiátrica no Brasil, em Minas e especialmente no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena – CHPB, um dos exemplos da decadência do modelo manicomial. No caso de Minas, essa sucessão de acontecimentos obriga a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) a realizar uma série de intervenções na assistência hospitalar psiquiátrica que resultaria na reestruturação desse modelo, dando início ao processo de Reforma Psiquiátrica iniciado em 1979.

¹ Denominado Hospital Colônia de Barbacena (HCB) no período de 1934 a 1971; Centro Hospitalar Psiquiátrico (CHP) até o ano de 1977; e depois Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), nome utilizado até os dias atuais. A instituição CHPB ainda faz parte da rede hospitalar pública da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Cabe ressaltar que a denominação Hospital Colônia de Barbacena é popularmente usada até hoje para se referir à instituição.

Diversas mudanças foram então adotadas após a reestruturação do CHPB. Entretanto, manteve-se o estigma de *Cidade dos Loucos* imposto à Barbacena em decorrência da instalação do Hospital e das condições degradantes e subumanas vivenciadas pelos pacientes, que, talvez em referência ao inferno de Dante, passaram a considerá-lo um *inferno humano*; ou então, um *campo de concentração*, conforme considerou Franco Basaglia em sua vinda ao Hospital e, ainda, podia ser chamado de *fábrica de cadáveres*, devido ao alto índice de mortalidade.

Na produção acadêmica sobre o HCB/CHPB destacam-se alguns estudos importantes que denunciam as práticas de disciplinarização e de confinamento impostas aos internos pelo modelo manicomial. Os estudos sobre a instituição consistem em artigos escritos por Alvim em 1956, Tollendal nos anos 70, Coelho na década de 80 e dos livros dos psiquiatras Moretzsohn e Magro Filho, editados respectivamente em 1989 e 1992.

Ainda sobre o HCB destaca-se o estudo sociológico de Moreira, escrito em 1983, bem como as dissertações de mestrado de Duarte em 1996 e de Silva em 2005. O livro mais conhecido é o de Firmino (1982), resultado de uma coletânea de denúncias por ele realizadas no *Jornal Estado de Minas*. Também foi realizado um documentário cinematográfico denominado *Em Nome da Razão*, de Helvécio Ratton, no final da década de 1970. Apesar dessas referências, ainda persistem lacunas sobre a história do HCB/CHPB, principalmente no que se refere a trabalhos científicos. Portanto, este estudo busca aprofundar a análise das concepções e práticas psiquiátricas que influenciaram o HCB no processo de asilamento, tratamento e cura dos doentes mentais e nas estratégias empregadas pelos médicos e/ou psiquiatras do HCB.

No período delimitado por este estudo são identificadas as concepções e práticas vigentes no campo psiquiátrico que podem ser agrupadas em duas grandes concepções e práticas. A primeira é representada pelo organicismo neokraepeliano que sustenta o modelo manicomial caracterizado pelos hospícios e colônias agrícolas e pelos macro-hospitais. A segunda é decorrente dos problemas ocasionados pelo modelo manicomial que favoreceram as mudanças intramuros (Comunidade Terapêuticas) e as mudanças extra-hospitalares (Psiquiatria Comunitária ou Preventiva), objetivando tanto a humanização dos hospitais quanto a desospitalização de pacientes.

O modelo manicomial – hospícios e colônias agrícolas – é baseado no longo tempo de permanência de internação possibilitando a cronificação de doenças e o aprofundamento do problema de superlotação dos hospitais psiquiátricos públicos. Junto a esses problemas – e ainda outros que incidem sobre a precariedade no atendimento fornecido aos internos – estão

a inoperância do Estado quanto à fiscalização dos estabelecimentos ou instituições psiquiátricas e o aprofundamento de uma política privatista para a saúde, principalmente a partir da década de 1960, que contribuem ainda mais para o agravamento da crise hospitalar. Todas essas questões passam a expor a fragilidade do modelo manicomial que paulatinamente vai proporcionar a sua decadência.

Essa situação é agravada nos hospitais psiquiátricos que, como o Hospital Colônia de Barbacena, assumiram funções ou papéis a eles reservados indiretamente, como por exemplo, o de controlar “aqueles atos, atitudes, hábitos, comportamentos, crenças e valores ‘*desviantes*’”, tidos como anormais (ENGEL, 1998/1999, p. 547, grifo da autora). Dessa forma, para o Hospital eram enviados aqueles indivíduos que, por questões de ordem moral, econômica, político-cultural, atentavam contra a ordem pública por afastarem-se da norma e da disciplina. Por conseguinte, tiveram o seu “problema”, por vezes, associado à doença mental, como era o caso dos alcoólatras, homicidas, ladrões, delinquentes juvenis, homossexuais, prostitutas, enfim, os marginalizados sociais. Essas categorias são facilmente identificáveis quando são verificados os livros de registro de entrada e/ou os prontuários dos internos no arquivo do hospício.

Se por um lado, a abrangência da noção de anormalidade possibilitou a intervenção do psiquiatra na sociedade, conferindo-lhe maior poder em decorrência de sua autoridade científica, por outro lado, verifica-se que a capacidade de intervenção da maioria dos psiquiatras ficava circunscrita ao espaço hospitalar. Além disso, esse profissional começa a sofrer uma paulatina diminuição da capacidade de intervenção junto aos órgãos decisórios governamentais, devido à concorrência de outros agentes sociais notadamente reconhecidos. Isso contribuiu para diminuir sua capacidade de ter suas reivindicações atendidas pelos órgãos decisórios, no tocante às melhorias de asilamento e de tratamento dos internos, contribuindo para o predomínio de determinadas práticas como o “leito-chão, a exploração da força de trabalho, os altos índices de mortalidade por desnutrição, doenças infecto-contagiosas e toxemia, etc.” no Hospital Colônia de Barbacena. (DUARTE, 1996)

A partir dessas considerações, busca-se investigar as concepções e práticas no campo psiquiátrico mineiro e o porquê das tentativas de reformas psiquiátricas introduzidas nos hospitais psiquiátricos públicos, e legitimadas pelo Estado, não se efetivaram ou influenciaram as concepções e práticas realizadas no HCB e nem conseguiram resolver as questões relativas ao sistema manicomial ali dominante.

Sabe-se que no período de 1946 a 1979 há evidências sobre o desenvolvimento de novas concepções e práticas no campo psiquiátrico. Supõe-se, entretanto, que ocorreu uma

difficuldade quanto à implementação de novos modelos/teorias/paradigmas/concepções e de práticas psiquiátricas no campo em decorrência das políticas econômicas que condicionavam as políticas e os programas de saúde que, quando introduzidos, se mostraram precários ao atender e resolver os problemas de saúde da população, além de agravarem aqueles já existentes nos hospitais públicos.

Dessa forma, as políticas de saúde mental e, principalmente, a não introdução de novas concepções e práticas, contribuíram para o acirramento da heteronomia de seu campo, permitindo que a concorrência se fizesse de modo imperfeito, incidindo, por um lado, sobre a distribuição desigual de recursos econômicos e, por outro, sobre o reconhecimento do capital simbólico distribuído entre agentes (instituições/atores sociais). Desse modo, o campo psiquiátrico se mostrará suscetível às injunções de outras forças sociais, políticas e econômicas extrínsecas ao campo científico. Supõe-se, ainda, que uma das características mais cruciais para o HCB foi a não-incorporação de inovações de concepções e práticas psiquiátricas pelos médicos e/ou psiquiatras dessa instituição. Além disso, eles não assimilaram os embates, conflitos e estratégias inerentes ao campo psiquiátrico que pudessem provocar a reestruturação do saber e do poder no interior da própria instituição. Sendo assim, o Hospital tornou-se primordialmente uma instituição manicomial com característica de “guardião da sociedade”, buscando controlar todos aqueles atos, atitudes, hábitos, comportamentos, crenças e valores tidos como anormais, desviando-se do escopo de realizar a cura de pacientes que passaram a morrer por outras causas que não a doença mental.

É importante relatar que a utilização de diferentes fontes documentais foi importante para entender as concepções e práticas que se cristalizaram na trajetória histórica e institucional do HCB. Como é sabido, é através da pesquisa documental que o historiador pode priorizar dados de acordo com o seu interesse, sua situação e posição social, sua visão de mundo, o que nos mostra que a sua intervenção não é feita de forma isenta, assegurando uma suposta neutralidade científica. Nesses termos, “o documento não é inócuo. É antes de tudo, o resultado de uma montagem consciente ou inconsciente da história, da época, da sociedade que o produziu”. Pois, o documento trata de uma “coisa que fica, que dura; é o testemunho, o ensinamento (para evocar a etimologia) que ele traz deve ser, em primeiro lugar, analisado, desmitificando-lhe o seu significado aparente” (LE GOFF, 1984, p. 103).

Nesse sentido, realizou-se um levantamento das fontes documentais disponíveis nos arquivos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) e no Museu da Loucura localizado nas dependências do CHPB, em Barbacena. Para a reconstituição da trajetória histórica e das concepções e práticas no HCB/ CHPB buscou-se nos arquivos da instituição

alguns documentos relativos aos internos como, por exemplo, os *Livros de Entradas de Homens e Mulheres Loucos(as) e Indigentes*² e os *Livros de Entradas dos Pensionistas*. Procurou-se nas cartas, ofícios e sindicâncias indícios que pudessem confirmar as denúncias sobre algumas práticas no HCB e que foram veiculadas pela imprensa, notadamente nos jornais *Estado de Minas*, *Diário da Tarde* e *Cidade de Barbacena*, na Revista *O Cruzeiro* e pelo documentário *Em Nome da Razão*. Além disso, foram encontradas nesses arquivos fontes que comprovam a compra e venda de cadáveres, ou seja, cartas, declarações e ofícios relativos a essa prática.

O material bibliográfico, as publicações de textos e de artigos encontradas em revistas científicas foram importantes para analisar o objeto deste estudo. Nas bibliotecas do Instituto Raul Soares e do Hospital Galba Velloso, ambos situados em Belo Horizonte, foram consultados materiais didáticos composto por apostilas, textos e/ou artigos científicos que professores e/ou residentes em Psiquiatria liam e utilizavam naquelas instituições. Esse material possibilitou a reconstrução das concepções e práticas veiculadas na Psiquiatria a partir de 1968, quando se instala a residência psiquiátrica no Hospital Galba Velloso.

Também fizeram parte dessas fontes as Mensagens do Executivo ao Legislativo, Leis, Decretos-lei dos governos federal e estadual, estatutos e/ou regimentos elaborados pelo governo de Minas. Esses documentos fornecem subsídios importantes para o conhecimento e a análise das ações do poder público em relação às políticas de saúde coletiva e de saúde mental.

Todas essas fontes serviram, ainda, para complementar as informações das entrevistas e vice-versa. Além disso, a busca dessa documentação também implicou em contatos pessoais com os entrevistados e com os poucos pesquisadores que pudessem sugerir vestígios sobre documentos e/ou pistas sobre pessoas e grupos que pudessem esclarecer as concepções e práticas psiquiátricas e o impacto das políticas de saúde mental do período que abrange esse estudo. Foi um trabalho exaustivo, pois cada pista descoberta implicava a pesquisa de outras.

A metodologia de história oral, portanto, possibilitou articular e recuperar “as experiências e os pontos de vista daqueles que normalmente permanecem invisíveis na documentação histórica convencional e de considerar estas fontes como evidência” (LOZANO, 1987, p. 35). Isso permitiu o resgate do processo histórico, de modo a reconstituir o passado sob o olhar atualizado do presente.

² Essa referência é encontrada no título dos Livros de Entrada de Pacientes do HCB.

A escolha dos entrevistados priorizou aqueles atores sociais considerados significativos no campo psiquiátrico mineiro de acordo a sua posição relacional nos postos-chaves do HCB e também nas Fundações e, por isso, tiveram uma maior visibilidade sobre as concepções e práticas empregadas naquele nosocômio. Através dessas entrevistas foi possível reconstruir parte da história das concepções e práticas empregadas na Psiquiatria mineira, nos hospitais psiquiátricos públicos, especialmente no HCB. Para as entrevistas foram selecionados psiquiatras, médicos e um atendente de enfermagem que ocupavam lugar de destaque na instituição e nas Fundações durante as décadas de 1950 até final dos anos de 1970. Foram entrevistados oito agentes significativos, sendo que dois deles, após lerem suas entrevistas transcritas, não permitiram que a mesmas fossem utilizadas ou divulgadas por esta tese. O critério de interrupção do número de entrevistados ocorreu quando as entrevistas se tornaram repetitivas.

Cabe ressaltar que, considerando que estávamos priorizando a entrevista com agentes significativos que pudessem apresentar pistas na construção do objeto de estudo, o número de entrevistados reduziu-se, pois parte dos entrevistados já se encontram em idade avançada, sofrendo os limites que a idade lhes impõe.

Optou-se pela utilização de perguntas abertas ou não-estruturadas, o que permite ao pesquisado uma ampla liberdade para discorrer sobre o tema. No roteiro da entrevista constaram os seguintes temas: as concepções e práticas utilizadas no campo psiquiátrico mineiro e no Hospital; as políticas de saúde mental; a atuação dos médicos e/ou psiquiatras junto aos processos decisórios; as principais causas atribuídas à internação; os critérios de distribuição e remoção de pacientes para o HCB; a infra-estrutura do hospital e as condições de internamento; o tratamento dispensado aos internos (indigentes, pensionistas e crianças); os recursos terapêuticos e as práticas de controle e contenção dos pacientes; o relacionamento entre médicos, funcionários e pacientes; a relação do corpo técnico com a administração hospitalar e com a administração estadual; as reações da administração e do corpo médico frente às denúncias.

Para minimizar os efeitos de possíveis desigualdades entre o entrevistador e entrevistado e possibilitar uma maior interação social tentou-se estabelecer um acordo entre as antecipações e a simpatia do pesquisador e as expectativas do pesquisado. Assim sendo, são importantes tanto a visão oficial que é contada quanto os segredos dos bastidores, bem como a relação entre um e outro. Nesta interrelação, o pesquisador e os atores sociais, considerados como sujeitos-objeto da pesquisa, se interagem e, portanto, interferem

dinamicamente no conhecimento da realidade, mostrando, com isso que ambos não estão isentos de juízos de valor sobre a própria realidade.

Contudo, procurou-se no processo de entrevista *reduzir* ao máximo possível a possibilidade de a “violência simbólica” ser exercida na relação entrevistador e entrevistado. Esperou-se do entrevistado, portanto, que ele revelasse não apenas fatos dos quais tenha conhecimento, mas também sua opinião, atitudes, crenças, etc. Ao passo que do pesquisador foi esperada discrição, instaurando, assim, “*uma escuta ativa e metódica*, tão afastada da pura não-intervenção da entrevista” (BOURDIEU, 1997, p. 695, grifos do autor).

Considerando, pois, que as entrevistas estivessem livres de constrangimentos para o alcance uma construção mais realista das estruturas, das relações objetivas e objetivadas, presentes e passadas, entre sua trajetória e a estrutura dos estabelecimentos psiquiátricos que os indivíduos freqüentaram, buscou-se criar um clima de interação para que os entrevistados pudessem reconstruir a estrutura e a história do sistema psiquiátrico e institucional que nelas se exprimem. Mesmo porque uma construção realista se faz “somente quando se apóia num conhecimento prévio das realidades que a pesquisa pode fazer surgir as realidades que ela deseja registrar” (BOURDIEU, 1997, p. 706).

As entrevistas realizadas nesta pesquisa foram gravadas em fitas cassete e, posteriormente, minuciosa e literalmente transcritas e conferidas. Contudo, é importante chamar a atenção do leitor para o fato de que a própria transcrição, por mais literal que seja, torna-se uma tradução, contendo em si uma interpretação: o ato de transcrever o recorte da fala do entrevistado inserida no texto direciona, desde logo, o olhar do leitor para os traços que a percepção distraída deixaria escapar na sua leitura.

Apesar dessas questões acima evidenciadas, entende-se que a utilização deste procedimento metodológico da história oral permite ainda a constituição de novas fontes para as pesquisas históricas, uma vez que os depoimentos colhidos sistematicamente com atores significativos podem produzir novos e relevantes “conhecimentos históricos, científicos”, pois o que se busca não é “simplesmente fazer um relato ordenado da vida e da experiência” institucional desses agentes sociais (LOZANO, 1998, p. 17).

Para esclarecer os conceitos que serão abordados neste estudo, ou seja, concepções e práticas psiquiátricas vigentes que influenciaram o Hospital Colônia de Barbacena, foi preciso identificar o processo de construção da loucura enquanto doença mental, que possibilitou a criação de instituições asilares posteriormente transformadas em hospícios enquanto materialização e reconhecimento do saber e do poder psiquiátrico. Nessa perspectiva é importante destacar a contribuição daqueles estudiosos que seguem a esteira de Michel

Foucault (1993) e Robert Castel (1978) como a Machado et. al. (1978) e Costa (1883 e 1989). Nos primeiros trabalhos que orientaram a história da Psiquiatria no Brasil, os dois últimos autores discutem a questão do saber e do poder que sobrepujou as funções dessas instituições, consideradas “instituições totalitárias”, no sentido empregado por Foucault. Tornaram-se paradoxais, pois ao mesmo tempo em que seriam locais destinados à cura, contraditoriamente também seriam espaços voltados ao confinamento e à reclusão social da categoria composta pelos anormais e doentes mentais.

Há também autores como Cunha (1986), Engel (2001) e Portocarrero (2002) que fazem uma releitura do saber e do poder psiquiátricos redimensionando-os e relativizando-os. Suas teorias demonstram que, na sociedade brasileira, o saber psiquiátrico foi marcado por rupturas e descontinuidades, adequando-se conforme as exigências cotidianas face ao processo de institucionalização das práticas psiquiátricas, adaptando-se estrategicamente de acordo com a gestão política.

Como afirma Ignatieff (1987) a história das instituições não se limita apenas ao que acontece “dentro das paredes”, mas refere-se ao papel que determinada instituição social representa e à sua eficácia simbólica na reprodução da ordem social. Essas entidades, conseqüentemente, só se tornam “objetos significantes” na medida em que elas nos mostram seus rituais de poder, em que apontam “os limites que governam o exercício do poder na sociedade como um todo” (IGNATIEFF, 1987, p.186 et seq.).

Diante desta afirmação e das fontes pesquisadas, partiu-se para a construção do arcabouço teórico deste estudo em consonância com os trabalhos historiográficos. Entendendo-se que a cultura é produzida historicamente por práticas articuladas, sejam elas discursivas, políticas e sociais, destaca-se a noção de cultura elaborada por Roger Chartier (1988) e a de circularidade cultural de Carlo Ginzburg (1989). A utilização dessas noções visa configurar e articular as relações socioculturais estabelecidas entre a cidade Barbacena e o Hospital Colônia.

Foi principalmente o reconhecimento de Roger Chartier e de Sérgio Lopes (2002, p.139) da dimensão histórica da teoria bourdieusiana – que deve ser apropriada pelo historiador em suas análises – é que orientou a busca de um referencial teórico mais adequado na compreensão das concepções e práticas psiquiátricas que influenciaram o HCB no período de 1946 a 1979.

Ao propor certas categorias para se pensar o material histórico em termos do que seria uma história incorporada pelos homens, Bourdieu visa explicar o mundo social através de suas práticas e suas ações. Segundo Lopes trata-se de “seus testemunhos, sua história oral, ao

lado de uma história objetivada ou reificada ou institucionalizada”, que se acumulou ao longo dos tempos e aparece em arquivos, em estátuas, monumentos, em prédios e construções, na arquitetura, máquinas, livros, teorias, costumes, enfim em diversas coisas (CHARTIER e LOPES, 2002, p.157).

Para este trabalho é importante destacar o conhecimento praxiológico de Bourdieu cujas noções centrais são a de *habitus* e a de campo que servem de substrato teórico para entender como e por que se estruturam e se processam as concepções e práticas no campo científico – neste caso no campo psiquiátrico – e de como as práticas e as concepções não estão isentas de violência simbólica, outro conceito desenvolvido pelo autor.

A tese está estruturada em 3 capítulos que se relacionam com os objetivos específicos deste estudo. O Capítulo 1 tem como objetivo principal abordar as concepções e práticas psiquiátricas que sustentam o modelo asilar manicomial caracterizado pelas colônias agrícolas e pelos macro-hospitais. Também são descritos os recursos terapêuticos biológicos fundamentados no organicismo e as terapias de recuperação e de ressocialização dos internos.

São demonstradas as tentativas de desospitalização estimuladas tanto no espaço asilar, caracterizada pela experiência de Comunidade Terapêutica, quanto no espaço extra-hospitalar, pela introdução de concepções e práticas que visam prevenir e, com isso, promover a saúde mental. Destacam-se, ainda, as contribuições da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática para o debate de caráter político nos movimentos ligados à saúde mental e que deram início à Reforma Psiquiátrica em 1979.

O Capítulo 2 discute as ações do poder público brasileiro no domínio das políticas públicas de saúde e especificamente de saúde mental, entendidas no âmbito da prestação de serviços destinados à prevenção ou ao diagnóstico da doença e da doença mental, à assistência e ao tratamento e reabilitação dos enfermos. O objetivo consiste em identificar e analisar a assistência prestada pelas políticas de saúde coletiva e de saúde mental, bem como seus impactos nas instituições psiquiátricas. A análise busca evidenciar os vínculos das políticas de saúde e de saúde mental com as transformações econômicas, sociais e políticas ocorridas no Brasil no período de 1946 a 1979. Desse modo, o estudo examina o papel desempenhado pelo Serviço Nacional de Doença Mental (SNDM) e pela Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica, órgãos responsáveis pela formulação e gestão de políticas e programas destinados à prevenção e controle da doença mental.

As mudanças e reconfigurações no Estado brasileiro, principalmente, a partir da implantação da ditadura empresarial-militar privilegiaram o setor privado em detrimento do

setor público. No âmbito da saúde assiste-se à expansão de hospitais privados e à conseqüente decadência e abandono dos estabelecimentos públicos. O predomínio de políticas privatistas na área da saúde aprofunda a crise nos hospitais psiquiátricos, sob a coordenação da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). As fundações estatais no estado de Minas são criadas no bojo das reformas administrativas do final da década de 1960 e no decorrer da década de 1970, com o objetivo de instituir novos mecanismos de gestão pública baseados numa racionalidade técnico-empresarial. O capítulo busca, portanto, investigar os efeitos dessas políticas no Hospital Colônia de Barbacena.

A narrativa construída no Capítulo 3 divide-se em duas partes. A primeira delas constitui uma análise feita a partir das denominações que foram dadas à cidade de Barbacena, buscando compreender a relação do Hospital com a cidade.

Em seguida, através do resgate da trajetória institucional do HCB, busca-se identificar e analisar a formação do campo psiquiátrico mineiro tendo como referência o Hospital Colônia de Barbacena (HCB). Esse capítulo procura ainda identificar e analisar, sobretudo, as concepções e práticas psiquiátricas realizadas neste Hospital e que o tornaram uma instituição asilar manicomial. Além disso, intenta-se percorrer as influências daquelas concepções e práticas psiquiátricas utilizadas no HCB e que resultaram na decadência de seu modelo macro-hospitalar e de assistência psiquiátrica. Enfatiza-se, ainda, os problemas decorrentes das práticas e que resultaram na falência do modelo manicomial.

Espera-se que, com este trabalho historiográfico, seja possível propiciar ao leitor um diálogo que possa percorrer as concepções e práticas psiquiátricas que evidenciam o internamento, o asilamento, a reclusão e o confinamento de pacientes, realizados particularmente no HCB. E ainda, ao estabelecer uma relação com as tentativas de introdução de novas concepções e práticas pelos psiquiatras, tentar-se-á percorrer os caminhos da ciência que possibilitaram retirar desse hospício homens e mulheres portadores de doença mental ou considerados como anormais, além das condições subumanas vivenciadas por eles no Hospital Colônia de Barbacena.

CAPÍTULO 1

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS

Em diferentes momentos da história da Psiquiatria brasileira os médicos e/ou psiquiatras e, posteriormente, os demais profissionais da área Psi³ produziram e apropriaram e, algumas vezes, adequaram as concepções e práticas psiquiátricas – enquanto formas de conhecimento e intervenção científicas – no tratamento da doença mental, objetivando a cura de pacientes.

Categorias de enfermidades como alienação, degeneração, doença mental, psicopatia, esquizofrenia e transtorno mental são, dentre outras, doenças que estiveram e que ainda estão presentes nos quadros nosológicos de classificação das doenças mentais. Contudo, essas classificações, que assumem diferentes significados, não foram feitas de acordo com a evolução da ciência. Os pressupostos, conceitos, noções se articulam com as concepções e práticas socialmente determinadas que se coadunam com os valores, normas, percepções presentes no *habitus*⁴ existente em uma cultura e uma sociedade de determinada época. Por conseguinte, concepções e práticas foram e são criadas e recriadas, bem como condicionadas de acordo com as visões e divisões do mundo social. E é nesse fazer cultural e científico marcados por avanços, rupturas, continuidades, descontinuidades que se contextualizam as

³ Denominação dada à equipe multidisciplinar que passou a atuar na assistência médico-hospitalar e ambulatorial psiquiátrica. Geralmente essa equipe é formada por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, pedagogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc.

⁴ Na perspectiva de Bourdieu (1983, p. 15), o *habitus* se define como sistema de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, como princípio que gera e estrutura as práticas e as representações que podem ser objetivamente ‘regulamentadas’ e ‘reguladas’ sem que por isso sejam o produto de obediência a regras objetivamente adaptadas a um fim, sem que se tenha necessidade da projeção consciente desse fim ou do domínio das operações para atingi-lo, mas sendo ao mesmo tempo, coletivamente orquestradas sem serem o produto da ação organizadora de um maestro.

concepções/modelos/paradigmas/teorias e as práticas psiquiátricas no Brasil e, especialmente, em Minas Gerais.

O objetivo principal deste capítulo é o de abordar as concepções e práticas psiquiátricas no Brasil, no período de 1946-1979. Primeiramente serão introduzidos os conceitos que servirão para entender como se estruturam as concepções e práticas psiquiátricas. Serão identificadas as principais categorias de psiquiatria conforme a sua relação com a produção de pesquisas e de publicação em revistas científicas, documentos, apostilas, etc. Além disso, entender-se-á, neste estudo, que todos os conceitos de concepção e práticas presentes no campo psiquiátrico são perpassados por violência simbólica, pois visam à imposição sutil de uma forma instituída e legitimada pelo saber considerado válido no período que constitui o marco cronológico deste trabalho.

Para efeitos metodológicos, serão destacadas aqui as concepções e práticas psiquiátricas que sustentam o modelo asilar manicomial caracterizado pelas colônias agrícolas e pelos macro-hospitais. Também serão descritos os recursos terapêuticos biológicos fundamentados no organicismo e as terapias de ressocialização e recuperação dos internos.

Serão demonstradas as tentativas de desospitalização estimuladas tanto no espaço asilar, caracterizado pela experiência de Comunidade Terapêutica, quanto no espaço extra-hospitalar, pela introdução de concepções e práticas que visam prevenir e, com isso, promover a saúde mental. Destacar-se-ão, ainda, as contribuições da Antipsiquiatria⁵ e da Psiquiatria Democrática para o debate de caráter político nos movimentos ligados à saúde mental e que deram início à Reforma Psiquiátrica em 1979.

Portanto, nessa análise buscar-se-á, fundamentalmente, investigar as diferentes concepções e práticas com o objetivo de levantar elementos que contribuam para examinar as formas de assistência, tratamento, prevenção e cura da doença mental. Além disso, busca-se identificar a atuação dos agentes ligados ao campo psiquiátrico, o papel assumido pelos hospitais psiquiátricos mineiros e a influência recebida pelos agentes ligados ao Hospital Colônia de Barbacena durante o período de 1946 a 1979.

⁵ A Antipsiquiatria é uma concepção ampla que engloba todas aquelas ciências ou especialidades/escolas/correntes/teorias/métodos que contribuíram para a desospitalização.

1.1 Concepções e práticas

Para este estudo é importante destacar o conhecimento praxiológico de Bourdieu cujas noções centrais são a de *habitus* e a de campo científico que servem de substrato teórico para entender como são estruturadas e processadas as concepções e práticas no campo científico, especificamente no campo psiquiátrico. Também busca-se demonstrar a importância do conceito de violência simbólica uma vez que, no entendimento deste estudo, as concepções e as práticas existentes no campo científico não estão isentas deste tipo de violência.

A noção de concepção, entendida como construções sociais, está ligada a um saber e deve ser remetida ao *habitus* enquanto princípio gerador da maioria das práticas. Portanto, as idéias e representações, como também as concepções, sejam elas sistematizadas ou não, encontram-se presentes na subjetividade das consciências dos indivíduos, por se tratar de história incorporada, de predisposições para as práticas que são construídas ao longo das trajetórias individuais dos agentes sociais e que devem ser remetidas ao conceito de *habitus*. Essas idéias e representações são “estruturas estruturadas” porque é consequência da interiorização de estruturas objetivas. Ao mesmo tempo, são “estruturas estruturantes” porque constituem predisposições que orientam as práticas dos indivíduos e que, portanto, servem para reestruturar as estruturas objetivas.

O *habitus* é capaz de produzir práticas individuais e coletivas em conformidade com esquemas engendrados pela história e ao mesmo tempo tem a função de mediar os esquemas de representações entre as consciências individuais e as consciências coletivas. Pode-se também retirar deste conceito de *habitus* momentos dinâmicos e complementares para a construção de uma teoria das concepções e práticas e da mediação entre o sujeito e a história, entre os agentes e a história da Psiquiatria.

Para escapar da antinomia de indivíduo e sociedade, diversos antropólogos, principalmente aqueles ligados ao configuracionismo, consideram que valores, normas, obediências a regras são interiorizados pelos agentes sociais assegurando-lhes, dessa forma, a adequação das ações do sujeito e da realidade objetiva da sociedade. Nessa construção de identidade, a “personalidade base” ou a personalidade social é definida como sendo uma réplica de uma modelagem obtida pela cultura. Por conseguinte, todos aqueles indivíduos de uma dada sociedade que estivessem fora de um padrão cultural seriam considerados ‘desviantes’ (BOURDIEU, 1983, p. 78). Para Bourdieu, esse problema deve ser remetido ao *habitus* porque ele é produto do trabalho de inculcação e de apropriação necessário para que esses produtos da história coletiva consigam ser reproduzidos sob a forma de disposições

duradouras entre os indivíduos submetidos aos mesmos condicionamentos e às mesmas condições naturais de existência.

Bourdieu descreve a aquisição do *habitus* a partir da *hélix* corporal por considerá-la o *locus* privilegiado de análise do sujeito social, pois nela ficam registradas as relações de poder que, ao nível corpóreo, reproduzem o sistema de dominação presente na sociedade. As propensões subjetivas e de uso do corpo – a *hélix* corporal, é profundamente incorporada pelos indivíduos de forma consciente ou não, de modo a garantir o funcionamento *normal* da sociedade.

É possível identificar o lugar social do indivíduo através de sua *hélix* corporal, ou seja, de seus gestos, linguagem, gostos e demais emblemas que caracterizam a sua maneira de estar e de se comportar no mundo e que, ao mesmo tempo, servem de reconhecimentos das divisões entre os sexos, trabalho, classe, pois o espaço social é o local onde se exprimem todas as relações da divisão do mundo social. Portanto, cada agente torna-se tanto produtor quanto reproduzidor de um sentido objetivo às suas ações, pois o conteúdo dessas ações é consciente ou inconscientemente nele interiorizado (normas, valores, princípios etc.). Além disso, também as ações são sempre atualizadas sempre que novas situações e ações práticas requeiram disposições adquiridas marcando, por conseguinte, o lugar social do indivíduo no mundo social.

As disposições do corpo, por exemplo, se inscrevem no indivíduo e as relações de poder reproduzem, ao nível corpóreo, o sistema de dominação da sociedade. Com efeito, na definição dessa ordem, no estabelecimento de regularidades e práticas previsíveis, que visam à normalização da sociedade, foram criadas as “instituições totais” - no sentido empregado por Goffmann - que podem ser classificadas em dois tipos a partir dessa perspectiva. O primeiro refere-se àquelas instituições voltadas para a construção de *habitus* muito específico e que requerem longo período de disciplinarização dos indivíduos, como os conventos e quartéis, por exemplo. O segundo tipo de instituições são aquelas destinadas a *corrigir habitus defeituosos e/ou disfuncionais*, como é o caso de manicômios, hospícios e penitenciárias. Esse segundo tipo requer a construção de outros *habitus* sob uma forte disciplinarização/repressão que tem como objetivo restabelecer a ordem do ponto de vista dos dominantes.

Há ainda que se considerar que a questão do *habitus* é mediada por uma multiplicidade de valores que envolvem os agentes nas práticas. Ao propor a teoria dos campos, enquanto método de análise, Bourdieu sugere que o pesquisador verifique quais são as estruturas objetivas ou de subjetividade social que estão estruturadas no *habitus* como percepção,

interpretação e produção do mundo social. Tais estruturas estão predispostas a funcionar como estruturas estruturantes e tendem a impor a apreensão da ordem estabelecida enquanto discurso tido como natural por meio de sistemas de classificação e de estruturas mentais objetivamente ajustadas às estruturas sociais.

Na análise do campo social, Bourdieu recorre à teoria weberiana que, em sua análise relacional, aplicou à esfera religiosa conceitos como: concorrência, monopólio, oferta e procura. A economia dos campos, portanto, permite definir as especificidades de cada campo, os mecanismos e os conceitos mais gerais que envolvem elementos como: capital, investimento e ganho. Também esses elementos servem para descrever e analisar como se processam as lutas concorrenciais entre agentes, sem cair num reducionismo. Assim, a estrutura que reveste o campo social é definida, em cada momento, por um sistema de distribuição de capital e de ganhos, sejam eles materiais ou, mais especificamente, de ganhos provenientes de capital simbólico que se traduzem em poder, reconhecimento, prestígio, honraria e fama, na definição dos princípios legítimos de divisão de campo. Por conseguinte, os constrangimentos e os conflitos inscritos na estrutura dos diferentes campos pesam principalmente nas lutas simbólicas, pois o que se quer impor é a visão do mundo social sobre a necessidade de conservar ou transformar uma determinada estrutura.

Bourdieu (1980, p.129), salienta que “não existe ciência do discurso em si mesmo por si mesmo”, posto que é preciso abdicar de uma visão positivista do modo como são aplicadas as taxionomias pré-construídas; a utilização de amostras parciais e estatísticas que neutralizam e ao mesmo tempo excluem da análise aqueles intelectuais e cientistas “menores”, por serem incapazes de detectar os princípios de seleção e as leis que regem o acesso e o êxito no campo intelectual; e as armadilhas presentes na análise sociológica do tipo empirista e na historiografia que buscam selecionar variáveis para elucidar uma obra em sua singularidade. Antes é preciso situar o *corpus* assim constituído no interior do campo ideológico de que se faz parte, bem como estabelecer as relações entre a posição relacional do indivíduo/grupo em relação ao seu campo e também em relação aos agentes/atores/instituições que os produziu. Em outros termos, é necessário determinar previamente as funções de que se reveste este *corpus* no sistema das relações de concorrência e de conflito entre grupos situados em posições diferentes no interior de um mesmo campo que, por sua vez, também ocupa uma dada posição no campo do poder.

No campo científico há de se levar em conta não só quem são os “verdadeiros intelectuais” ou os pesquisadores, mas é necessário também considerar aqueles indivíduos que não são considerados intelectuais, mas que podem ter um papel importante na produção e

reprodução do campo científico. Caso contrário, pode-se incorrer no erro de excluir do jogo aqueles que, de alguma maneira, contribuem para a dinâmica do campo.

O campo científico, a exemplo de outros campos, é um campo de luta que não pode prescindir do político. Portanto, ao definir se um agente social é ou não é intelectual/pesquisador, deve-se ter em mente os limites do campo, pois corre-se o risco de, intencionalmente ou não, cassar-lhe a legitimidade, excluí-lo da participação do jogo e transformá-lo em uma pessoa alijada de participação no campo científico.

Nesse sentido, o campo científico é visto como um campo de poder e, enquanto local de dominação científica, é marcado por lutas concorrenciais entre agentes que detêm o monopólio da autoridade científica, ou seja, possuem a capacidade de falar e de agir legitimamente sobre uma determinada ciência/especialidade, especificamente a Psiquiatria. Portanto, esses produtores culturais, enquanto dominantes, têm a capacidade de impor um determinado paradigma/método/teoria e decidir sobre o funcionamento e a condução do campo e de publicações de paradigmas/modelos/concepções/teorias considerados válidos.

Como lugar de luta desigual, o campo científico é marcado por lutas ou estratégias de conservação, sucessão e por lutas de subversão. As lutas de conservação visam à manutenção do *status quo*, ou seja, um conjunto de instituições que são encarregadas de assegurar a produção de bens científicos e ao mesmo tempo a circulação dos produtores e consumidores desse campo. Dessa forma, as faculdades/universidades, ou como é o caso do ensino psiquiátrico, os hospitais, onde a ação pedagógica é exercida, asseguram a ciência oficial e inculcam um *habitus* científico nos acadêmicos/ estagiários/ residentes. O *habitus* científico é um *modus operandi* que funciona segundo as normas da ciência, “sem ter as normas na sua origem: é esta espécie de sentido do jogo científico que faz com que se faça o que é preciso fazer no momento próprio”. Assim, segundo Bourdieu (1989, p.21-3), o *habitus* científico é entendido como um modo de produção científico que supõe um modo de percepção, um conjunto de princípios de visão e de divisão de mundo, de percepções, de conteúdos e de saberes, de métodos e de técnicas que se transmitem entre aqueles que ensinam e aqueles que aprendem.

Ressalte-se, pois, a importância da noção de campo científico para que se entenda como se processam as lutas concorrenciais no campo psiquiátrico. Considerando que o campo impõe a cada agente sua estratégia, esse poderá optar por estratégias de sucessão que asseguram a transmissão de capital acumulado de um agente dominante e uma carreira previsível, o que lhe impõe limites, uma vez que ele terá que se guiar dentro de limites autorizados; ou por estratégias de subversão que impõem aos agentes riscos e custos ao seu

investimento na redefinição dos métodos e dos paradigmas de uma ciência/especialidade científica.

O campo científico, tal como estratégias políticas, outorga poderes a um agente e/ou grupo de dominantes a oportunidade de ocupar posições mais altas na estrutura de distribuição de capital científico. Em decorrência de sua posição relacional, portanto, o indivíduo ou grupo poderá transitar em diferentes esferas do campo social, especialmente do campo político. Sendo assim, o capital simbólico acumulado e transmitido, em certas condições, é reconvertido em outras espécies de capital, garantindo-lhe o acesso a cargos administrativos e de poder decisório junto aos órgãos governamentais. Com isso, ele poderá, mais tarde, instituir e/ou interferir na consolidação de políticas públicas – nesse caso políticas na área de saúde mental –, bem como elaborar reformas psiquiátricas⁶.

Quando os campos ou subcampos científicos perdem a sua relativa autonomia que, até então, usufruíam, grandes problemas surgirão. Isso quer dizer que o campo se cristalizou em sua dependência deixando de se tornar autônomo, como enfatiza Bourdieu (2004). Assim, no momento em que outros campos demonstram suas imposições e demandas, mostram correlações de força através de estratégias que passam a exigir e impor novas regras no funcionamento do campo, interferindo, por conseguinte, no saber e poder dos psiquiatras. Essas mudanças que ocorrem no campo psiquiátrico revelam a sua heteronomia, uma vez que a estrutura do campo é determinada pela distribuição de capital científico e outras espécies de capitais que os agentes acumulam num determinado momento.

Dessa forma, busca-se nas noções de *habitus* e de campo científico elementos que possibilitem entender como foram estruturadas e processadas as concepções e práticas no campo psiquiátrico mineiro. É importante considerar, portanto, que o campo científico não é somente estruturado a partir do saber e do poder dos “verdadeiros intelectuais” mas é necessário também buscar aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para a consolidação do campo psiquiátrico mineiro, posto que se constituiria um erro excluir do jogo aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para a dinâmica do campo.

Também há de se destacar outra importante noção utilizada por este estudo: a violência simbólica, que está formalizada tanto no campo científico quanto no Direito, sendo institucionalizada por meio de leis, decretos, regulamentos e normas. Assim, a violência simbólica configura-se como um conceito relevante para este estudo, já que perpassa todas as relações entre os agentes sociais (instituições/grupos/indivíduos) e permeia também as

⁶ Este caso se aplica também aos pesquisadores aplicados, como será explicitado adiante.

diversas esferas dos campos sociais. A violência simbólica é um tipo de violência que não constitui uma coerção física, mas uma “violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou mais precisamente do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento” (BOURDIEU, 2007, p. 8).

A violência simbólica está presente tanto nos emblemas, símbolos e signos culturais, quanto e, especialmente, no reconhecimento da autoridade na maneira tácita e indiscutível que é exercida por certos agentes sociais e instituições sociais. Por conseguinte, esse tipo de violência muitas vezes nem é percebida enquanto violência, mas sim como uma espécie de interdição desenvolvida com base em uma concordância/consentimento que se exerce *naturalmente* em relação ao outro, que é dominado. Posto que, a violência simbólica se expressa pela imposição *legítima* e dissimulada de um conceito/concepção/prática, e que depende do consentimento ou submissão simbólica dos dominados em relação à postura dos dominantes (ou da autoridade daquele que pode fazer ver, crer e falar de forma autorizada), ela não pode ser vista “senão ultrapassando a alternativa de pressão e do consentimento (às razões), da coerção mecânica e de submissão voluntária, livre, deliberada” (BOURDIEU, 2007, p.49).

Em síntese, tentou-se demonstrar que as concepções e as práticas devem ser remetidas ao *habitus*. Ao classificar, hierarquizar os segmentos dos médicos e/ou psiquiatras de acordo com os saberes presentes no campo psiquiátrico demonstrou-se que neste campo científico há concorrências que se fazem por meio de disputas e estratégias pelo monopólio do saber e do poder, como ficou exemplificado acima. Assim, a condução do campo se faz em maior ou menor intensidade e de acordo com a disponibilidade de capital simbólico e da posição relacional que um determinado agente (médico/instituição) detém e/ou ocupa numa determinada época. Além disso, a presença da violência simbólica no discurso psiquiátrico se estende às concepções e práticas psiquiátricas.

1. 2 Evolução das concepções e práticas psiquiátricas no período em estudo

Na exposição de motivos da reorganização do Departamento Estadual de Saúde de Minas Gerais (1946), o diretor deste Departamento, Alvino de Paulo, apresentou ao Interventor do Estado, João Tavares Correia Beraldo, a necessidade de reestruturar os serviços de saúde, pois

[...] esta organização de quase 20 anos é ainda a que prevalece até o presente momento, com melhoria em alguns setores, e cortes, por motivos vários em outros. [...] A assistência a psicopatas também mereceu a nossa particular atenção. Foi prevista, além do melhoramento do Instituto Raul Soares, do Hospital Colônia de Barbacena, a construção de mais 3 Hospitais Colônias no Norte de Minas⁷. (MOREZTSOHN, 1989, p. 101)

Tanto neste quanto em vários documentos constata-se referências dos modelos que se sustentavam no macro-hospitalar enquanto modelo hegemônico decorrente da política expansionista do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1941-1970). Esse modelo foi encontrado nos principais centros e cidades (em alguns casos no interior do país) enquanto padrão de atendimento da assistência pública adotada da década de 1940 a 1970. Ao lado dos macro-hospitais estão os asilos colônias ou colônias agrícolas, geralmente localizados nas periferias das cidades ou nas cidades do interior.

Diante desta constatação, resta-nos indagar sobre quais concepções e práticas sustentaram o macro-hospital, bem como os asilos-colônias. Para percorrer essa trajetória é necessário buscar os começos desses modelos que se consolidaram na história da Psiquiatria brasileira. Entende-se, portanto, que, para este estudo, o desenvolvimento das concepções e práticas psiquiátricas não será considerado como progresso ou avanço, mas como o desenrolar de um processo que permitirá apreender as relações históricas que desencadearam a Reforma Psiquiátrica, iniciada em 1979.

1.2.1 O modelo manicomial: dos asilos-hospícios aos hospitais colônias

O hospício foi instituído no Brasil no século XIX, com a fundação do Hospital Dom Pedro II, no Rio Janeiro. Em Minas Gerais, a Assistência a Alienados foi inaugurada em 1903, em Barbacena. Ambos se caracterizavam por acolher apenas doentes mentais para fornecer-lhes tratamento médico sistematizado e especializado nas dependências de suas enfermarias.

Da tentativa de afirmar o hospício como local terapêutico surgiram teses como a do médico Silva Peixoto intitulada *Considerações Gerais sobre Alienação Mental* (1837),

⁷A última organização da Diretoria de Saúde Pública no Estado de Minas Gerais foi realizada pelo Decreto n. 8116 de 31 de dezembro de 1927. Conforme verificação nas Mensagens do Executivo para o Legislativo, em anos subsequentes, a construção dos hospitais no Norte de Minas não se efetivou.

fundamentada na teoria do francês Esquirol⁸. Segundo ele, o delírio se aloja no cérebro do doente, perturbando o funcionamento de sua inteligência, diferentemente da perda de pensamento e desrazão.

Conforme avalia França (1990, p.100), a originalidade da tese de Silva Peixoto prende-se ao fato de que a abordagem do médico se “contrapõe radicalmente à antiga concepção de loucura associada a um delírio momentâneo”. Nessa concepção, caberia aos alienistas tratarem as manifestações da loucura, controlando suas causas, as perturbações afetivas, morais e intelectuais dos indivíduos. Assim, a loucura passa a ser vista como se desprendendo do delírio e unindo-se ao vício. Desse modo, o louco deveria ser enclausurado, pois estava propenso a todo tipo de “deformação” – libertinagem, vagabundagem, onanismo, ninfomania, prostituição, alcoolismo, etc. – por se tratar de um indivíduo com má formação moral, desordeiro, transgressor das normas sociais e desrespeitador da autoridade. Apesar dessa orientação, havia uma distância entre aquilo que era divulgado e as medidas tomadas pelos médicos e/ou pelos órgãos de saúde pública.

As produções científicas dos alienistas brasileiros do século XIX constituíam geralmente em repetições das teorias dos alienistas franceses, o que não impediu o avanço do saber psiquiátrico enquanto especialidade da medicina. Dessa forma, ocorria o reconhecimento dessa especialidade médica por outras esferas sociais, cabendo ao alienista, juntamente com outros segmentos sociais, exigir do Estado um espaço medicalizado – o hospício, local onde esse profissional seria reconhecido pela sua autoridade e competência de falar e agir legitimamente sobre a loucura.

Indubitavelmente, a teoria da degenerescência de Morel adotada pelos alienistas brasileiros forneceu instrumental adequado “à associação da loucura com os processos sociais e políticos que, de certa forma, a ‘*explicam*’ a despeito de [...] determinação biológica [dos indivíduos]” (CUNHA, 1986, p.50, grifo da autora). Com o advento da República, os positivistas, muitos deles médicos, buscaram nesse modelo suporte teórico na elaboração de trabalhos científicos estabelecendo princípios para a construção da identidade nacional, tornando-se adeptos e convertendo seus seguidores em *missionários do progresso*, pois acreditavam que seu método fosse capaz de conduzir à plena saúde do corpo social. A teoria

⁸Segundo Bercherie, Esquirol (1775-1840) definiu a loucura como sendo uma afecção cerebral comumente crônica, sem febre, caracterizada por distúrbios de sensibilidade da inteligência e da vontade. Sucintamente pode-se dizer que, o médico descreveu os diferentes graus de idiotismo; diferenciou a idiotia da loucura; dividiu a demência em sua forma aguda curável e as formas incuráveis: a demência senil e a demência crônica e por último, criou as classes das monomanias (intelectuais, afetivas ou racional e a instintiva ou sem delírio). (BERCHERIE, 1980, p.48-56).

da degenerescência possibilitou a ampliação do conceito de alienação mental, não muito clara para os alienistas brasileiros, alargando-se para a definição de doença mental, o que repercutiria na prática psiquiátrica.

Para Morel a degenerescência constituía-se de desvios patológicos do tipo normal da humanidade que geralmente originavam-se de intoxicações diversas por moléstias adquiridas ou congênicas, pelo meio ambiente e pela transmissão hereditária. “Esses desvios [do tipo primitivo da espécie humana] trouxeram variações, das quais algumas constituíram raças capazes de se transmitir com uma característica típica especial; e outras criaram esses estados anormais nas diversas raças” (MOREL, 2008, 499).

De acordo com essa teoria, a herança se transmitia por meio de sucessivas gerações e não se restringia apenas ao plano biológico, mas incluía ainda as dimensões intelectuais, morais e de comportamentos. Assim, os efeitos da transmissão hereditária da morbidade tenderiam a acentuar os traços da tara adquirida pelos predecessores nas gerações subseqüentes. Além disso, uma linhagem acometida pela degeneração tenderia a acumular e acentuar seus desvios e, no limite, acarretaria a degradação. Tal ocorrência, entretanto, seria impossibilitada, uma vez que a capacidade de transmitir um determinado tipo de degenerescência presente nos anormais (delinqüentes, alcoólatras, viciados, prostitutas, tarados, sífilíticos, negros, etc.) resultaria, com o passar do tempo, na sua própria esterilidade e extinção. Tratar-se-ia, portanto, de uma forma encontrada pela natureza para eliminar os degenerados, bem como os seus vícios desenvolvidos e acumulados por uma geração e que poderiam ser transmitidos à sua descendência.

No início do século XX houve a preocupação dos alienistas em estender os seus domínios de ação e intervenção psiquiátrica para o campo social e, com isso, reafirmar a especialidade psiquiátrica enquanto espaço do saber. Para tanto, o saber psiquiátrico precisaria delimitar a diferenciação conceitual entre a anormalidade e a verdadeira doença mental, pois deveriam ser patologizados tanto o louco propriamente dito quanto o louco em potencial, ou seja, todo indivíduo normal que pudesse sofrer um processo de degeneração em seu meio social; e ainda os anormais, degenerados que, por serem vulneráveis, estariam sujeitos a adquirir uma doença mental e se tornarem potencialmente perigosos. Considerando, pois, que a anormalidade era percebida como um desvio mental, ela deveria então ser medicalizada, isto é, ser submetida à racionalidade médica.

Os psiquiatras brasileiros reuniram as concepções dos alienistas franceses e alemães, entre eles Magnan (1842), Kraft-Ebing (1888) e Kraepelin⁹ que, com base na teoria de Morel (1860) inseriram, por um lado, a “categoria das degenerações no universo das moléstias mentais ratificando a perspectiva organicista, por outro, a ampliação dos limites entre ‘normalidade’ e ‘anormalidade’ ”(ENGEL, 2001, p.138-39).

As concepções psiquiátricas desenvolvidas com base na teoria da degenerescência ampliaram o universo de intervenção psiquiátrica proporcionando o alargamento de possibilidades de psiquiatrização da sociedade. A partir de então, os alienistas passaram a exigir o poder de exercer a sua função dentro e fora do espaço asilar, evitando que o tipo degenerado obstaculizasse o projeto de construção da Nação. Nesse sentido, a Psiquiatria assumiu os contornos de uma especialidade autônoma no interior da Medicina Social que, juntamente com outros campos do saber como a criminologia, a engenharia sanitária e a assistência social dentre outras instâncias, foram capazes de intervir no espaço urbano e agir preventivamente no sentido de “esquadrinhar a população da cidade” (CUNHA, 1986, p.40).

Para que a Psiquiatria recebesse o estatuto de cientificidade, Juliano Moreira juntamente com seus adeptos, adequou o conceito de anormalidade desenvolvido pela teoria da degenerescência de Morel – considerada insuficiente para a compreensão da racionalidade da loucura – à teoria de Kraepelin. Na classificação de Kraepelin ficaram estabelecidas as entidades nosográficas nas quais os conceitos de ordem moral se misturam aos conceitos relativos às doenças de caráter orgânico, que por sua vez, se explicitam e se entrelaçam na etiologia e sintomatologia das enfermidades. Conforme Portocarrero, Juliano Moreira apresenta um quadro classificatório das doenças, a partir da teoria de Kraepelin, onde a relação “entre loucura, inteligência e a vontade continua sendo importante para a descrição dos mecanismos das moléstias mentais, como foi para Esquirol” que atribuía ao conceito de doença mental as diferentes formas de loucura, caracterizadas “pelo delírio, como a lipomania, a monomania e a mania, e outras pela desrazão, como a demência e a idiotia, definindo a loucura pelo delírio, embora desde Pinel a Psiquiatria postulasse a existência de uma loucura sem delírio” (PORTOCARRERO, 2002, p. 77). Em Juliano Moreira, por exemplo, a causa da loucura é atribuída à “ação das toxinas sobre o córtice cerebral, associada às perturbações

⁹ Com Emil Kraepelin (1899-1914) inaugura-se a moderna Psiquiatria, caracterizada pela descrição e classificação dos sintomas e da evolução de diversos grupos de doenças endógenas ou exógenas que devem ser agrupadas para se garantir um diagnóstico e prognóstico das afecções mentais. Kraepelin referia que as doenças mentais são principalmente causadas por lesões físicas e psicológicas. Suas teorias psiquiátricas dominaram o campo da Psiquiatria no início do século XX e na sua essência, até os dias de hoje. (Cf. BERCHERIE, 1980)

gerais do organismo, esta explicitação se dá numa linha puramente organicista” (PORTOCARRERO, *op. cit.*, p. 77).

No momento em que Juliano Moreira conseguiu fazer o discurso da medicina clínica ir ao encontro do conhecimento sobre a loucura, dando-lhe uma nova configuração no âmbito do saber e da prática, inaugurou-se a ruptura da prática asilar e, com isso, ficou demarcada a descontinuidade do saber psiquiátrico brasileiro. Segundo Portocarrero “seu objetivo é obter uma objetividade do mesmo tipo que a médica, por meio de seus estudos no campo da etiologia orgânica dos distúrbios mentais de maneira muito mais articulada” (PORTOCARRERO, 2002, p. 65).

Por meio de um elo entre teoria da degenerescência e as causas biológicas das doenças, os psiquiatras brasileiros estabeleceram diversas entidades clínicas que pretendiam abarcar todas as perturbações mentais. Com base na noção de periculosidade latente surgiram planos de prevenção da doença mental e da criminalidade através da assistência psiquiátrica aos epiléticos e alcoólatras, do combate à propaganda de bebidas alcoólicas e da adesão à seleção dos imigrantes e dos militares. Tais medidas foram práticas próprias da Psiquiatria de meados do século XX, fundamentadas cientificamente pelo modelo teórico de Juliano Moreira a partir das causas da anormalidade e da doença mental.

Isso se tornou possível à medida que Moreira conseguia estabelecer uma correspondência entre as concepções e a prática, pois incrementava a pesquisa e orientava estudos e verificações, reunindo um grande número de dados estatísticos para a elaboração da teoria da doença mental tornando-a mais abrangente.

A partir de Juliano Moreira, as questões de cunho científico – como o conceito de doença mental, critérios de classificação, embasamento médico e terapêutico etc. – começam a ser debatidas e, sobretudo, trazidas tanto quanto possível para a prática psiquiátrica, agora com a preocupação de investir na criação de um novo sistema de assistência ao alienado, que esteja mais de acordo com o programa de ordenação social do governo Rodrigues Alves. (PORTOCARRERO, 2002, p.100)

Paradoxalmente, a Psiquiatria não conseguiu resolver os problemas relativos à medicalização do asilo e da assistência. Contudo, ela ampliou os seus domínios nas superfícies de emergência da loucura, buscando novos espaços de intervenção em outras instâncias não-médicas como a família, a escola, as forças armadas e as fábricas, onde fosse possível prevenir a população instituindo medidas de prevenção por meio da divulgação de programas de higiene e princípios eugênicos que visassem à melhoria da raça.

Portocarrero, parafraseando Robert Castel, referiu-se ao projeto de medicina e assistência, de um lado, e de recuperação preventiva, de outro lado. Para a autora, tal

prevenção não visava agir sobre o indivíduo, mas modificar o meio com programas de higiene que demonstrassem as tentativas mal sucedidas da Psiquiatria de estabelecer “uma unidade entre tecnologia asilar, o código nosográfico, mal distinguido de uma fenomenologia social da desordem e do novo projeto de assistência”. Tal tentativa “não resulta, entretanto, de uma síntese, ao contrário, acaba por caracterizar a medicina mental como um sistema de dois pólos: trabalho sobre as populações tratadas nos hospícios e atividades de prevenção com fraco suporte institucional” (PORTOCARRERO, 2002, p. 104).

1.2.2 Velhas concepções para novos modelos de assistência psiquiátrica

A concepção organicista coexistiu, nas primeiras décadas do século XX, com outros modelos de tratamento psiquiátrico, como é o caso da implantação na assistência psiquiátrica do sistema *open door*, de colônia agrícola. Dessa forma, os recursos terapêuticos biológicos foram adotados juntamente com outros recursos terapêuticos – praxiterapia, assistência heterofamiliar e a ludoterapia, visando à recuperação e ressocialização de doentes com diversos tipos de perturbações mentais e/ou anormalidades. Esses novos modelos forneceram um aspecto democrático e de liberdade aos asilos-hospício no tratamento dos pacientes, quebrando seu caráter fechado que era baseado no princípio de isolamento de Esquirol e passando a fornecer aos indivíduos considerados anormais e degenerados uma assistência que os recuperasse para a vida social.

Na teoria de Kraepelin, na qual foi baseado o novo modelo de assistência ao alienado, a Psiquiatria teria a sua atenção dirigida em dois modos de ação. O primeiro deles consistia em assistir por meio de novas técnicas terapêuticas e preventivas não apenas aos doentes mentais, mas também àqueles indivíduos considerados desviantes morais - alcoólatras, sífilíticos, epiléticos, delinqüentes e criminosos¹⁰ - e aos indivíduos, que pela sua socialização e educação *defeituosas*, acrescidas pela sua predisposição hereditária adquirida do meio em que vive, poderiam tornar-se, mais tarde, indivíduos predispostos a contrair uma afecção mental. O segundo tipo de ação destinava-se às instituições totais no sentido empregado por Goffman, ou seja, a família, a escola, os quartéis, criando para elas dispositivos legais, psiquiatrizando-

¹⁰ Para aprofundamento na discussão do conceito de periculosidade que deram origem aos Manicômios Judiciários vide *As razões da tutela: Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil* de Pedro Godinho Delgado; e *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios* de Magali Gouveia Engel principalmente Capítulo 3.

os para assim transformá-los em instrumentos auxiliares de ação terapêutica e prevenção contra a loucura, que caracteriza a prática psiquiátrica do século XX.

As propostas de divisão dos internos em pavilhões, dos modelos de assistência psiquiátrica (sistemas *open door*, a colônia agrícola) e os recursos terapêuticos (praxiterapia, assistência hetero-familiar), e também o atendimento e tratamento realizado em ambulatórios de profilaxia mental ficaram expressos em diversos Regulamentos¹¹ expedidos pelo governo de Minas nos anos de 1922, 1927, 1934 e 1946. Eles denotaram o movimento de alargamento do campo psiquiátrico que não se restringia somente ao espaço asilar, mas se estenderia para uma biopolítica, como sugeriu Foucault (1998). Isto é, tratava-se de disciplinas que objetivam o corpo do indivíduo no sentido de buscar à sua normalização e adestramento por meio de diversas instituições sociais (a família, a escola, os conventos, os quartéis, a fábrica, o hospital, a prisão, etc.). Nesse sentido, o poder disciplinar imposto por essas instituições que controlava gestos, atitudes, comportamentos dos indivíduos contribuiriam para a “docilização” dos corpos tornando-os “úteis” ao processo produtivo.

A divisão dos doentes no interior do espaço asilar deveria se basear na possibilidade para o trabalho do interno. Eram separados os inválidos ou incuráveis dos crônicos, ou seja, distinguia-se aqueles indivíduos que, por uma seqüela física, psíquica ou neurológica, não tinham capacidade para a atividade laboral; daqueles que poderiam ser recuperados como força produtiva e ressocializados voltando ao convívio social. Dessa forma, o trabalho não consistia somente um recurso terapêutico, mas um fator fundamental para diferenciar o indivíduo normal, socializado e produtivo daquele que é anormal ou degenerado, portanto, improdutivo.

Do ponto de vista da arquitetura hospitalar, o esquadramento do espaço asilar em divisões que obedeciam ao princípio de liberdade e a percepção do indivíduo como força produtiva, estiveram intrinsecamente ligados à assistência ao doente mental determinando a construção do asilo em pavilhões separados para diversos tipos de doentes. Para os doentes acometidos por psicoses agudas curáveis, esses deveriam ser destinados a um hospital urbano, com enfermarias e/ou pavilhões fechados para tratamento e sob vigilância contínua. Nele deveria haver pavilhões de observação para os recém-admitidos e enfermarias e/ou pavilhões para os casos agudos. Os indivíduos propensos ao suicídio deveriam permanecer em vigilância contínua. Os crônicos e também os psicopatas, ou seja, aqueles indivíduos que representassem

¹¹ Entende-se que as Leis, Decretos-leis e Regulamentos expedidos pelo Executivo condensam e legitimam as diversas concepções e práticas, pois antes delas serem institucionalizadas pelo Estado ocorreu um amplo debate no campo científico. Não havendo publicações científicas que dêem conta desses modelos de assistência, estar-se-á fazendo uso dos Regulamentos enquanto recurso metodológico.

perigos e perturbações para a ordem pública e que pudessem trabalhar e ser ressocializados, deveriam ser remetidos para as colônias agrícolas, enquanto que os inválidos deveriam permanecer em pavilhões especiais.

Em relação ao grau de liberdade, foi determinada a distribuição dos internos no espaço asilar em pavilhões de transição para aqueles que não necessitam de vigilância contínua. Ali, o interno seria observado por um período de 90 dias. Caso não melhorasse e apresentasse reações incompatíveis com a natureza do regime, o paciente seria transferido para um serviço fechado. Deveria haver também a separação entre tranqüilos e agitados; pavilhões abertos para os sociáveis e, pavilhões de isolamento para as doenças contagiosas como a tuberculose, lepra, e para os casos de “loucos furiosos”. Tais disposições encontram-se expressas no Regulamento da Inspetoria Geral de Assistência Hospitalar e de Alienados do Decreto-Lei n.11.276 de 1934.

Assim, ficou demonstrada a coexistência do organicismo com outros métodos no tratamento de pacientes. Além disso, verificou-se que a distribuição e a divisão dos doentes no interior do espaço asilar foram providenciadas conforme a sua capacidade para o trabalho, separando-os nas categorias de incuráveis e curáveis. Evidenciou-se também o esquadramento do espaço asilar e a distribuição dos internos em relação ao grau de liberdade.

1.2.3 Os sistemas abertos: *open door* e colônias agrícolas

O sistema *open door* deveria ser associado a outros pavilhões destinados à observação e ao tratamento das moléstias nervosas e mentais. Nesses pavilhões deveriam ter seções que permitissem a classificação das doenças mentais separando os internos por sexo e dividindo-os por enfermarias conforme a classe de doença que os acometia.

Conforme o Regulamento da Assistência a Alienados em Minas Gerais, o hospital deveria oferecer em cada uma das divisões: quartos, dormitórios, salas de recreação e enfermarias. Além disso, no hospital haveria uma divisão cercada de parques e jardins voltados à cura e ao exercício de ginástica ao ar livre, “jogos permitidos em boa sociedade”, espaços para leitura, música, outras atividades compatíveis com a disciplina e boa ordem da casa. Além disso, o interno poderia receber visitas de parentes sempre aos domingos, mais ou menos vezes, conforme a sua categoria de indigente ou pensionista (DECRETO n.6.169, de 1922).

Presume-se que neste espaço não havia grades, celas fortes ou camisa de força que restringissem o movimento dos internos. Sem repressão nem uso de mecanismos coercitivos ou de punição, tinha-se uma ilusão de liberdade em que o paciente podia dedicar o seu tempo a atividades ligadas principalmente ao exercício físico e mental, ao lazer e ao deleite, adaptando-se a uma vida calma e tranqüila tornando-se receptivo ao tratamento e, por conseguinte, transformando o seu comportamento.

Para Portocarrero, a eliminação de tais medidas de força não significa, contudo, a diminuição da repressão ao doente mental no hospício. “Ela representa apenas uma maneira de torná-la mais científica, e de exercê-la de forma mais sutil sob a forma de clinoterapia” (PORTOCARRERO, 2002, p. 125). A clinoterapia consistia num método terapêutico pelo qual o doente ficava em repouso absoluto, deitado na cama em decúbito, não se sabe se ventral ou dorsal, geralmente recebendo alimentação por via parenteral. Esse recurso terapêutico era “recomendado para certos casos de melancolia e psicoses, estados de excitação maníaca, confusão mental e esquizofrenia além de constituir um calmante para os rebeldes” (LOPES RODRIGUES, 1929, p.74).

O argumento apresentado em 1922 por Arthur Silva Bernardes, Presidente de Minas, para a criação de um hospital Colônia anexo à Assistência a Alienados baseava-se na idéia de “transformar a Assistência de Barbacena, de simples depósito de loucos [...] em um hospital de tratamento, onde os doentes, como nos demais hospitais, possam recuperar a saúde e a liberdade”. Além disso, as colônias agrícolas anexas aos hospícios, geralmente localizadas na periferia das cidades, deveriam atender aos postulados da Psiquiatria moderna. Para tanto, a Colônia de Barbacena seria adaptada e desenvolvida “de forma que o trabalho seja clinicamente orientado como elemento de cura e não como fator econômico”, mas com o intuito de complementar o tratamento do paciente (BERNARDES *apud* MORETZSOHN, 1989, p. 27). No caso de Minas, especificamente em Barbacena, foi indispensável a anexação de uma colônia na Assistência a Alienados, onde enfermos de qualquer sexo pudessem se entregar aos trabalhos agrícolas e de agropecuária, pequenas indústrias, olaria e trabalhos domésticos.

Conforme salienta Amarante e concorda Engel (2002, p. 288), o projeto de implantação das colônias Conde de Mesquita e São Bento pretendia minimizar os problemas decorrentes da superlotação no Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro. No caso de Minas Gerais, essa proposta visava desafogar a Assistência de Alienados em Barbacena, bem como atender aos internos transferidos do recém-inaugurado Instituto Raul Soares (1922) para o Hospital Colônia de Barbacena (1922).

Coadunando com a proposta veiculada no campo psiquiátrico, o governo mineiro concebia que a instalação desse modelo de assistência em Barbacena tinha uma dupla vantagem, conforme estabeleceu a Parte Especial do Regulamento da Inspetoria Geral de Assistência Hospitalar e de Alienados. Primeiro, porque o doente mental modificaria as peculiaridades de sua doença considerada pelos psiquiatras como sendo “nociva e perigosa, em atividade produtiva e disciplinada”, contribuindo também para que houvesse uma sensível melhoria para o seu estado mental. Segundo, porque ele se tornaria um indivíduo produtivo, do ponto de vista econômico e, ao mesmo tempo, deixaria de ser “um peso morto ao orçamento do Estado” (DECRETO-LEI n.11.276 DE 1934).

Baseados naquelas premissas, as colônias agrícolas foram criadas visando atender àqueles indivíduos tidos como anormais, categoria que estão inseridos os “loucos mansos e indigentes”¹². Tratavam-se de internos transferidos do Instituto Raul Soares (IRS) para o Hospital Colônia de Barbacena (HCB) que, por sua incurabilidade ou curabilidade em longo prazo “demandem repouso ou isolamento” (Art. 20 do Decreto-Lei n.11.276 de 1934). A parte colonial seria destinada para doentes que se adaptassem ao regime de liberdade vigiada, *open door*, e que fossem aptos a receber ou tratamento pelo trabalho como meio de readaptação da atividade laborativa, ou então assistência hetero-familiar como meio de readaptação social.

Nesse espaço, a divisão basear-se-ia em sexos, cabendo aos homens entregarem-se às atividades agropecuárias e de hortifrutigranjeiros ou então às oficinas de carpintaria, marcenaria, serralheria e colchoaria. Às mulheres caberia o exercício de tarefas ligadas aos trabalhos domésticos, como lavanderia, cozinha, trabalhos manuais e pequenas atividades industriais.

Na parte anexa à colônia seria criado um serviço que pudesse separar os epiléticos dos oligofrênicos. Ficam também previstos a admissão, a hospitalização e o tratamento de toxicômanos nos estabelecimentos psiquiátricos bem como a criação de secções especiais para o internamento de menores anormais que, até então, ficavam misturados aos doentes mentais adultos. Entretanto, essa separação não se concretizou no HCB. Os alcoólatras, que constituíam a população majoritária dos hospícios, seriam também internados em prédios especiais, pois o embriagado era “considerado pelos seus hábitos um indivíduo nocivo à sociedade” (DECRETO n. 6.169, de 1922).

A constatação de estigmas físicos e psíquicos de degeneração nos exames clínicos era objeto de uma cuidadosa observação dos médicos, que visavam ao controle desses indivíduos

¹² Essa referência é encontrada no título dos Livros de Entrada de Pacientes do HCB.

tanto preventivamente, no que tange à preocupação com a procriação e à disseminação de taras genéticas aos seus descendentes, quanto ao objetivo de se construir uma “Nação” saudável e “civilizada”.

Como pôde ser verificado, no século XX o foco da assistência psiquiátrica para os anteriormente considerados como “degenerados morais” (os alcoólatras, sífilíticos, prostitutas, criminosos, delinquentes, negros, imigrantes, idiotas e imbecis) e portadores de taras que poderiam ser adquiridas no meio ou por hereditariedade, se deslocou para a reeducação pelo trabalho realizado ao ar livre enquanto higiene mental.

A reeducação e o controle desses indivíduos assumiram posições diferenciadas nas opiniões de Juliano Moreira e Renato Kehl. Juliano Moreira (1905) considerou que aquelas categorias de indivíduos deveriam ser esterilizadas para que não procriassem e não pudessem transmitir suas taras aos seus descendentes. Propôs um trabalho de higiene mental desde a alfabetização nas oficinas, nas escolas secundárias e superiores, nas casernas, ou seja, em todas as instituições sociais capazes de fazer e efetivar uma profilaxia mental

[...] contra os fatores de degradação da nossa gente sempre sem ridículos preconceitos de cores ou castas, mesmo porque só assim os que foram senhores e compenetraram de sua superioridade, merecerão ser absolvidos do feio pecado de terem vivido por muito tempo fartamente mercê do trabalho desmoralizado dos outros que eles ou seus ascendentes degradaram e escravizaram. (MOREIRA *apud* ENGEL, 2002, p. 176)

Renato Kehl (1931), um dos fundadores da LBHM, via nas categorias dos alcoólatras, sífilíticos, prostitutas, criminosos, delinquentes, imigrantes, idiotas e imbecis um obstáculo para o desenvolvimento do país. Ao defender a *invenção* de um Brasil moderno e livre da barbárie propôs como argumento a questão da superioridade racial enquanto justificativa para construção da Nação. Para tanto, baseou-se na teoria populacional de Malthus e na teoria da seleção das espécies de Darwin. Este, ao contrapor selvagens e civilizados, argumenta que os primeiros são eliminados em razão da debilidade de seus corpos e mentes e que somente sobrevivem aqueles indivíduos mais sadios. Mas, como os “civilizados” não obedecem às leis de seleção natural, fazem questão de deter esse processo de extinção dos “selvagens” (DARWIN *apud* BIZZO, 1995).

Kehl argumenta que estudiosos têm notado que, no crescimento da população de países civilizados ou não, há o aumento da miséria física, psíquica e moral de uma massa de degenerados que onera os cofres do Estado e dificulta a “parte sã e produtiva da sociedade”, pois

[...] as medidas em prática consistem em estabelecer colônias e albergues para mendigos, penitenciárias e prisões para os criminosos, manicômios e hospitais para

loucos e degenerados, sem que os estabelecimentos criados comportem o número crescente de infelizes que surgem cada dia em progressão geométrica. Para agravar, ainda mais, a calamitosa situação, a higiene social de um lado, a medicina e filantropia de outro, salvam a vida de milhões destes infra-homens. (KEHL *apud* COSTA, 1989, p.97-8)

De acordo com o psiquiatra, como se não bastassem os gastos que o Estado tem com essa massa pauperizada, aliam-se a essa empreitada as associações filantrópicas que ajudam na conservação desses resíduos humanos em detrimento dos recursos que deveriam ser destinados às instituições científicas ou, então, à conservação daqueles indivíduos que, dado o seu vigor físico, são capazes de promover o progresso. Esses indivíduos sadios são relegados ao segundo plano e são obrigados a sacrifícios para manter essa massa de degenerados, sinônimo dos erros sociais da humanidade.

Essa preocupação de Kehl foi compartilhada por outros integrantes da LBHM, como, por exemplo, Júlio Porto Carrero, Xavier de Oliveira e Silvio Aranha de Moura, professor da Universidade do Brasil. Este último afirmou que “um filho de alcoólatra é sempre um degenerado, ou um psicopata: 90% das crianças são epiléticas e, ressaltados os casos de oligofrenia (podendo ser filhos de alcoólatras ou sífilíticos); 100% desses também podem ser débeis mentais, idiotas” (MOURA, 1940, p.37). Assim, essa constatação sugere que há uma transmissão das “taras genéticas” do(a) progenitor(a) para sua prole.

No caso do combate ao alcoolismo e aos tóxicos, o psiquiatra Cunha Lopes¹³ concebia que o vício deveria receber um tratamento preventivo. O indivíduo deveria ser educado desde a sua “vida pré-natal”, continuando nas escolas e intensificando-se na puberdade, a fim de evitar o desencadeamento das causas de doenças, notadamente a esquizofrenia. Além disso, essa forma de educação e prevenção evitaria também as intoxicações prematuras, sobretudo as “hetero-intoxicações” que são devidas ao uso de álcool, morfina, cocaína e aos excessos de toda ordem. Tudo isso deveria ser controlado porque poderia provocar o aparecimento de afecções mentais. Precaver-se principalmente contra as eventuais causas extrínsecas é problema que estava fora da alçada da Psiquiatria Preventiva que, segundo o médico, estaria se conduzindo em direção de uma “nova era da plena eugenia”. Não obstante, este psiquiatra, juntamente com outros expoentes da Psiquiatria brasileira, estava empenhado em realizar

¹³ Considerado um dos expoentes da Psiquiatria no Brasil e da Liga Brasileira de Higiene Mental, foi convidado a participar da Comissão, que cuidaria, juntamente com outros alienistas mineiros, da elaboração do Regulamento da Assistência Psiquiátrica, que foi posteriormente sancionado pelo Decreto-Lei nº 11.276 de 1934. O referido Regulamento é marcado pela influência do pensamento da LBHM em relação à ordem preventiva no combate de “fatores degenerativos tais como vícios, maus hábitos e indigência”. Coube também a Cunha Lopes organizar a publicação da Revista *Archivos da Assistência Hospitalar do Estado de Minas* (1933 e 1934).

“pesquisas heredo-biológicas” com a finalidade de combater os “fatores degenerativos, estatuir normas de prevenção contra as psicoses endógenas” (CUNHA LOPES, 1933, p.52 et seq.).

Embora tenha sido objeto de controvérsias, de idéias preconceituosas e hostilizados pelas populações durante séculos, o epilético e o oligofrênico, em decorrência de seus estigmas fisiológicos e de deficiência no desenvolvimento mental, foram vistos como anormais até o século XIX e deveriam, por isso, receber um tratamento moral porque comprometiam o progresso da sociedade. Ao Estado caberia prover a sociedade fornecendo assistência a esses indivíduos por meio da caridade pública.

Com base na suposta periculosidade, o saber psiquiátrico ampliou o seu campo quando incluiu, no quadro nosológico, novas doenças que se inscreveram na noção de anormalidade. Em meados do século XX, a perspectiva organicista associada a diversas teorias – como a da degenerescência de Morel ampliada por Magnan, a eugenia Francis Galton, os ensinamentos da escola antropológica criminal de Lombroso, Garófalo e Ferri que considerava a possibilidade de comprovar e prevenir a propensão nata do indivíduo à criminalidade pelo exame dos traços físicos – permitiu que a Psiquiatria deslocasse o seu campo de ação e intervenção separando os doentes mentais propriamente ditos dos degenerados, isto é, daqueles indivíduos considerados indisciplináveis mas que não poderiam ser incluídos na categoria dos doentes mentais.

Considerando, pois, que a característica do anormal fosse definida a partir de critérios que apontassem a periculosidade do indivíduo como latente ou manifesta, a Psiquiatria e o Direito passariam então a enfatizar os estigmas físicos e psíquicos como indícios de degeneração e, por conseguinte, da doença mental, permitindo aos psiquiatras tipificarem diversas categorias de indivíduos dentro da anormalidade. Acrescia ainda que aqueles indivíduos cujos traços físicos e psíquicos não fossem imediatamente perceptíveis passariam por um criterioso e minucioso exame, pois era o psiquiatra quem poderia falar e agir com autoridade científica sobre os casos de doença mental e não o juiz.

Nesse sentido, a introdução da Psiquiatria Forense junto à esfera jurídica representou o reconhecimento do monopólio da autoridade científica dos médicos peritos ou psiquiatras decorrente da disponibilidade de recursos de capitais “objetivado, acumulado, social e simbólico” (BOURDIEU, 1983, p.134). A extensão obtida pela autoridade científica pode ser verificada com o Código Penal de 1940 que estabeleceu que ao poder judiciário caberia interditar o louco para o tratamento, não cabendo à autoridade judiciária, no entanto, imputar ao indivíduo a responsabilidade sobre a prática de um delito, antes da realização de um laudo

pericial por um médico ou psiquiatra que comprovasse a sua doença mental. O Art. 2º do Código previu que, caso seja comprovado que o criminoso é portador de doença mental, ele ficaria isento de responsabilidade após os pareceres do médico-perito e do juiz. O juiz, entretanto, poderia exigir medida de segurança, prescrevendo o internamento do delinquente em um manicômio judiciário. O infrator deveria permanecer ali até a cessação de sua periculosidade, isto é, do “delírio” que motivou a sua internação, ou enquanto estivesse “na fase de agressão impulsiva” (Art. 29). Durante esse período, o interno seria tutelado pelo psiquiatra podendo ser destinado à outra instituição por ordem da autoridade jurídica que ordenou a sua internação.

A ingerência da Psiquiatria no campo jurídico não seria apenas caracterizada pelos conflitos ou pela luta concorrencial entre médicos e advogados, “mas igualmente pela possibilidade do estabelecimento de alianças efetivas entre os representantes”, porém mantendo a estrutura dos campos da Psiquiatria e do Direito autônomos (ENGEL, 2002, p. 148).

Ficaram evidenciadas, portanto, as concepções e práticas da trajetória da Psiquiatria no Brasil desde as contribuições dos alienistas franceses à introdução da teoria de Kraepelin. Nesse percurso, embasado na teoria da degenerescência de Morel e no organicismo kraepeliano, Juliano Moreira provocou a descontinuidade no saber psiquiátrico, ampliando as fronteiras da loucura para a doença mental. Verificou-se também a preocupação com os cuidados de higiene mental ou profilaxia mental que deveria ser estendida a toda população. Ainda, ficou caracterizado o reconhecimento da autoridade científica do médico-perito na Psiquiatria Forense.

1.2.4 A expansão dos hospitais colônias e o modelo macro-hospitalar

Durante o período em que Gustavo Capanema esteve no comando do Ministério dos Negócios de Educação e Saúde (1934- 1945) inaugurou-se a centralização do modelo psiquiátrico baseado na expansão das colônias agrícolas e dos macro-hospitais ou modelo hospitalecêntrico, em âmbito nacional. Os grandes hospícios tornaram-se locais para a continuidade de antigas concepções e práticas no tratamento da doença mental.

No governo Vargas, logo após a vitória do “movimento político-militar”, todas as Secretarias transformaram-se em Departamentos Estaduais sob a jurisdição do Departamento

de Assistência Geral aos Psicopatas¹⁴. Em decorrência dessa centralização, a elaboração e a execução de projetos e programas de assistência ficaram sob a fiscalização do Governo Federal. No Decreto n. 10.566 de 1932, o Ministério de Educação e Saúde Pública passou a coordenar as inspetorias estaduais denominadas de Inspetoria Geral de Assistência Hospitalar e de Alienados, ficando os manicômios judiciais a cargo do Ministério da Justiça.

No Estado Novo, foi criado o Serviço de Doenças Mentais (SNDM), em 1941. Esse Serviço tornou-se um órgão centralizador das ações realizadas nos estados, de modo a coordenar, fiscalizar e normatizar os serviços de assistência psiquiátrica em todo o país, como definiu o Decreto-Lei n. 3.171 de 2 de abril de 1941.

Nessa época, Adauto Botelho, que posteriormente tornou-se o diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1941-1954), sugeriu ao governo federal um plano de ação hospitalar psiquiátrico com as seguintes reformas: mudança na legislação; construção de hospitais-colônias; criação de imposto destinado à assistência a psicopatas e à higiene mental e formação de técnicos especializados¹⁵. Coube ainda ao SNDM incentivar a pesquisa psiquiátrica e o ensino nos hospitais públicos de higiene mental e clínica psiquiátrica. Inaugurou-se, durante a gestão de Botelho,

[...] uma política de saúde “voltada para o planejamento e implantação de diretrizes modernizadoras de organização do próprio Estado, incrementando o modelo de isolamento de doentes mentais, ao mesmo tempo em que se produziu uma ‘vida social’ nas instituições psiquiátricas públicas (VENÂNCIO, 2008, p. 1).

A assistência ao trabalhador passou a ser ponto central da política nacional de saúde. No que se refere à assistência psiquiátrica, essa política de saúde visava à recuperação do trabalhador enquanto força produtiva. Caberia, assim, aos Institutos e às Caixas de Aposentadoria e Pensões prestar serviços sociais, assegurando às categorias profissionais o recebimento de pensões e o afastamento por um período de seis meses para o trabalhador que estivesse internado em estabelecimentos psiquiátricos ou em casas de saúde, em vez de hospitais-colônias. Somente em caso de invalidez e aposentadoria é que os indivíduos seriam amparados pelo seguro social.

Essa nova concepção de saúde, voltada prioritariamente ao trabalhador, foi estruturada por uma burocracia formada por órgãos técnicos no interior do aparelho estatal, viabilizando a presença do Estado em todas as instâncias sociais e, principalmente, sendo capaz de interagir

¹⁴ Conforme fica expresso na Pasta sobre os Órgãos de Direção de Saúde Pública Federal na Capital do Paiz (mimeo). In: ARQUIVO GUSTAVO CAPANEMA, *Fundação Getúlio Vargas*, Rio de Janeiro.

¹⁵ Cf. ARQUIVO GUSTAVO CAPANEMA, Pasta II.

com as instituições econômicas no sentido de desenvolverem novas técnicas de “aplicação da medicina e da higiene à produção, ao rendimento do trabalho e às condições de vida do trabalhador”, conforme evidencia Pacheco e Silva (*apud* CUNHA, 1986, p. 176).

Em 1950, foi elaborado o Plano SALTE cujo objetivo principal era o de alavancar diversos setores da economia através de um plano de industrialização. Nesse sentido, as elites política e econômica constataram que era necessário resolver os problemas básicos como alimentação, saúde e educação da população brasileira, de modo que os mesmos deixassem de obstaculizar o desenvolvimento do país.

Em relação à saúde, foi proposta uma articulação entre os órgãos oficiais de Saúde Pública para a realização de ações voltadas às questões de assistência e de prevenção além dos aspectos ligados à Previdência Social, já que a maioria da população estava excluída dos planos de seguridade social e, conseqüentemente, de assistência médico-hospitalar.

No âmbito da doença mental, Aduino Botelho destacou em seu relatório um alerta quanto ao crescimento da doença mental, devendo o SNDM instituir o Programa de Higiene Mental, demonstrando, assim, que o Brasil estava ajustado à biopolítica organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que se “preocupava com a função e capacidade dos Estados Nacionais em gerir e responsabilizar-se pela saúde da população” (BOTELHO, 1955, p.204).

No Programa de ação do SNDM contra as doenças mentais, a higiene mental compreendia um conjunto de medidas que visariam à prevenção, correspondendo a uma profilaxia mental destinada à manutenção da sanidade psíquica, individual e coletiva. Nesses termos, o objeto da higiene mental “varia, segundo o fim colimado”, ou seja, o de “preservar de psicopatias o indivíduo normal, o predisposto ou sub-normal e o anormal” (BOTELHO, 1955, p.206).

Observa-se, portanto, a recuperação do termo *normal* que se contrapõe ao *anormal* ou doente, conceito que não é novo porque suas raízes estão presentes na teoria da degenerescência implantada no Brasil no final do século XIX. Através dessa teoria, os especialistas puderam identificar “estados de anormalidade” nos indivíduos portadores de estigmas físicos e psíquicos, além de classificar os “habitantes das regiões fronteiriças entre os dois mundos [normal e anormal], tornando-os dessa maneira, mais visíveis” (ENGEL, 2002, p. 137). Cunha acrescenta, ainda, que a partir da teoria da degenerescência foi possível identificar e controlar aqueles comportamentos tidos como “ ‘anti-sociais’ como a vagabundagem, o jogo, o vício, a prostituição [...] o crime e o criminoso – que Lombroso tratou de tipificar nos tipos degenerados da criminalidade nata”. Através das fronteiras entre

normal e anormal foi possível medicalizar amplos setores da população atribuindo ‘morbidez’ às suas práticas sociais (CUNHA, 1986, p. 27). A partir do organicismo Kraepelin, as fronteiras entre normal e anormal se tornaram mais sofisticadas na identificação da doença mental.

Entretanto, no relatório de Adauto Botelho não ficam sistematizados os conceitos *normal* e *anormal*, mas pode-se perceber a preocupação com aquilo que anteriormente já era defendido, por exemplo, pelos adeptos da LBHM, isto é, a preocupação com a higiene mental a partir de dois elementos “primordiais” correspondentes:

[...] a estrutura psíquica do indivíduo e o meio sociológico, onde se vive e desenvolve suas atividades. O indivíduo, evoluindo segundo sua personalidade completa ou incompleta, é estruturalmente são ou doente, e o meio, (ambiente de influências que podem oscilar além dos limites da capacidade individual), produz condições perturbadoras da normalidade psíquica, desajustamentos e doenças (BOTELHO, 1955, p. 207).

Caberiam, portanto, ações voltadas para os indivíduos normais e doentes. Para os primeiros seria destinado um programa de ação voltado à educação preventiva de modo a propagar a todas as camadas sociais os preceitos de higiene mental. Também seriam reforçadas as medidas e os serviços que ampliassem a rede de ambulatórios de higiene e de profilaxia mental, de serviços sociais psiquiátricos, principalmente nos estados brasileiros pobres ou “simplesmente descuidados da assistência psiquiátrica”, isto é, nos estados brasileiros fora do eixo Sul-Sudeste. Para os indivíduos doentes, principalmente os “insanos necessitados”, esses deveriam ser assistidos em hospitais psiquiátricos e asilos-colônias (BOTELHO, 1955, p. 207).

Para equacionar o problema da doença mental, o Plano SALTE, através de convênios com o SNDM, designou verbas para compra de equipamentos, para construção de hospitais em diversos estados e para a ampliação de pavilhões em hospitais psiquiátricos públicos e de manicômios judiciários já existentes. Tais medidas reforçaram, portanto, a concepção de um modelo de assistência adotada por este órgão e que foi baseada, principalmente, no privilegiamento de macro-hospitais ou hospitalocêntricos, ou seja, grandes hospitais receptores de um contingente maior de pacientes provenientes de diversas localidades, notadamente daquelas situadas no interior dos estados. Os pacientes eram comumente enviados pelas autoridades locais às capitais ou às cidades pólos para receberem assistência e tratamento hospitalar.

Esse modelo era contrário ao proposto pelos sanitaristas por acreditarem que a Saúde Pública deveria seguir uma ação voltada basicamente para as áreas rurais, onde os indivíduos

eram desprovidos da assistência médica individual prestada pelos Institutos de Previdência Social. Um dos membros responsáveis pela criação do Ministério da Saúde, o médico Miguel Couto, defendeu que

[...] os centros de saúde poderiam oferecer assistência médica às populações rurais, porém visando sempre a proteção da coletividade, e não somente a recuperação da saúde por meio do combate exclusivo da doença no plano individual - tal como era prestada pela Previdência Social, de caráter basicamente urbano e corporativo. (HAMILTON e FONSECA, 2003, p.805)

Adauto Botelho também expôs os problemas encontrados no SNDM e que, pouco a pouco, resultaram na falência do modelo de assistência psiquiátrica. Foram eles:

a) Dotação orçamentária insuficiente para suprir problemas de infra-estrutura de assistência¹⁶. Os reduzidos recursos financeiros repassados pela União aos estados e destes transferidos aos hospitais psiquiátricos públicos comprometiam os serviços de assistência;

b) Falta de recursos financeiros para a compra de medicamentos, compra de equipamentos necessários à assistência e ao tratamento terapêutico do pacientes que incluía desde materiais para cozinha, dormitórios, praxiterapia, equipamentos de escritório e consultório, etc;

c) Custo alto e variável dos leitos de internação de um estado para outro;

d) Superlotação agravada em decorrência da relação desproporcional entre o número de internações e número de leitos;

e) Elevado número de doentes mentais filiados aos Institutos de Pensão recebendo assistência gratuita do Estado;

f) Inexistência de uma profilaxia adequada nos pavilhões dos hospitais de modo a separar em diferentes pavilhões os toxicômanos, alcoólatras, menores delinquentes de outros psicopatas;

g) Falta de pessoal técnico e especializado para o serviço de vigilância e higiene, bem como daqueles necessários à assistência para a realização de visitas e inspeções nos estados. Incluía-se também aqueles problemas de ordem administrativa, ou seja, decorrentes de falecimentos, aposentadorias, licenças-prêmio e médica de funcionários que exigiam a realização de novas contratações pelo Estado;

h) Número de ambulatórios insuficiente para atender à população necessitada;

¹⁶ No período da gestão do SNDM verifica-se que há nos documentos uma nova nomenclatura de termos utilizados nesse período, sem que ocorra uma explicitação dessas mudanças. São introduzidos termos 'hospitais' em vez de 'hospícios'; 'psicopatas' em substituição ao termo 'alienados' indicando os indivíduos que são portadores de doença mental.

i) Recursos financeiros escassos destinados a campanhas que visavam à ampliação da prevenção mental junto aos diferentes segmentos sociais;

j) Por fim, a existência de uma legislação sobre a assistência aos psicopatas¹⁷ anacrônica, necessitando ser atualizada de acordo “com os novos pontos de vista da assistência” aos doentes mentais¹⁸.

Resguardadas as devidas diferenças entre os períodos históricos e as particularidades de cada hospital, alguns dos problemas levantados pelo diretor do SNDM também estavam presentes nos hospitais do Juquery, em São Paulo; no Hospital Nacional de Alienados e das Colônias da Ilha do Governador e no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, conforme análise de Cunha (1986), Duarte (1996) e Engel (2002). Essas autoras concordam que, desde as primeiras décadas do século XX, a superlotação, o número insuficiente e a baixa remuneração de médicos e enfermeiros, bem como a falta de qualificação desses últimos consistiam em entraves que dificultavam o bom funcionamento dos hospícios públicos e os transformavam em “espaços de misturas, onde não havia separações entre os diferentes tipos de estágios das doenças mentais, nem entre crianças e adultos; ricos, pobres e miseráveis, curáveis e crônicos” (ENGEL, 2002, p. 282).

Dessa forma, as reivindicações dos psiquiatras por um espaço eminentemente terapêutico nos hospícios e nas colônias eram constantes de modo a torná-los um local eficiente no tratamento e no controle da doença mental, além de terem contribuído para o desenvolvimento do conhecimento científico no campo psiquiátrico.

Aqueles problemas apontados por Botelho aprofundaram-se e perduraram até meados da década de 1970, apesar das medidas e planos implantados pelo governo empresarial-militar¹⁹ que, a exemplo dos governos anteriores, não priorizou a questão da saúde mental.

Segundo Cerqueira, no decênio 1955/1965, o SNDM reduziu na proporção de “1/20” as verbas enviadas aos estados para repasses aos hospitais públicos apesar do aumento da população dos hospitais psiquiátricos, “duas vezes maior do que o da população geral”. Nesse período as readmissões também cresceram na proporção de “254%” (CERQUEIRA, 1989, p.

¹⁷ De acordo com o Relatório de Aduauto Botelho, a assistência psiquiátrica necessitava de reformular o Decreto-Lei n. 7.055 relativo ao Regimento do SNDM e também os dispositivos ainda em vigência, relativos ao Decreto-Lei n. 24.559 de 3 de julho de 1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

¹⁸ Charam (1986) esclarece que o Decreto-Lei n. 24.559 de 1934 irá perdurar por várias décadas subseqüentes, sem que haja uma atenção do Legislativo no sentido de reformá-lo, adequando-o às novas exigências sociais. Somente com sanção da Lei Federal n. 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, é que os direitos civis desses indivíduos serão restituídos, bem como os manicômios serão gradualmente substituídos e desativados.

¹⁹ Esta noção pode ser encontrada em LEHER (2005, p.129 et seq.)

103). Tal situação não deixa de ser paradoxal, pois quanto mais os psiquiatras indicavam o uso de psicofármacos ou psicotrópicos no tratamento da doença mental, mais aumentava a quantidade de internações.

O crescimento rápido do número de internações, o aumento dos casos de reinternações e do tempo médio de permanência hospital – contrariando até recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que incentivava o atendimento ambulatorial –, também decorriam, conforme analisado mais adiante, de uma orientação que priorizava a compra de serviços dos hospitais privados, pelos credenciamentos e convênios que absorviam grande parte do orçamento previdenciário destinado à assistência médica, o que acabou por gerar “um processo de estagnação do setor público” (AMARANTE, 1995, p. 59).

Além disso, há de se considerar um terceiro elemento que contribuiu para a acentuada incidência de internações nos hospitais psiquiátricos, especialmente nos privados. Para Cerqueira, tratava-se da “ganância das empresas de saúde, só preocupadas em faturar [...] lucros astronômicos de até 1.800% em estabelecimentos psiquiátricos [privados]”, em detrimento dos hospitais públicos que, a cada ano, viam reduzidas as suas verbas (CERQUEIRA, 1989, p.30).

A prioridade da política governamental dirigida pelo Ministério da Previdência Social através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) era a de assegurar os direitos dos trabalhadores e de subsidiar os seus eventuais gastos com saúde. Porém, foram os empresários da saúde que se aproveitaram dessa situação, transformando a assistência e o tratamento da doença mental em um mercado bastante lucrativo.

Enfatizou-se, enfim, a preocupação do Ministério da Saúde e do SNDM principalmente com a saúde do trabalhador. Para isso foi instituído um programa de ação voltado à educação preventiva de modo a propagar a todas as camadas sociais os preceitos de higiene mental. Paradoxalmente, a ampliação da rede de ambulatórios de higiene, profilaxia mental e de serviços sociais psiquiátricos abertos nos estados brasileiros possibilitou a expansão dos macro-hospitais composto por hospícios e asilos-colônia. Percebeu-se nesse período o crescimento rápido do número de internações, bem como o aumento dos casos de reinternações e do tempo médio de permanência hospital, contrariando até recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Além disso, esse período foi também caracterizado pela compra de serviços dos hospitais privados, credenciados e conveniados com o INPS absorvendo grande parte do orçamento do Estado ocasionando a estagnação do setor público.

1.2.5 Recursos terapêuticos

No tratamento da doença mental foi identificada a utilização dos recursos terapêuticos biológicos e de contenção mecânica, bem como a utilização de terapias como a praxiterapia (laboroterapia e ergoterapia) e a ludoterapia cujos objetivos consistiam em recuperar e ressocializar o interno. Destacam-se ainda as investigações com drogas psicofarmacológicas, além do método psicocirúrgico. Algumas das terapias e/ou intervenções aqui retratadas e extraídas dos *Archivos da Assistência Hospitalar de Minas* perpassam todo o período recortado neste estudo como recursos terapêuticos aplicados nos pacientes dos hospitais psiquiátricos em Minas.

1.2.5.1 Recursos terapêuticos biológicos

As pesquisas realizadas em Minas foram produzidas por psiquiatras do Rio de Janeiro e de São Paulo com o auxílio dos médicos do Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte, nos anos de 1933 e 1934. Conforme as publicações na revista *Archivos da Assistência Hospitalar de Minas* foram realizadas pesquisas anátomo-psicopatológicas, exames laboratoriais patológicos e análises químicas, especialmente do líquido céfalo-raquiano e de punções lombares para identificação de infecções que poderiam acarretar psicoses e esquizofrenia. Outros recursos mecânicos para a contenção dos pacientes também eram utilizados para controlar a sua crise ou agressividade.

Conforme Duarte (1996, p. 92) as pesquisas clínicas ou fisiopatológicas ou anátomo-psicopatológicas eram feitas tanto nos internos quanto em cadáveres de pacientes do Instituto Raul Soares. Nos insanos vivos pesquisados pelos médicos era realizada uma investigação minuciosa, observando o indivíduo por uma ou mais vezes. Nessa observação, eram coletados dados e realizados exames pelos psiquiatras e enfermeiros. Os dados coletados relativos ao paciente eram sobre os antecedentes familiares e pessoais; moléstia atual; avaliação das atividades motoras, sexual, intelectual; avaliação do aparelho respiratório e digestivo e tratamento terapêutico. Em ambos os casos, a investigação científica objetivava comprovar os diagnósticos realizados pelos médicos e farmacêuticos. Essa pesquisa visava identificar os mecanismos que alteram as funções orgânicas, permitindo conhecer o mecanismo de ação das doenças e chegar às suas origens.

Na utilização da malarioterapia para o tratamento das psicoses, casos de depressão, meningo-encefalite, síndromes mentais alucinatórias, esquizofrenia, paralisia e demência, Sá Pires (1933, p.115 et. seq.) analisou dados de pacientes portadores de *lues nervosa* (sífilis) internados no Instituto Raul durante o período de 1924 a 1932.

Para comprovar se o paciente era portador de *lues nervosa* ou não, eram feitos dois tipos de exames laboratoriais. A primeira técnica consistia em analisar as reações de soro-diagnósticos após a extração do sangue do paciente. O material coletado era colocado em tubos, aos quais eram adicionados reagentes (soro, água fisiológica, extrato, glóbulos de animais etc.). Às vezes, deixava-se o material passar por um período de incubação para detectar se o indivíduo era portador ou não de sífilis. Logo depois, o paciente era infectado com o vírus da terçã benigna da malária em intervalos de oito em oito dias, provocando-lhe estados febris.

O outro método empregado era o de punções lombares. Essa técnica consistia na retirada do líquido céfalo-raquiano e de soro-albuminas e globulinas que podem ou não invadir o líquido que se encontra no epitélio coroidiano quando ele é lesado. A punção cisternal na região lombar permitia a localização da compressão medular, pelas mielografias, na realização de diagnósticos. Esse método cirúrgico era indicado para o tratamento de meningite cerebro-espinhal epidêmica, tétano, neuro-sífilis e poliomielite, além de apresentar uma série de vantagens no diagnóstico, profilaxia e terapêutica. Esses experimentos realizados nos internos do Instituto Raul Soares permitiram a ampliação e o domínio do saber pelos psiquiatras. Além disso, tratava-se de um método de custo baixo, pois “nas punções que realizamos nunca tivemos necessidade de recorrer a anestésicos” (SÁ PIRES, 1933, p.119).

Realizada essa punção, tanto o sangue quanto o líquido eram examinados pela utilização de várias técnicas para detectar a presença da sífilis e moléstias “temidas pelos clínicos em certas doenças como a malária, lepra e tuberculose” (PATTO, 1933, p.64). A análise do sangue e do material líquido céfalo-raquiano eram submetidas às reações de Wassermann, Müller e Nonne-Appelt que visava demonstrar a evolução da sífilis nos pacientes e de outras doenças como a cefaléia e meningite que afetavam o sistema nervoso comprometendo as funções do cérebro.

Antes do aparecimento da penicilina e dos antibióticos, a quimioterapia era um outro recurso usado para o tratamento da sífilis, como esclarece Dr. Eloy Dutra Câmara em entrevista:

[...] Os doentes muitas vezes eram rotulados de doentes portadores de sífilis. Então, tratava-se a sífilis no sistema nervoso central com duas drogas, que eram os sais de

bismuto e o salvarsan, droga desenvolvida na Alemanha pelo pesquisador Paul Ehrlich. Foi ele que desenvolveu o 606, que era um composto. Ele próprio colocava nomes [ou números] nas pesquisas de cada sal que ele estudava. O 606 era de uso tópico, mas curava a sífilis também. No [Hospital Colônia de] Barbacena, o tratamento da *neuro-lues*, da sífilis nervosa, era na base do bismuto e dos arsenicais. O uso do 914 foi o que durou mais tempo. Foi a penicilina que acabou com a sífilis, até que ela voltasse novamente, agora devido à promiscuidade. (CÂMARA, 2004)

Sobre a ação do bismuto e do 914 no tratamento da sífilis, Lanza considera que a ação de ambos é tóxica, sua aplicação é incômoda e exige um longo período de tratamento além de um rigoroso controle clínico laboratorial do doente durante o uso dos mesmos. Não obstante, o advento da penicilina veio representar uma verdadeira “revolução no tratamento e na conceituação da sífilis, tanto na sua evolução quanto na sua epidemiologia e imunologia” (LANZA, 1953, p. 167).

O uso do choque insulínico e choque de cardiozol são citados por um dos representantes da Psiquiatria tradicional, José Theobaldo Tollendal²⁰ (2004), como uma terapia indicada para o tratamento das psicoses.

Segundo Botelho (1938), o tratamento da esquizofrenia pelo choque insulínico havia sido idealizado por Manfred Sakel na Viena de 1933. O método Sakel consiste na aplicação de insulina por via intravenosa ou intramuscular para com isso induzir o coma no paciente durante cerca de 30 a 40 horas. Para que a insulino terapia exercesse uma ação eficaz, o doente deveria ser submetido de 20 a 30 comas. O uso da insulino terapia era bastante polemizado na década de 1940, quando discutia-se se deveria ser substituído por outras formas de choques. Segundo o entrevistado Tollendal (2004), tratava-se de um recurso terapêutico “barato, com alguns resultados, mas era muito agressivo”.

A terapia de cardiazol consistia na aplicação da droga de cânfora (o cardiozol ou metrazol) por via venosa. Esse tratamento era violento porque produzia várias convulsões que não podiam ser neutralizadas por outras drogas, ocasionando “fraturas nos pacientes. [Depois] apareceu o choque elétrico, era muito mais barato e menos perigoso. Aplicava-se em 50, 100 pacientes de uma só vez”, esclarece o Dr. José Theobaldo Tollendal (2004).

Os aparelhos eletrostáticos eram descritos como:

Uma máquina [que] produzia uma tensão eletrostática, não havia corrente, era apenas tensão: as malhas de metal das gaiolas possuíam uma tensão e induziam no paciente lá dentro uma tensão de sinal oposto [...] Se colocasse uma tensão positiva na tela, ela induzia uma tensão negativa no doente. Evidentemente que se houvesse uma comunicação do doente com ela ia sair uma faísca. (MAGRO FILHO, 1992, p.62-63)

²⁰ Foi psiquiatra e ex-diretor do Hospital Colônia de Barbacena no período de 1969-1983.

O eletrochoque era um dos recursos terapêuticos biológicos mais utilizados. Consistia em “uma evolução do primitivo óleo canforado” (MAGRO FILHO, 1992, p.63). Em razão da descarga elétrica, o eletrochoque era empregado sem nenhum tipo de prevenção ou anestesia e, por ser praticado muitas das vezes como forma de punição, causava uma série de danos físicos ao paciente, tais como luxações, fraturas nas vértebras e, no caso das mulheres com osteoporose, fraturas nos ossos da bacia ilíaca e membros superiores e/ou inferiores.

Ao contrário do ECT simples indicado principalmente para pacientes com epilepsia e esquizofrenia, o eletrochoque sob narcose e curarização foi introduzido em Belo Horizonte em 1957. Esse recurso teve grande aceitação e divulgação entre os psiquiatras por ter modificado os conceitos de contra-indicação, acidentes e riscos, podendo o procedimento ser utilizado nos pacientes com todos os problemas ósseos e cirúrgicos.

Segundo Portela et. al. (1963, p.7), as razões dessa preferência residiam principalmente no fato do eletrochoque ser indicado para uma série de síndromes psiquiátricas como todas as formas de depressão, excitações psico-motoras de qualquer origem, psicoses maníaco-depressivas, esquizofrenia, psicose de involução e algumas formas de psiconeurose, etc., o que não ocorria os fármacos usados na época, porque tinham indicações muito limitadas

Enquanto o ECT simples era aplicado sem anestesia, o eletrochoque sob narcose e curarização era considerado um tratamento “humanizado”. Além de ser econômico, a sua aplicação possibilitava que a intervenção fosse feita em ambulatorios e em regime semi-aberto por um psiquiatra e anestesista, propiciando que ambos dividissem suas responsabilidades. Entretanto, “uma nova dependência é criada, ou seja, a relação do psiquiatra para com o anestesista” (PORTELA et. al., 1963, p. 12).

Contudo, o uso desses recursos terapêuticos parece não ter substituído ou eliminado o uso da camisa-de-força (ou *manchón*) – peça feita de lona era utilizada para conter o indivíduo em crises agudas de modo que os movimentos dos membros superiores ficassem imobilizados até cessar a crise – nem da cela individual, onde o doente mental ficava isolado do convívio intra-institucional por dias ou meses. Na cela também poderia o interno permanecer com a camisa-de-força.

Outra prática utilizada em pacientes do HCB na década de 1970, foi a psicocirurgia (ou lobotomia) desenvolvida por Egas Moniz²¹. Trata-se de uma intervenção cirúrgica no

²¹ Julius Wagner-Jauregg e António Egas Moniz eram neurocirurgiões. Juntamente com o neurocirurgião Walter Rudolf Hess Egas Moniz recebeu o Prêmio Nobel de Medicina pela descoberta da lobotomia pré-frontal no tratamento de certas doenças mentais, em 1949.

lóbulo pré-frontal utilizada para pacientes resistentes ao tratamento de choque. Apesar da baixa incidência de mortes provocadas por essa prática, ela gerou protestos contra o seu emprego, pois o seu efeito, em vez de deixar os pacientes mais calmos, reduzia-os a uma espécie de *zumbi*. Essa prática foi considerada, mais tarde, como sendo um progresso científico para a neurocirurgia. Como ficará demonstrado no Capítulo 3, essa cirurgia foi realizada em pacientes tidos como agressivos internados no Hospital Colônia de Barbacena.

As doenças de natureza infecto-contagiosa e orgânica que debilitam o organismo do paciente eram freqüentemente encontradas nos hospícios. Até o século XIX, acreditava-se que o tratamento da tuberculose deveria ser higiênico-dietético, isto é, quando o doente é colocado em condições favoráveis envolvendo uma boa alimentação, repouso em locais onde se pudesse promover condições consideradas propícias para a cura espontânea do paciente, como o clima das montanhas, por exemplo. A outra terapêutica indicada pelos médicos consistia no isolamento do enfermo em sanatórios ou preventórios. Os avanços científicos proporcionados pelo aprimoramento de novas tecnologias como a descoberta da vacina BCG, a baciloscopia, a abreuografia, o pneumotórax e outras intervenções torácicas modificaram a terapêutica até então utilizada. A partir da década de 1940 a quimioterapia antibiótica e o uso da penicilina modificaram não somente os sanatórios, mas também os hospícios.

Entretanto, inicialmente o seu uso foi considerado inadequado, conforme enfatiza Câmara,

[...] a estreptomicina foi descoberta em 1948 e, logo depois, [a sua utilização] difundiu-se pelo Brasil. Existia até uma injeção para gripe que era a penicilina que era associada à estreptomicina. Chamava-se Diobiotil. Essa injeção matou muita gente, porque a penicilina dava choque e ela não curava gripe coisa nenhuma. Estreptomicina curar gripe? Penicilina curar gripe? Gripe é virose! Mas aí a coisa foi evoluindo e passou a ser usado novos medicamentos. Surgiram os medicamentos como a isoniazida, logo depois apareceu a rifamicina. Ambas utilizadas para tratar a tuberculose. Os antibióticos tiveram um impacto muito grande na vida dos doentes internados nas enfermarias do Hospital. (CÂMARA, 2004)

Segundo o psiquiatra Ronaldo Simões Coelho²² a deficiência de Vitamina B no organismo também pode produzir graves distúrbios mentais. O tratamento dispensado aos pacientes revela, em sua opinião, os limites da identificação da doença mental, quando se trata da diferenciação das classes sociais.

[...] Era muito comum as pessoas serem internadas como esquizofrênicas por estarem com deficiência de vitaminas, por estarem com pelagra. Pelagra dá delírio, dá alucinação, é uma doença [que se manifesta] na pele é a avitaminose. Pelagra é avitaminose. [Como o indivíduo] era pobre, você diagnosticava como sendo

²² O psiquiatra também foi Assessor Psiquiátrico da Diretoria Geral da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP), nos anos de 1968 a 1971.

esquizofrênico. Então, também tem esse aspecto. Quem é que é doente mental, quem é esquizofrênico? É o pobre. Porque se for o filho do deputado, o filho do empresário, o médico não vai falar que ele é esquizofrênico, vai falar que ele está com pelagra, que ele está com um distúrbio de comportamento. Mas sendo pobre, ele é diagnosticado como esquizofrênico e vai ser tratado como tal. (COELHO, 2004)

A revolução científica na psicofarmacologia permitiu a produção em laboratórios de drogas mais eficazes, além de refutar a doutrina vitalista²³. A partir da década de 1950, as novas drogas fabricadas passaram a agir sobre a atividade psíquica e mental do indivíduo e sobre o seu comportamento. Nessa ocasião, outros medicamentos se revelaram importantes na terapêutica da doença mental, auxiliando substancialmente os psiquiatras na Clínica.

Segundo Madalena (1981) e Sabbatini (2007), a clorpromazina foi a primeira de uma série de antipsicóticos que revolucionaram a Psiquiatria. Logo em seguida vieram a flufenazina (Moditen, 1956) e o haloperidol (Haldol, em 1958). A teoria predominante sugere que essas drogas, também chamadas de neurolépticos ou tranqüilizantes maiores, atuam ao nível dos receptores do neurotransmissor dopamina, no cérebro. A dopamina também é muito importante no controle do sistema motor extrapiramidal, principalmente ao nível dos gânglios basais. Assim, os primeiros neurolépticos foram ministrados em altas doses diárias (cerca de 800 mg/dia para a clorpromazina), afetando extremamente o sistema nervoso, resultando em doenças degenerativas de distúrbio do movimento, principalmente quando seu uso é contínuo. Tal procedimento provoca as chamadas discinesias. Por causa disso, uma das principais metas para o desenvolvimento de novos neurolépticos ou tranqüilizantes consistia na minimização desses efeitos colaterais e na diminuição da dose antipsicótica aplicado nos pacientes. Para minimizar esses efeitos, surgiram os chamados antipsicóticos atípicos, como a clorpromazina (Clozaril, 1965), a risperidona (Risperdal, 1992), a olanzapina (Zyprexa, 1997), entre outros.

O médico e cirurgião-geral Eloy Henrique Dutra Câmara explica como as drogas psicoativas²⁴, ou seja, aquelas que agem sobre o sistema nervoso central e o psiquismo do

²³ Segundo Sabbatini (2007), a corrente vitalista, do século XIX, defendida por muitos cientistas, como o fisiologista Johannes H. Müller, afirmava que a física e a química dos organismos vivos tinham um 'princípio vital', que permeava tudo, impedindo a possibilidade da síntese direta de moléculas orgânicas. Essa assertiva foi refutada quando o químico alemão Friedrich Wöhler surpreendeu o mundo científico, em 1828, ao sintetizar uma substância orgânica presente na urina, a uréia (um isômero do cianato de amônia), a partir de moléculas inorgânicas. A partir de então, outras substâncias foram sintetizadas.

²⁴ Segundo Sabbatini (2007), as drogas psicoativas podem ser encontradas nas plantas, como a papoula, o estramônio, a mandrágora, fungos e cogumelos, etc. No século XIX, as drogas psicoativas começaram a ser sintetizadas, em laboratórios. Foram produzidos o hidrato de cloral e o paraldeído - um tipo de hipnótico-sedativo que passou a ser utilizado para combater a insônia e na cura do *delirium tremens*. Posteriormente, foram sintetizados outros componentes como o barbitol (ácido dietilbarbitúrico), fenobarbital, popularmente conhecidos como Veronal e Luminal, respectivamente. Ambos são indicados para promover uma ação soporífera e relaxante nos usuários.

indivíduo, e os antipsicóticos também denominados de neurolépticos ou tranquilizantes maiores, eram utilizados nos hospitais psiquiátricos:

[...] usava-se como sedativo: hidrato de cloral, luminal e o fenobarbital. O luminal é o mesmo que o Gardenal que hoje ainda existe no tratamento da epilepsia. E outras drogas que eram sedativos do sistema nervoso central. Quando a Medicina começou a descobrir drogas psicoativas, foi aí que surgiu o enantato, que era chamado de *Anatensol depot*. Era uma injeção aplicada no doente uma vez por semana que tornava o doente agitado, extremamente agressivo, num doente cooperativo. O uso da flufenazina tinha seus inconvenientes, por exemplo, as reações extra-piramidais. O doente endurecia os músculos, punha a língua para fora, tinha dificuldades de engolir, mas elas trouxeram muitos benefícios [aos portadores de doença e de distúrbios mentais]. (CÂMARA, 2004)

Com as drogas psicoativas e os antipsicóticos iniciou-se uma nova fase na clínica psiquiátrica. Paulatinamente, os psicotrópicos conseguiram provocar mudanças no âmbito das práticas hospitalares e na terapêutica das doenças mentais. No entanto, não foram capazes de reverter, num primeiro momento, uma série de problemas em que se encontravam os estabelecimentos psiquiátricos públicos, como veremos adiante.

No Brasil, na década de 1950, são realizadas pesquisas importantes sobre os efeitos das novas drogas nos pacientes psiquiátricos. Pode-se destacar os trabalhos dos psiquiatras Mário Yahn, Stanislaw Kryniski e seus discípulos, em São Paulo, no Hospital Juquery, J. Caruso Madalena, um dos mais prestigiados pesquisadores sitiado no Rio de Janeiro e Jorge Paprocki em Minas Gerais.

Para avaliar o uso e a ação de psicofármacos em pacientes psiquiátricos internos, uma empresa farmacêutica multinacional passou a financiar pesquisas de vários psiquiatras em Minas, São Paulo e Rio de Janeiro. Assim, foram pesquisados, por exemplo, o emprego de anestésicos juntamente com curarizante sintético (relaxante) na convulsoterapia por eletrochoque, além dos efeitos do uso do *Anatensol*²⁵ em alguns pacientes.

Em 1953, uma equipe de médicos²⁶ da Clínica São Lucas de Juiz de Fora iniciou experimentações em pacientes depressivos submetidos à convulsoterapia por eletrochoque. Essa terapia teve a participação de 98 pacientes, 15 deles portadores de neurose e 83 psicóticos, sendo submetidos a 314 sessões.

²⁵Após várias décadas de observação e de pesquisas, já se sabe que, atualmente, o *Anatensol*, particularmente na forma *dépôt*, possui um maior risco de efeitos extrapiramidais. Frota (2007) lista quais são esses efeitos: a acatesia, distonias agudas e tardias e discinesia tardia. O medicamento pode ainda apresentar internação, hipertermia e síndrome neuroléptica maligna, eventualmente fatais. Também foram apontadas reações do tipo catatoniformes, depressão, além de redução do desempenho cognitivo, registrando-se uma maior impulsividade suicida estreitamente relacionada à acatesia em alguns pacientes. Além disso, como regra para a quase totalidade dos antipsicóticos típicos, tem a flufenazina tem sido responsabilizada por disfunção sexual e/ou amenorréia/galactorréia causada pela hiperprolactinemia além de ganho de peso.

²⁶Essa equipe era formada pelos médicos: Jorge Paprocki, Fernando Seabra, Mário Clark e Antônio Carlos Andrés.

Antes de cada terapia, os pacientes utilizaram o medicamento sintético (succinilcolina), conhecido por Taquicurin, um tipo de relaxante muscular juntamente com o anestésico (Atropina), droga empregada em cirurgias. Logo depois de realizadas essas aplicações era desencadeada uma descarga elétrica nos pacientes, por um intervalo de 1,5 a 2 minutos. Durante esta prática o paciente deveria estar em “jejum e em decúbito dorsal no leito, desconhecendo por completo a forma de tratamento a que será submetido” (PAPROCKI e SEABRA, 1965, p. 605).

Essa afirmação, no entanto, causa estranheza, pois após inúmeras sessões usando essa prática é possível que os pacientes não desconhecem a terapia que iriam se sujeitar, como supunham os psiquiatras, já que a doença que os acometia não implicava necessariamente em *deficit* de inteligência. Segundo Paprocki, a ausência de narcose, excitação motora e convulsão tônica-clônica, era um dos benefícios dessa terapia e isso se devia à presença, durante as sessões, de “uma equipe altamente especializada”.

Na década de 1960, novamente o laboratório de psicofármacos da mesma empresa multinacional financia pesquisas em diversos hospitais. Essas pesquisas foram realizadas com pacientes esquizofrênicos por Orlando Canton e Sergio Traldi, ambos pertencentes aos hospitais do Juqueri e Franco da Rocha, em São Paulo. No Rio de Janeiro tais pesquisas foram realizadas em pacientes com síndromes psicóticas pelos psiquiatras J. Alves Garcia e J. Caruso Madalena, e por Luzitano R. Ferreira e Giovanni Gangemi, ambos ligados à Casa de Saúde Dr. Eiras e à Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Algumas dessas pesquisas realizadas no país foram divulgadas na *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*, demonstrando quem eram os verdadeiros pesquisadores da Psiquiatria biológica no Brasil.

No ano de 1965, também patrocinados pelo mesmo laboratório farmacêutico, foram realizados no Hospital Galba Velloso outros experimentos envolvendo o uso do medicamento enantato de flufenazina (Anatensol), sendo que uma dessas pesquisas era chefiada pelos pesquisadores Jorge Paprocki e Fernando Megre Velloso.

Paprocki, Velloso e sua equipe observaram as mulheres internadas em um pavilhão de enfermaria que funcionava em regime “*open door*”, isto é, não possuíam quartos fortes e com visitas diárias. A pesquisa durou 5 meses, sendo observadas pela equipe médica 200 pacientes internadas nos 40 leitos da enfermaria. As pacientes foram submetidas durante 60 dias ao uso do referido medicamento.

Todas as participantes *compulsórias* da pesquisa apresentavam um quadro psiquiátrico agudo com as seguintes ocorrências: esquizofrenia, excitação depressivo-ansiosa psicótica, excitação histérica, excitação maníaca, excitação epilética, personalidade psicopática

(conduta antisocial), involução com excitação, síndrome confusional, *déficit* intelectual com excitação, demência senil com excitação. As mulheres submetidas à pesquisa apresentavam em seus quadros clínicos sintomas comuns como excitação psicomotora, surtos de agressividade, autismo, distúrbios graves de conduta, delírios e alucinações, por exemplo.

No experimento, as pacientes observadas recebiam terapêuticas que incluíam eletrochoque, terapias de cardiazol e/ou de insulina. Em relação ao medicamento Anatsol, ficou registrado que os pesquisadores “não contavam com dados bibliográficos indicativos na posologia SQ 16.144” (PAPROCKI e VELLOSO, 1965, p. 94). Trata-se de uma maneira elegante de justificar o desconhecimento acerca da posologia do medicamento aplicado e que a mesma ainda estava por se descobrir. A cada dosagem aplicada de 15 em 15 dias (dose média de 1cc), os médicos introduziam também drogas antipsicóticas para desbloquear os efeitos colaterais como manifestações neurodislépticas ou de impregnação. Assim, eram aplicados antídotos como o antiparkinsonóide (Akineton ou Artane), agentes anti-histamínicos (Fernegan) e anti-alérgicos (Atropina), demonstrando que o grau de impregnação rígida relacionava-se com a dose empregada e com o grau de sensibilidade variável entre as pacientes.

Das 200 mulheres submetidas ao experimento, 120 obtiveram alta melhorada, 50 delas os psiquiatras não puderam verificar o índice de recidivas porque residiam no interior do estado de Minas e, com o passar do tempo, foram perdendo o contato. As outras 30 mulheres que não conseguiram alta foram enviadas para o Hospital Colônia de Barbacena. Porém, no ambiente hospitalar, durante os 60 dias de uso do medicamento não se verificou recaída entre as pacientes, demonstrando, conforme os psiquiatras, uma ação terapêutica “benéfica” do medicamento nos sintomas comuns apresentados pelas doentes. Contudo, Paprocki e Velloso não observaram “paralelismo rígido entre a melhora psíquica e a intensidade ou duração da impregnação” (PAPROCKI e VELLOSO, 1965, p. 94).

Por essa pesquisa e, mais tarde, pela criação do curso de residência no Hospital Galba Velloso, Jorge Paprocki e Fernando Megre Velloso tornaram-se respectivamente Secretário de Saúde e assessor especial da FEAP. Isso se deu em razão da acumulação de capital simbólico que confere aos indivíduos e/ou grupos prestígio, fama e reputação entre os seus pares. Assim, ambos passaram a opinar na esfera decisória quanto à institucionalização de políticas públicas de saúde mental.

Seguindo os passos de Paprocki, Cláudio Pérsio de Carvalho Leite, um dos residentes em Psiquiatria no Hospital Galba Velloso, fez um experimento com flufenazina, utilizado como anti-psicótico em enfermarias psiquiátricas superlotadas, com pacientes com quadros

psicóticos agudos delirantes e delirante-alucinatório. Pelos efeitos benéficos do medicamento observados em 22 pacientes da enfermaria, Leite concluiu ter conseguido “comodidade em sua administração e facilidade de controle” das internas. (LEITE, 1970, p. 85)

Logo, ficaram demonstrados os principais recursos terapêuticos empregados no controle da doença mental, incluindo o uso do *manchón* e a cela individual. Demonstrou-se também que o recurso mais difundido era o eletrochoque por ser considerado barato e profícuo. Todavia, a grande novidade ficou por conta dos psicofármacos, representados principalmente pelos tranqüilizantes e antipsicóticos.

1.2.5.2 Terapias

Os recursos terapêuticos biológicos geralmente eram associados a recursos auxiliares caracterizados pela praxiterapia (ergoterapia e laborterapia), terapia ocupacional, ludoterapia e terapia hetero-familiar. Com exceção da ludoterapia, essas práticas buscavam promover a recuperação social do interno tornando-o produtivo, além de resolver os problemas econômicos dos hospícios, muitos deles pauperizados pelos poucos recursos destinados a essas instituições pelo Estado.

A exemplo do que era utilizado em outros hospícios brasileiros, o Dr. Joaquim Dutra (1933) concebia a laborterapia como uma atividade terapêutica voltada para agropecuária. A ergoterapia foi empregada, pois, como uma atividade direcionada para atender às necessidades internas da instituição e, com isso, retirar o doente mental crônico ou incurável do ócio hospitalar para reabilitá-lo através do “trabalho tratamento” em pequenas atividades que assemelhavam à produção industrial (DUTRA, 1933, p. 6).

Nos meados da década de 1940 até fins dos anos de 1970, o Brasil ainda era um país com um contingente populacional rural superior ao urbano²⁷. Dessa forma, as atividades ligadas à agropecuária constituíam uma maneira propícia de ajustamento dos pacientes, já que grande parte dos pacientes provinha do campo ou de pequenas cidades onde as atividades laborais ainda estavam vinculadas principalmente ao setor primário.

²⁷ Segundo os dados do Censo Demográfico Brasileiro pode-se verificar um decréscimo na população rural. A partir da década de 1950 a população rural era composta por 38.291.775 de habitantes, ou seja, 63,8% de brasileiros viviam no campo. Na década de 1960, esse número é de 38.767.423 habitantes no meio rural, correspondendo à cifra de 54,6% da população brasileira. A população rural brasileira atingiu seu máximo em 1970 com 41.054.053 de habitantes, correspondendo a 44% do total. Desde então o meio rural vem sofrendo um declínio populacional relativo e absoluto, chegando em 1996 com um total de 33,8 milhões de habitantes, ou 22% do total nacional. A redução da importância da população rural deve-se, fundamentalmente, aos movimentos migratórios. (CAMARANO e ABRAMOVAY, 1999)

Com o objetivo de continuar disciplinando a força de trabalho e de ressocializar os doentes mentais, os hospitais psiquiátricos adotaram a terapia ocupacional e a ludoterapia. Para Cerqueira (1989), o que diferencia a praxiterapia da terapia ocupacional é o fato de que a primeira consiste em uma forma de trabalho, enquanto que a segunda é uma atividade que visa à recuperação física, psicológica e social do doente. Segundo o autor, a terapia ocupacional foi introduzida por Herman Simon, durante a Primeira Guerra. Com a falta de mão-de-obra para reformar o prédio do hospital, Simon utilizou a força de trabalho dos pacientes, fazendo com que a atmosfera do hospital mudasse. A partir de então Herman Simon passou a recomendar o uso dessa prática como importante aliada no tratamento, na ressocialização e na recuperação de pacientes (CERQUEIRA, 1989, p. 124).

A praxiterapia engloba as atividades de laborterapia e ergoterapia. Por meio de ambas tenta-se continuar recriando, dentro dos hospitais ou mesmo fora deles, a aproximação do interno com o mundo do trabalho. Suas atividades vinculam-se à produção agropecuária e ao cultivo de cereais e produtos hortifrutigranjeiros. A ergoterapia inscreve-se na lógica capitalista com o trabalho assemelhando-se às características do trabalho industrial e também objetivando atender precipuamente às necessidades cotidianas do hospital. Associa-se a esta prática as oficinas de cerâmica, olaria, colchoaria, sapataria, mecânica. Para as mulheres, as atividades eram aquelas ligadas às oficinas de costura, lavanderia e cozinha.

Uma crítica à terminologia proposta por Herman Simon diferencia a praxiterapia da terapia ocupacional é apresentada pelo grupo de discussão coordenado por Vieira e Baggio (1970) no Iº Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Araxá, Minas Gerais. O grupo concebe que praxiterapia e terapia ocupacional são sinônimos podendo os “termos serem utilizados indistintamente”.

A ludoterapia consiste em uma forma de psicoterapia em que os pacientes são submetidos a exercícios físicos e/ou mentais. Na maioria dos hospitais esse recurso desenvolve-se por meio de recreações, competições futebolísticas para os homens, bem como atividades criativas como a pintura e a modelagem.

Com o intuito de criar um modelo alternativo e criativo no tratamento da doença mental, a psicanalista Nise da Silveira²⁸ funda a Seção Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação em Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, em 1946. Em 1952 essa seção foi

²⁸ Em 1952, Nise Silveira funda o Museu de Imagens do Inconsciente, no Rio de Janeiro, transformando-o em um centro de estudo e de pesquisa destinado à preservação dos trabalhos produzidos nos estúdios de modelagem e pintura que criou na instituição, valorizando-os como documentos que abrem novas possibilidades para uma compreensão mais profunda do universo interior do esquizofrênico. Logo depois, em 1956, ela desenvolve outro projeto a fundação da Casa das Palmeiras, uma clínica voltada à reabilitação de antigos pacientes de instituições psiquiátricas.

transformada no Museu de Imagens do Inconsciente. A psicanalista propôs a terapia ocupacional para pacientes agudos, prática considerada absurda para os moldes da época, pois somente era empregada em doentes crônicos internos nos hospícios-colônias do Juquery e Juliano Moreira²⁹.

Com a ajuda do pintor Almir Mavignier e do crítico Mário Pedrosa, a psicanalista visualizou a possibilidade de empregar a terapia ocupacional como atividade criativa individual em vez de coletiva, voltada à recuperação do portador de esquizofrenia. Traços, cores e formas de desenho, pintura e escultura passam a ser o meio pelo qual o paciente exprime e externaliza o seu sofrimento mental. Segundo Dias, essa abordagem permite também ao terapeuta um acompanhamento mais apurado sobre o estágio e a evolução do paciente. As imagens objetivadas funcionam como se fossem “retratos da situação psíquica do enfermo mental, o que possibilitava estudos posteriores sobre o processo psicótico” (DIAS, 2003, p.56).

De acordo com o Decreto n. 6.169 de 1922 e Decreto-Lei n.11.276 de 1934 a assistência hetero-familiar seria instituída com objetivo de ressocializar e readaptar o interno colocando-o em contato com os nutrícios, isto é, famílias de pequenos sitiantes, caso contrário as famílias de guardas ou de atendentes de enfermagem do próprio hospício poderiam ser recrutadas para exercerem essa prática. Os nutrícios receberiam uma determinada quantia para acolher o interno em seu sítio ou chácara, ensinando-lhe um ofício. Já as famílias dos funcionários poderiam receber uma casa para abrigá-los. Por sua vez, criava-se uma vida social “semelhantes àquelas empregadas na aldeia de Gheel, na Bélgica”, informa Dr. Joaquim Dutra, diretor do Hospital Colônia de Barbacena. Para esse alienista, as condições em que assentavam esse tipo de assistência no HCB, onde os “insanos” viviam em “regime parcial de liberdade, deveriam se estender, pois alguns deles estavam sob a responsabilidade de camponeses”, podendo “movimentar-se entre os seus familiares” ou “transitar livremente entre a população” (DUTRA, 1933, p. 7).

Entretanto, não se sabe se no HCB essa prática atingiu os mesmos objetivos e alcance da assistência realizada na Colônia Juliano Moreira e analisada por Venâncio (2008, p. 9) onde a introdução da assistência hetero-familiar a partir da década de 1940, provocou

²⁹ Segundo Dias, “a atribuição de pioneirismo e inovação às origens do Museu de Imagens do Inconsciente acabou ofuscando o trabalho das outras terapêuticas no país que aproximavam arte e loucura naquele momento. No Brasil, desde o início do século XX já havia trabalhos que pretendiam entender a expressão artística dos alienados por intermédio do discurso psicanalítico emergente no país. Esse era o caso dos trabalhos de Osório Cesar no Hospital de Juqueri, em São Paulo” (DIAS, 2003, p. 58).

mudanças substantivas na paisagem hospitalar pela penetração de equipamentos sociais (estradas, transporte, áreas de lazer, meios de comunicação, etc.).

Demonstrou-se, portanto, que os recursos terapêuticos biológicos geralmente estavam associados aos recursos auxiliares como a praxiterapia (ergoterapia e laborterapia), terapia ocupacional, ludoterapia e terapia hetero-familiar. Com exceção da ludoterapia, as outras terapias tinham como objetivo principal disciplinar a força de trabalho e, ainda, ressocializar os doentes mentais para o convívio social.

1.3 Ensino e produção científica e o papel dos agentes no campo psiquiátrico mineiro

O ensino e a produção científica iniciaram-se no Hospital Galba Velloso, em 1968, onde foram introduzidos os estágios profissionalizantes para estudantes e recém-formados em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e pela Universidade Federal de Minas Gerais. Até então, os acadêmicos de Medicina faziam a sua residência em outras instituições psiquiátricas, geralmente localizadas no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Essa dinâmica foi identificada nos documentos pesquisados para levantamento e exame da atividade científica desenvolvida pelos psiquiatras mineiros. Constatou-se, pois, que o ensino e a produção científica estavam até ao final da década de 1960 ligados primordialmente ao Hospital Galba Velloso, onde se iniciaram estágios profissionalizantes para estudantes e recém-formados em Medicina pela Universidade de Minas Gerais. Até então, os acadêmicos de Medicina que optavam pela especialização em Psiquiatria faziam a sua residência em outras instituições psiquiátricas e/ou universidades brasileiras, notadamente aquelas localizadas no Rio de Janeiro e São Paulo.

Sobre a Psiquiatria em Minas antes da década de 1960, o psiquiatra Fernando Megre Velloso³⁰ revela como era o estágio em que se encontrava o ensino e as produções científicas no campo psiquiátrico, face às outras especialidades médicas: “a Psiquiatria deve ser objeto de apreciação crítica [porque] os especialistas mineiros, em geral, são autodidatas” (VELLOSO, 1963, p. 138). De modo similar, as palavras Velloso são endossadas por Eloy

³⁰ O psiquiatra Fernando Megre Velloso (1918-1986) foi preceptor no Hospital Galba Velloso e Secretário de Saúde de Minas Gerais (1971-1975). Ocupou ainda os cargos de Presidente da Associação Médica de Minas Gerais, do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais e do Instituto da Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais. Foi um dos fundadores e membro do Conselho Executivo da Associação Brasileira de Psiquiatria, em 1965, sendo presidente dessa Associação nos anos de 1971 a 1973.

Henrique Dutra Câmara³¹, médico do Hospital Colônia de Barbacena que, ao explicitar a realidade, expõe as dificuldades dos médicos de outras especialidades na clínica psiquiátrica. Na entrevista concedida, Dr. Eloy afirma que

[...] não existia residência [médica] em Psiquiatria, não existia nada disso. Nós somos todos autodidatas. E ainda acrescenta, “Quis fechar a minha enfermaria de cirurgia, que era conveniada com a Faculdade de Medicina. Foi fechada. Então, eu fui designado psiquiatra, mas de Psiquiatria eu não entendia nada. Então, eu comprei um livro de Psiquiatria e ficava diagnosticando aqueles coitados. - Esse daí é o quê? [aponta o dedo para um lado e para o outro simulando a presença de alguém] Esse está parecendo... - Esse é hebefrênico? E esse de cá? Eu ficava... - Esse é paranóia pura. - E aquele dali. - Ah! Aquele dali... Era assim que os diagnósticos eram realizados. (CÂMARA, 9/11/2004)

Apesar de serem “autodidatas”, os psiquiatras, para superar essa deficiência no aprendizado da clínica psiquiátrica, mantinham-se atualizados por meio de publicações de artigos e teses científicas e participação em Congressos, alguns deles realizados no exterior. A partir desses conhecimentos apreenderam e aprimoraram questões relativas à racionalidade científica, necessárias ao desenvolvimento da especialidade psiquiátrica. Entretanto, na maioria das vezes, essa atualização e a busca de racionalidade científica na explicação dos fenômenos físicos e psíquicos seriam mediadas pelos conhecimentos e observações realizados nas práticas do cotidiano da clínica.

Segundo Luiz Cerqueira, praticamente todos os psiquiatras brasileiros estavam comprometidos com o modelo médico-clínico ou organicista na especialidade psiquiátrica, pois

[...] esta posição ainda hoje defendida pela maioria de nossos psiquiatras, sobretudo os mais velhos, atravancando as cúpulas, decorria do pontificado incontestado de Juliano Moreira, de 1903 a 1932, no sentido de conferir à Psiquiatria o *status* científico que antes lhe faltava. Isso seria reforçado pelo advento dos choques, da década de 40 e dos psicofármacos, a partir dos anos 50. Tal Psiquiatria convém demais ao conservadorismo. Naquele tempo prevalecia o aforismo, ‘quem faz higiene não faz clínica’. Quem faz clínica não faz higiene, devia ser a recíproca dos psiquiatras, pois todos se consideravam clínicos exclusivamente. (CERQUEIRA, 1989, p.45)

A partir de 1968 foi dada uma ênfase maior ao ensino e à pesquisa psiquiátrica em Minas Gerais. Segundo Piccinini (2006), o Dr. Paprocki juntamente com o Dr. Fernando Velloso criaram a Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica (FEAP)³², base e núcleo para a criação posterior da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais -

³¹ Dr. Eloy Henrique Dutra Câmara é médico especialista em cirurgia geral. Trabalhou no Hospital Colônia de Barbacena durante as décadas de 1950 a 1980. É neto de Joaquim Antônio Dutra, fundador da Assistência a Alienados em Minas, localizada em Barbacena. Viveu por muitos anos com seu avô nesse hospital.

³² Cf. LEI n. 4.953, de 25 de setembro de 1968.

FHEMIG. Embutida no projeto da FEAP estava a criação da primeira residência em Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, com sede no Hospital Galba Velloso. Com a residência médica e o Centro de Estudos no Hospital Galba Velloso estimulou-se a divulgação de artigos científicos na revista do Centro de Estudos Galba Velloso. Em sua maioria, os temas publicados na Revista eram variados, de estudos de psicofármacos, resultado de investigações clínicas com os pacientes internados na rede pública, até estudos sobre a assistência psiquiátrica em Minas.

Com a criação da Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica, de acordo com a Lei n. 5.804 de 13 de dezembro de 1971, a grande maioria dos professores assumiu cargos burocráticos na Fundação e a residência médica do Galba se esvaziou. Em 1977, a residência médica foi transferida para o Instituto Raul Soares, onde professores e profissionais da área Psi (psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, enfermeiros, residentes) iniciavam uma nova abordagem terapêutica – a Psicanálise – no tratamento da doença mental e também para o Centro hospitalar Psiquiátrico de Barbacena objetivando atender às demandas de especialização em Psiquiatria dos médicos recém-formados das universidades e faculdades mineiras.

Nessas duas instituições, além do ensino estava prevista a criação de um centro de estudos para favorecer o intercâmbio de informações e experiências com abrangência local, nacional e internacional. Buscava-se, ainda, a promoção de cursos, conferências e estudos visando à atualização e dinamização contínua dos residentes além de estimular e divulgar a pesquisa da assistência prestada por aquelas instituições psiquiátricas, conforme fica determinado pelo Decreto-Lei n. 14.223 de 1971.

Por sua vez, os programas de residência médica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais tiveram o seu início no final da década de 1960 com a reforma Universitária de 1968. Entre os 10 cursos organizados, a especialização em Psiquiatria não estava prevista. Somente no final da década de 1970, quando mais 28 programas³³ foram instituídos, é que ocorreria a especialização em Psiquiatria na UFMG. Verifica-se que, portanto, em Minas o saber psiquiátrico foi produzido junto à clínica e não propriamente no espaço acadêmico.

De acordo com entrevista feita com o psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, os psiquiatras mineiros adotavam os saberes veiculados no campo psiquiátrico brasileiro e

³³ Os programas de residência médica da UFMG, realizados no Hospital das Clínicas nas áreas clínica, cirúrgica e de propedêutica foram credenciados pelo Ministério da Educação e Cultura com a Lei 6.932 de 07/07/1981, sendo considerados cursos de Pós-graduação em nível de especialização. Os programas têm duração mínima de dois anos e máxima de cinco anos, dependendo da especialidade.

seguiram como orientação “o organicismo de Kraeplin, a Fenomenologia de Karl Jaspers e a Psicanálise de Freud à Lacan, e ainda a Psiquiatria Social”. Além disso, o psiquiatra ressalta que “o mais importante fenômeno para a Psiquiatria foi Foucault, depois Basaglia” (COELHO, 25/10/2004).

Assim, no intuito de identificar e classificar esses agentes sociais (os psiquiatras e os profissionais da área Psi) que compõem o campo psiquiátrico buscou-se uma definição dos papéis desses intelectuais levando-se em conta três domínios: itinerário, geração e sociabilidade desenvolvidos por Sirinelli (2003) que estudou o engajamento dos intelectuais, fornecendo uma visão complementar à de Bourdieu.³⁴

O itinerário permite desenhar mapas precisos de engajamento dos intelectuais – nesse caso os psiquiatras – através do gênero biográfico que aqui não se restringe apenas ao estudo dos grandes intelectuais, mas também daqueles de pequena notoriedade que tiveram importância e que foram “despertadores” de determinadas gerações de psiquiatras seguintes fornecendo-lhes uma influência cultural e às vezes política. O esclarecimento dessa influência se faz através de genealogias, pois um “despertador” pode ocultar dentro de si um outro que marcou uma geração antes – tornando-se mais inteligíveis os percursos dos intelectuais” (SIRINELLI, 2003, p.247). Do mesmo modo, a noção de itinerário também pode determinar a evolução de um grupo de psiquiatras pertencentes a uma mesma escola/corrente científica, enfim concepção e prática psiquiátrica. As trajetórias apresentam, com bastante frequência, problemas complexos ligados às questões de interpretação, daí o perigo de se chegar a explicações globalizantes.

As estruturas de sociabilidade variam de acordo com as épocas e os subgrupos de intelectuais. Nesse caso, é importante verificar em qual local a intelectualidade se reúne e a partir daí tentar elaborar uma arqueologia, inventariando as solidariedades de origem, buscando nos tempos de academia (graduação e residência) indícios que permitam remontar o despertar intelectual e político dos intelectuais.

³⁴ Moretzsohn (1989), Baggio (1993) e Piccinini (2006) lançam pistas sobre esses três domínios que podem ser mais tarde recuperados por meio de um estudo genealógico dos psiquiatras mineiros. Pode-se encontrar diferentes gerações no Galba Velloso: a primeira era formada por pesquisadores como Paprocki, Fernando Velloso e Newton Figueiredo; a segunda pelos residentes que aderiram ao segmento da Psicanálise ou ao pensamento crítico da Antipsiquiatria, como César Rodrigues Campos, Francisco Paes Barreto e Eunice Rangel; e a terceira é composta por um número maior de psiquiatras que passaram a pertencer aos quadros dos hospitais psiquiátricos públicos e de clínicas particulares. Grande parte deles se insere no grupo dos prescritores. Piccinini (2006) considera que o grupo mais significativo da turma do Hospital Galba Velloso era formado pelos seguintes psiquiatras: “José de Assis Corrêa, Eudes Ramón Montilla, Francisco Xavier, Francisco Paes Barreto, Vicente [Santos Dias], Virgílio [Bustamont], Mário Catão Guimarães, José Domingues, José Raimundo da Silva Lippi, José Carlos Amarante, Hélio Tavares Filho, Rodrigo Teixeira de Salles”.

Como o meio intelectual se assemelha a um “pequeno mundo estreito” no qual os laços se fecham, ele se revela por meio de alguns veículos de divulgação como, por exemplo, os abaixo-assinados e manifestos em função de alguma causa, as revistas e os artigos científicos. No caso da redação de uma revista ou de um conselho editorial de uma editora, pode-se estabelecer aquilo que se convencionou chamar de “redes” e, daí, definir as estruturas de sociabilidade. As revistas são tanto o lugar de fermentação intelectual, como também um espaço de sociabilidade e de relação afetiva. As revistas conferem uma estrutura no campo intelectual por meio de forças antagônicas, sejam elas de adesão ou de exclusão. A adesão é caracterizada pelas amizades que se formam, as fidelidades que arrebanham e a influência que exerce nos membros que compõem o grupo. A exclusão diz respeito às posições tomadas, aos debates suscitados e às cisões advindas deles. (SIRINELLI, 2003, p.247 et.seq.)

Na descrição das gerações e das redes de solidariedade de idade é importante que se leve em conta os efeitos de idade e os fenômenos de geração por serem duplamente perigosos. Em relação aos processos de transmissão cultural o intelectual se define sempre de acordo com a herança e o patrimônio dos mais velhos, constituindo, portanto, elemento de referência explícita ou implícita à geração subsequente. Assim sendo, essa dimensão não pode ser reduzida aos efeitos de idade e de fenômenos de geração, uma vez que no meio intelectual isso vai mais além do que o processo descritivo ou taxionômico.

Não haverá aqui a preocupação de aprofundar na análise sobre esses três domínios identificados por Sirinelli, porque não constitui o nosso objeto de estudo. Contudo eles podem e devem ser observados, pois através das publicações científicas produzidas pelos psiquiatras e destacadas neste trabalho verifica-se o itinerário de gerações e os laços de sociabilidade entre os grupos. Com isso, serão lançadas pistas importantes sobre os segmentos dos intelectuais do campo psiquiátrico, ou melhor, dos “despertadores” da Psiquiatria mineira que contribuíram para a consolidação deste campo.

Para tanto, fez-se necessário levantar as publicações dos psiquiatras mineiros desde os seus livros publicados até divulgação de artigos em diversas revistas no estado de Minas e em outros estados, bem como manuscritos, apostilas de sala de aula a fim de verificar o engajamento dos intelectuais e sua filiação no campo científico. Entre os artigos publicados em revistas especializadas podem ser destacadas: *Archivos da Assistência Hospitalar de Minas*, *Revista de Minas*, *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*, *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*, *Revista da Associação Médica de Minas Gerais*, *O Hospital* publicado no Rio de Janeiro.

Como a publicação dos psiquiatras mineiros era ainda reduzida, optou-se por outro expediente: levantar e reunir os manuscritos, apostilas de sala de aula, relatório de grupo de estudo, comunicações realizadas em congressos e encontrados nos arquivos do Instituto Raul Soares e Hospital Galba Velloso e ainda documentos institucionais, como, por exemplo, os da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica, Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Como recurso auxiliar também foram utilizadas entrevistas com agentes significativos que pudessem fornecer pistas sobre os saberes presentes no campo psiquiátrico mineiro.

De acordo com a atividade científica e de ensino dos profissionais da saúde mental³⁵ pôde-se identificar a sua posição relacional no campo psiquiátrico mineiro. Verificou-se a presença dos seguintes segmentos: os psiquiatras tradicionais, os adeptos da Psicanálise; os pesquisadores, os prescritores e os seguidores do pensamento crítico. Cabe ressaltar que esses grupos poderiam aderir a uma ou mais concepções.

Os psiquiatras tradicionais geralmente eram aqueles cujo aprendizado se deu a partir de sua atividade no cotidiano da clínica. Comumente vinculavam-se à concepção e à prática do organicismo. Seus artigos científicos foram publicados em revistas de diversas especialidades e principalmente na revista *Archivos da Assistência Hospitalar* nos anos de 1933 e 1934. Nessa revista são encontrados artigos de psiquiatras mineiros e de outros estados como Rio de Janeiro e São Paulo. Nesses textos são analisadas questões relativas à assistência psiquiátrica e às investigações clínicas e fisiopatológicas no campo das psicoses endo e exógenas e da esquizofrenia. Além disso, são descritos exames laboratoriais patológicos e análises químicas, especialmente punções do líquido céfalo-raquiano e punções lombares que eram realizadas em pacientes do Instituto Raul Soares, como será apresentado adiante. Isso leva a supor que os psiquiatras mineiros, pelas práticas por eles exercidas, a exemplo dos psiquiatras paulistas e cariocas, poderiam ser considerados neo-kraepelianos. Cabe ressaltar que a grande maioria desse segmento também aderiu ao uso dos psicofármacos para o tratamento daqueles indivíduos acometidos pelas psicoses e esquizofrenia.

Eram representantes desse grupo: Ermelindo Lopes Rodrigues³⁶, Galba Moss Velloso³⁷, Clóvis Faria Alvim³⁸, Joaquim Antônio Moreztshon³⁹.

³⁵ Refere-se a um grupo multiprofissional representado principalmente pelos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, sociólogos, dentre outras profissionais.

³⁶ Docente-Livre de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro (1925), Professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais (1926) – diretor do Instituto Raul Soares (Belo Horizonte, 1929). Seguem-se outros títulos e seu último cargo foi o de diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais na década de 1960.

Na década de 1960, após a introdução das residências médicas no espaço hospitalar, verifica-se que, além do ensino, as atividades científicas dos profissionais se sofisticaram com a introdução de novas concepções e práticas que, até então, não eram dinamizadas. Daí surgir e solidificar, por exemplo, o grupo dos preceptores que iriam aderir às concepções e práticas da Psicanálise, da Fenomenologia e da pesquisa na área de Psicofarmacologia.

Os adeptos da Psicanálise, da Fenomenologia – aqui também se enquadram aqueles ligados a Psiquiatria Social – geralmente eram preceptores da residência médica e/ou professores da Faculdade de Ciências Médicas e do Curso de Medicina da UFMG. Esses se assemelhavam à função de “pesquisadores aplicados” que buscavam somente ampliar e repassar novos conhecimentos aos residentes de Psiquiatria, estagiários e estudantes de Medicina (BOURDIEU, 2004, p. 51).

Na carta escrita por Francisco Paes Barreto⁴⁰ intitulada *Sobre o Ensino e a Assistência no Instituto Raul Soares* [1974?] e enviada aos integrantes do hospital, pôde-se verificar a caracterização daquele grupo que também mantinha atividades ligadas ao ensino na residência médica. Segundo Barreto, as atividades afins ao ensino demandavam tempo pela ocupação de cargos de chefia como: coordenadores e/ou supervisores de estágios para residentes, chefes de coordenação de equipes, seleção de estágio, colegiado e chefes de equipes científicas, preparação de cursos e que, por causa dessas funções, geralmente estavam afastados do ato médico. De acordo com Barreto,

um profissional experiente e qualificado é melhor aproveitado se, ao invés de dedicá-lo diretamente aos pacientes, ele é dedicado a outros profissionais, menos experientes. Ou em outras palavras, o tempo do preceptor é melhor aproveitado quando, ao invés de psiquiatra, ele trabalha como professor de Psiquiatria. (BARRETO, [1974?], mimeo)

Os adeptos da Psicanálise e da Fenomenologia acreditavam estar prestando assistência psiquiátrica por diversos meios, porém não assumiram a assistência direta prestada aos

³⁷ Foi fundador da revista *Arquivos de Neurologia e Psiquiatria* e livre-docente da Faculdade de Medicina. Foi destituído da direção do Instituto Raul Soares por ter assinado o Manifesto dos Mineiros em 1943.

³⁸ Foi livre-docente em Psiquiatria. Defendeu a tese intitulada *Introdução ao Estudo da Deficiência Mental*. Foi professor de Psiquiatria na Faculdade de Ciências Médicas da UFMG. Foi membro da Academia Mineira de Minas, pertenceu à Academia Trabalhou nas seguintes instituições: Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP), Serviço de Antropologia Criminal da Penitenciária Agrícola de Neves, Instituto Pestalozzi, Hospital de Psiquiatria Infantil e na Faculdade de Ciências Médicas, em Belo Horizonte.

³⁹ Foi Presidente do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. Na área acadêmica foi membro titular da Academia Mineira de Medicina, do Instituto Mineiro de História da Medicina e da Academia Brasileira de Administração Hospitalar. Fez diversas publicações científicas, entre elas o livro *História da Psiquiatria Mineira*.

⁴⁰ Psiquiatra e psicanalista, Paes Barreto também foi preceptor em Psiquiatria no Hospital Galba Velloso e no Instituto Raul Soares. Foi um dos líderes da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Lacaniano em Minas Gerais. Publicou o livro: *Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano* entre os demais artigos científicos.

pacientes. Para eles, a atividade burocrática exigida pela supervisão dada aos residentes e a psicoterapia de grupo neles aplicadas influía na assistência prestada nos plantões, ambulatorios e enfermarias. Nesse sentido, a influência exercida por esses agentes era considerada “muito maior do que se estivéssemos pessoalmente realizando os poucos atendimentos que nosso tempo permite” (BARRETO, [1974?], mimeo). Nessa afirmação fica evidenciado que, no campo psiquiátrico, houve ocorrência de lutas concorrenciais para impor o saber válido na condução desse campo científico. Representavam esse segmento: Francisco Paes Barreto, Silvio Velloso⁴¹ e Jarbas Moacir Portella⁴².

Outro segmento que foi formado pelos pesquisadores se assemelhava aos “pesquisadores puros”, ou seja, o grupo daqueles que se voltavam à pesquisa básica no sentido empregado pela teoria bourdieusiana (BOURDIEU, 2004, p. 50). Além disso, esse segmento era representado pelos médicos que tinham uma atividade mais voltada para a comprovação dos saberes científicos e orientada para a verificação, num curto prazo, do emprego de um medicamento em colaboração com uma indústria farmacêutica. Essa evidência fica registrada por Baggio:

O severo e enigmático [...] Dr. Paprocki fez escola. Como diretor do Galba, era um dos cinco principais pesquisadores brasileiros de dezenas de substâncias psicotrópicas que começavam a ser ensaiadas clinicamente no Brasil e no mundo. Já era um nome consagrado tanto no nível nacional quanto no internacional. Como diretor era severo, respeitado e temido. (BAGGIO, 1993)

Dependendo da posição que ocupassem no campo, pesquisadores detinham a posição dominante e ocupavam as posições mais altas na estrutura de distribuição de capital científico. Já os “dominados”, no caso os novatos, eram aqueles que possuíam “um capital científico tanto mais importante quanto maior [fosse] a importância dos recursos científicos acumulados no campo” (BOURDIEU, 1983, p.137). Por exigir certo grau de homogeneidade, esse grupo geralmente era composto por poucos indivíduos e suas pesquisas gozavam de prestígio, fama e honraria entre seus pares. Além disso, acumulavam um capital específico que geralmente podia ser reconvertido em diferentes espécies de capital, como o econômico e o político. O capital econômico advinha de empresas farmacêuticas e de equipamentos que subvencionavam as suas pesquisas e publicações no país e no exterior e que, por sua vez, tornava-os também reconhecidos na comunidade científica. O capital político era adquirido na acumulação do capital científico, possibilitando-os a ascensão a cargos administrativos e

⁴¹ Foi Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria e Secretário de Saúde em Minas Gerais.

⁴² Foi psiquiatra do Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte. Também foi professor da Faculdade de Ciências Médicas e da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da UFMG. Fundador do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais.

elevando-os a postos-chaves na ocupação de cargos de direção. Nesse sentido, a lógica científica abarcava também sua própria dicotomia que consistia na independência dos agentes, pois a autonomia de que usufruíam era financiada pelo Estado, tornando possível a aplicação do produto em indivíduos sem que se fossem submetidos às exigências e às sanções do mercado. Por outro lado, Bourdieu considera que essas condições como essas impõem “constrangimentos geradores de heteronomia e de se fazer expressão ou de [ser] transmissor das pressões de forças econômicas, [no caso as indústrias farmacêuticas], das quais supostamente ele libera” (BOURDIEU, 2004, p. 55).

Essa “falsa antinomia” se inscrevia na medida em que esses agentes adotavam estratégias para poderem servir-se e liberar-se das influências das indústrias farmacêuticas e, ao mesmo tempo, para lutar contra as pressões exercidas pelo Estado, pois os psiquiatras, geralmente os pesquisadores, retiravam partido das garantias de autonomia que o Estado permitia, corroborando com a independência em relação às instituições públicas. Os pesquisadores tinham nas figuras de Fernando Megre Velloso e principalmente na figura de Jorge Paprocki⁴³ os seus principais expoentes.

Os prescritores correspondiam ao segmento que congregava um grande número de psiquiatras que vivenciavam o dia-a-dia⁴⁴ dos hospitais e dos ambulatórios. Os profissionais ligados a esta categoria se submetiam às concepções e práticas ditadas por seus pares que ocupavam posição mais alta no campo. Por conseguinte, a autonomia desses agentes era restrita na condução do campo psiquiátrico.

Os prescritores geralmente adotavam a tradição do organicismo na determinação de seu papel, pois no exercício da prática médica, o profissional (generalista ou psiquiatra) era capaz de exercer os seus conhecimentos, habilidades, técnicas na identificação da doença, na prescrição de exames, no encaminhamento do paciente para a internação, tratamento ambulatorial ou alta do tratamento. Por estarem afastados do campo de produção de saber, os médicos poderiam ser atingidos pela distribuição de capital adquirido e pelas disposições que

⁴³ Ocupou os cargos de diretor do Hospital Galba Velloso (1962-1968) e de diretor executivo da FEAP (1968-1971). Foi preceptor da residência em Psiquiatria no Galba Velloso. É o pesquisador que tem maior número de trabalhos científicos publicados, tratando sobre assistência psiquiátrica e psicofarmacologia, no período de 1946 a 1979.

⁴⁴ Sentido já nomeado no Art. 37 do Decreto-Lei n.11.276, de 27 de março de 1934, onde prescrever significa “lançar em livro próprio, ou em folhas de observação e em fichas as notas clínicas sobre o estado do doente, quer sejam as modificações dos sintomas primitivos, quer sejam os fatos novos pertinentes a outra fase da doença”. E ainda, “determinar diariamente em livro próprio a dieta dos enfermos”. Também essa designação pode ser verificada nos artigos das Revistas da Associação Médica durante a década de 1970. Anos mais tarde, essa designação de médico-prescritor foi legitimada e incorporada pelo Serviço Nacional de Saúde (Cf. LEI nº 14/2000, DR 182 Série I-A de 08 de agosto de 2000).

o campo exigia, arriscando-se, por exemplo, a estar sempre defasados, deslocados das práticas e das concepções/modelos/teorias, sofrendo, portanto, todas as consequências que o jogo impusesse. Isso não significava que eles pudessem lutar contra as forças do campo em vez de submeterem suas disposições às estruturas das esferas sociais e com isso, provocar mudanças no campo psiquiátrico. A importância dos prescritores reside no fato de que foram também reprodutores do campo psiquiátrico, pois durante o ato médico produziram uma fonte documental importante que atualmente pode fornecer subsídios para a compreensão da história das instituições, sobre a história do campo psiquiátrico.

Os profissionais da área Psi, ligados ao pensamento crítico presente na Antipsiquiatria, constituíram outro segmento que aderiu e contribuiu para reavivar novas experiências existentes no campo psiquiátrico, como aquelas ligadas às concepções de Comunidade Terapêutica e Psiquiatria Comunitária no tratamento da doença mental.

Em meados da década 1970, época em que ocorre o processo político de abertura política no Brasil, esses agentes vinculados ao campo psiquiátrico passaram a questionar o autoritarismo imposto pelo modelo manicomial, excludente e prisional da prática psiquiátrica nos hospitais públicos. A participação desses agentes em um movimento social contribuiria para dar início ao processo de Reforma Psiquiátrica. Se destacaram nesse grupo: Francisco Paes Barreto, Ronaldo Simões Coelho⁴⁵ e César Rodrigues Campos⁴⁶.

Uma das representantes da área Psi, a Prof. Marília da Mata Machado, esclarece como era limitada a produção científica crítica nas décadas de 1960 e 1970, principalmente na universidade. Contudo, sua constatação pode ser ampliada se considerarmos que entre os atores sociais envolvidos muitos estavam ligados à academia (Faculdade de Ciências Médicas e a Universidade Federal de Minas Gerais) e à residência médica em hospitais psiquiátricos públicos, ou então ligados à Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP) e à Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica (FEAP).

Segundo a referida professora, naquela época,

[...] ‘a cultura era mais oral do que escrita’, e os textos produzidos para circulação interna muitas vezes não eram publicados [...] havia isto sim, uma preocupação mais acentuada com as implicações políticas e ideológicas de sua atuação concreta que com o registro científico dessa produção, muito em função dos anos de chumbo da ditadura civil-militar que governava o país. Não podemos esquecer que foram anos

⁴⁵Foi assessor da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP) e um dos precursores da Reforma Psiquiátrica de 1979. Tem diversos artigos publicados sobre a assistência psiquiátrica. Entre eles se destaca *Barbacena: 1900-1980*. Trabalho apresentado no III Congresso Mineiro de Psiquiatria (mimeo).

⁴⁶Foi um dos diretores do Hospital Galba Velloso. É considerado um dos principais militantes do movimento social dos trabalhadores da saúde em Minas, que resultou na Reforma Psiquiátrica de 1979.

marcados por censura, perseguições políticas, cassações, prisões e torturas, restringindo e policiando a vida universitária. (FRICHE et al., 2006)

Contudo, nessa citação evidencia-se um tipo de violência que ganha ênfase principalmente em regimes autoritários e que pode se converter numa outra modalidade como a violência moral, visando diminuir, fragilizar, destruir ou anular a integridade física, psíquica, emocional de uma pessoa ou grupo.

Quanto à Psicanálise, concordamos com as posições de Barreto (1971), Costa (1989) e Portocarrero (2002) em relação ao seu afastamento das terapias dos hospitais psiquiátricos públicos. A primeira delas é a de que esta prática terapêutica é realizada com aqueles indivíduos que se mantêm em seu ambiente e com vínculo sócio-familiar, pois, na grande maioria das vezes, os seus pacientes não são hospitalizados. A segunda característica é de que a terapia ou a sessão é realizada com um número reduzido de pessoas e geralmente, demanda um determinado prazo até que a alta do paciente se efetive. Essas duas características brevemente delineadas fizeram com que esta especialidade científica e o seu método fossem “bastante negligenciados e pouco compreendidos” e afastados dos hospitais, conforme salienta Barreto (1971, mimeo.). O seu enfoque de atendimento e tratamento individual, na maior parte das vezes, contribuiu para que a Psicanálise ficasse restrita a uma pequena parcela da população. Se por um lado, os psicanalistas negligenciavam os aspectos orgânicos da doença, por outro lado, os organicistas, que em decorrência de sua hegemonia ocupavam lugar central no hospital, também não estavam atentos às contribuições da Psicanálise e, conseqüentemente, esse saber iria exercer pouca influência na assistência psiquiátrica pública (BARRETO, 1971, mimeo.).

O argumento de Alvim (1972) foi além da justificativa de que a Psicanálise não era praticada no tratamento dos internos dos hospitais públicos. Segundo o psiquiatra mineiro, a Psicanálise “é mais especulação do que terapêutica”. E ainda, “especialmente nos hospitais, onde se praticam as psicoterapias de inspiração analítica, chamado com mais propriedade de ‘psicanálise pobre’, as drogas são indispensáveis ao tratamento” (ALVIM, 1974, p. 220).

Em relação à Fenomenologia, esta concepção tornou-se um recurso auxiliar, pois nos artigos científicos mineiros da época não há referências, mas somente indícios da presença da teoria Fenomenológica aplicada na prática médica. Essa constatação, contudo, leva-nos a crer que sua influência pudesse estar restrita ao campo psiquiátrico mineiro. Quanto à Comunidade Terapêutica, sabe-se que ela só foi utilizada por médicos residentes do Hospital Galba Velloso, como será visto mais adiante.

1.3.1 Tentativas de desospitalização

São diversos os saberes científicos que contribuíram para a desospitalização: as teorias e as abordagens da Psicanálise e da Psicologia Social (sociodrama e psicoterapia de grupo); as contribuições da Fenomenologia, do Existencialismo; e ainda determinadas escolas e correntes da Sociologia e da Antropologia que foram absorvidas no campo psiquiátrico, tornando objeto de debates entre os profissionais do campo Psi.

Entre as propostas de desospitalização foram identificadas algumas modificações que não se restringiam apenas ao espaço asilar, mas que demonstrariam a ampliação das concepções e práticas psiquiátricas e de suas intervenções em espaços extra-hospitalares para, com isso, atingir toda a sociedade.

Nesse sentido, foram identificadas no campo psiquiátrico mineiro aquelas concepções e práticas que tentaram modificar as relações sociais presentes no hospício, representadas pela Comunidade Terapêutica, Psiquiatria Comunitária ou Preventivista e os movimentos surgidos a partir da Psiquiatria Democrática que, de alguma maneira, influenciaram o Hospital Colônia de Barbacena.

Cabe ressaltar que a Psicanálise e a Psicologia Social não constituem objeto de análise neste estudo. A Psicologia Social teve suas técnicas de psicoterapia de grupo aplicadas somente em pacientes de clínicas particulares e conveniadas com o Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS), como vemos adiante.

1.3.2 Sistema *Open door* ou Comunidade Terapêutica?

Rodrigué (1965) e Maxwell Jones (1972), este último um mais significativos dos representantes da concepção de Comunidade Terapêutica, estabelecem vários princípios que deveriam ser observados e seguidos pelos membros que adotassem esse modelo. Dentre eles destacam-se:

- 1) liberdade de comunicação em diferentes níveis da comunidade;
- 2) desenvolvimento de uma cultura terapêutica, necessitando de reuniões diárias com pacientes e equipe;
- 3) assimilação de uma organização em que o papel tradicional e autoritário (principalmente o do psiquiatra) seja substituído por uma postura simpática em um ambiente de tolerância;

4) constituição das comissões paritárias da Comunidade Terapêutica objetivando um governo democrático com autonomia social em que paciente participe das experiências de participar de uma comunidade pioneira cuja proposta maior é que o paciente ocupe o *status* de um cidadão dentro e fora do hospital;

5) emprego de drogas como tranqüilizantes e antidepressivos ocasionalmente;

6) aplicação das psicoterapias em três níveis: individual, grupal e comunal;

7) participação coletiva das atividades de lazer;

8) tomadas de decisão coletiva da administração e serviços realizadas por todos os membros da comunidade.

Em linhas gerais, pode-se dizer que, por meio da concepção de Comunidade Terapêutica, a equipe multidisciplinar poderia basear-se no conhecimento de problemas básicos e da vida psico-social do paciente, pois através da “aprendizagem ao vivo” ter-se-ia a oportunidade de analisar o comportamento feito pelo confronto face a face de todas as pessoas, processar a análise em conjunto das dificuldades interpessoais, superar as dificuldades e estabelecer relações com as pessoas que podem auxiliar aos pacientes (JONES, 1972).

Nas reuniões buscava-se trabalhar com o paciente no momento em que emergia a crise para que o mesmo pudesse verbalizar para o grupo aquilo que o afligia a fim de que o confronto possa produzir um efeito “no mínimo catártico, permitindo aos indivíduos desabafar e reduzir temporariamente suas tensões”. Além disso, as reuniões visavam maximizar a eficácia dos papéis e aguçar a percepção comunitária entre 80 a 100 participantes. A equipe multidisciplinar era geralmente constituída por psiquiatras, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, atendentes de enfermagem, psicólogos e psiquiatras, assistentes sociais, etc. (JONES, 1972, p. 114). E, como diz Rodrigué (1965, p. 23), a proposta de formar comissões paritárias era de estimular a formação de um cidadão ativo.

Os problemas e as crises do indivíduo deveriam ser tratados na própria comunidade e se possível fora do manicômio. A interação desses indivíduos com a comunidade (equipe e parentes) permitia, portanto, uma adequação no comportamento do paciente e da comunidade não somente para refletir coletivamente a respeito das necessidades e expectativas da comunidade, mas também para permitir que o paciente, por meio dessa interação, enfrentasse e se preparasse para sair da Comunidade Terapêutica.

Com objetivos humanitários, os psiquiatras brasileiros introduziram essa concepção nos hospitais psiquiátricos. Segundo, Figueiredo (1993), a introdução do modelo de Comunidade Terapêutica na década de 1960 ocorreu respectivamente em Porto Alegre e Rio

de Janeiro sob a supervisão de psicanalistas. No Rio Grande do Sul essa experiência foi utilizada nos internos da Clínica Pinel por Marcelo Blaya e por David Zimmermann naqueles pacientes que procuravam o serviço comunitário da Divisão Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro. No Rio de Janeiro esse modelo foi implantado nos anos de 1968 a 1970 e se disseminou quase que sucessivamente entre vários hospitais, como é o caso do Hospital Odilon Galloti, Hospital Pinel, Hospital das Clínicas da UERJ, etc.

Em Minas Gerais foi introduzida a experiência de Comunidade Terapêutica no Hospital Galba Velloso de Belo Horizonte também. Segundo Paprocki e Rangel (1969), a experiência aconteceu durante 48 meses, entre janeiro 1964 a dezembro de 1967. Alguns anos depois, Paes Barreto divulgou as *Crônicas do Hospital Santos Olhos* (1982) e também Baggio (1993) publica *Uma história da Psiquiatria mineira: a turma do Galba* (1993), ambos relatam e refletem sobre a experiência com esse modelo.

Paprocki e Rangel (1969, p.91), representantes dos pesquisadores, consideraram que “o regime *open door* é importante dentro do enfoque de Comunidade Terapêutica”, pois a “política do *open door* é um elemento importante dentro do ideal de Comunidade Terapêutica (PAPROCKI e RANGEL, 1969, p.93). Essa indeterminação do modelo adotado por ambos tornou-se problemática, pois não se ajustava às características propostas por Rodrigué (1965) e Maxwell Jones (1972). Acresce ainda que os psiquiatras em questão acreditavam estar contribuindo de forma pioneira com o campo psiquiátrico por meio dessa experiência, pois “desconheciam publicações acerca do assunto por parte de autores nacionais” (PAPROCKI e RANGEL, 1969, p.94). Sabe-se, contudo, que o *open door* já havia sido proposto em Minas e praticado em hospícios de outros estados como Rio de Janeiro e São Paulo.

O Hospital Galba Velloso foi destinado ao atendimento de doentes mentais agudos, isto é, pacientes em crise e que, geralmente, não necessitavam de internamento por longo período, do sexo feminino, sem direito à Previdência Social, sendo que as mesmas eram procedentes de todo o estado de Minas. A capacidade de internamento no Hospital é para 350 pacientes, em média.

Inaugurado em 1962, o Hospital Galba Velloso funcionou, primeiramente, em regime fechado durante 18 meses, tal como era o regime adotado pelos hospícios. As portas de acesso às enfermarias e aos pátios mantinham-se constantemente fechadas. Cada enfermaria dispunha de dois quartos-fortes ou celas, destinados às pacientes excitadas e agressivas. As visitas só eram permitidas uma vez por semana, condicionando-as ao estado mental das pacientes e realizadas em salão especial fora das enfermarias. A convivência entre o pessoal administrativo do hospital e as pacientes era o mais restrito possível. As atendentes de

enfermagem somente entravam em contato com as pacientes no momento da administração de medicamentos, banhos, alimentação e exames. Fora dessas funções, não havia contato entre pacientes e funcionários, sendo que a enfermas permaneciam isoladas nos pátios.

O corpo clínico do Hospital era formado por 35 médicos de diferentes especialidades: 11 psiquiatras, de formação biológica e farmacológica, a maioria deles com menos de cinco anos de formados. Desses, quatro deles se achavam em processo de análise psicanalítica e três se submetiam à psicoterapia de grupo. Também se submetiam a esse tipo de terapia seis estagiários, não ficando preciso se os alunos pertenciam aos cursos de Medicina ou à Psicologia.

Baggio (1993) identificou-se como sendo um dos médicos residentes do Galba Velloso que se preocupou em aprofundar-se na Psicologia Dinâmica e na Psicoterapia de Grupo. Ele e um grupo formado por diversos colegas também residentes entraram em contato com autores espanhóis e alemães, sendo alguns deles ligados à Fenomenologia como K. Jaspers, bem como à clínica psiquiátrica onde se destacam os nomes como K. Schneider, Weibrecht e H. Ey que se dedicaram ao estudo das psicoses endógenas.

Por orientação de Paprocki, o grupo⁴⁷ de Baggio também deveria se submeter à Psicanálise, como se verifica abaixo.

Fui cliente de Célio Garcia, por três meses, em [psicoterapia] de grupo [...]. Depois, durante dois anos, submeti-me a psicoterapia de grupo com o Dr. Bernardo Blay Netto. Mais tarde fui fazer psicoterapia de grupo com Jarbas Portela, em 1968. Em 1969, Igor Caruso vem passar mais de um ano no Círculo Psicanalítico, em Belo Horizonte. Faço um curso com ele: 'Filogênese e ontogênese da personalização'. Um mundo novo de cultura me descortinava. A Psiquiatria se abria em interface com a sociologia, a cultura, a etiologia, a política, a psicanálise e o humanismo. (BAGGIO, 1993)

Pode-se supor que esse grupo estava vinculado aos estudos psicanalíticos e à psicoterapia de grupo e, como toda a minoria, funcionava como um grupo de pressão. Aceito com restrições, de um lado, esse grupo era constrangido pelos valores tradicionais da Psiquiatria por causa da sua não-adesão às terapêuticas biológicas e de psicofármacos e também pelas propostas no tratamento da doença mental que não fossem as convencionais. Por outro lado, o grupo de psiquiatras clássicos, por serem considerados hegemônicos, ao impor a supremacia ao outro grupo estabeleceu o saber/paradigma/teoria/modelo considerado válido na condução do campo psiquiátrico. Diante da presença de dois grupos heterogêneos, supõe-se que entre eles ocorressem lutas concorrenciais.

⁴⁷ Fazem parte desse grupo os seguintes psiquiatras: Arlindo Pimenta, José Ronaldo, Cláudio Pérsio Carvalho Leite, [Francisco Paes] Barreto, Javert Rodrigues, Rodrigo Teixeira Salles, Virgílio [Bustamont], Francisco Juarez R. Pinto, Welber Braga, que se tornaram adeptos da teoria psicanalítica e, talvez, da fenomenologia.

As religiosas, atendentes de enfermagem, praxiterapeutas e recreacionistas compunham o corpo auxiliar do hospital, composto por 146 funcionários não-qualificados que receberam treinamento no próprio hospital após sua admissão no serviço público. As funções dos funcionários distribuídos nos diversos setores do hospital eram variadas.

Visando dar *ares de liberdade* aos internos do Galba Velloso, diversas medidas foram adotadas paulatinamente pela equipe visando demolir os calabouços e acabar com os atos punitivos. Tais medidas podem ser agrupadas da seguinte forma: abolição das celas; retirada gradual das portas das enfermarias e de acesso aos pátios; instalação da praxiterapia para as pacientes de todas as enfermarias; instituição da laborterapia – aproveitamento de trabalho das pacientes em serviço do hospital; permissão para visitas diárias durante uma hora nas dependências das enfermarias para todas as pacientes, independente de seu estado mental. “Cabe frisar aqui que, no que tange à instituição do *open-door*, as medidas consistiram, realmente, na retirada definitiva das portas de comunicação, e não na sua simples abertura” (PAPROCKI E RANGEL, 1996, p.97).

No tratamento das pacientes houve uma combinação de diversos métodos que abarcavam desde a administração de modernas drogas psicofarmacológicas, combinadas com recursos terapêuticos biológicos, até a terapia ocupacional.

Nas terapêuticas biológicas utilizadas destacam-se a utilização freqüente de eletrochoque e insulinoaterapia (PAPROCKI E RANGEL, 1996; BARRETO, 1982 E GOULART et al. 2008, prelo). Na contenção das pacientes encontram-se as terapêuticas psicofarmacológicas nas quais administravam nas pacientes drogas como ampicilil, anatenzol e anatenzol depot, haloperidol, neozine, fenegan, luminal, neuleptil, stelazine, diazepam, lorazepam, nardil, triperidol, gardenal, meprobamato, akineton, tofranil, notaral, conforme salientam Paprocki e Rangel (1996, p. 100) e Goulart, 2008 (prelo).

A praxiterapia e a ludoterapia eram praticadas rudimentarmente somente em duas das enfermarias, o que se explica pela inexistência de pessoal qualificado e falta de recursos materiais. No setor da laborterapia observa-se o aproveitamento de “cerca de 1/6 das pacientes nos diversos serviços do hospital” como de lavanderia, limpeza, costura e horta. A terapia por meio da utilização do trabalho, como já foi visto, objetivava educar corpos e mentes em atividades produtivas, eliminando-se todas aquelas possibilidades que poderiam resultar em comportamentos turbulentos, atos de rebeldia, agressões, fugas e até mesmo evitar os desejos e atitudes que poderiam culminar em suicídio. Tanto o é que durante o período de funcionamento do *open door* registrou-se no Hospital “20 evasões e dois casos de suicídios” (PAPROCKI e RANGEL, 1969, p. 99-101).

TABELA 1

MOVIMENTO DAS PACIENTES DO HOSPITAL GALBA VELLOSO: 1962-1967 (em %)

Movimento de pacientes	Anos											
	1962		1963		1964		1965		1966		1967	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%.
Admissões	959	100	2316	100	2971	100	3634	100	3321	100	3576	100
Altas	425	44	1942	84	2553	86	3128	86	2797	84	2906	83
Transferência HCB	162	17	345	14	372	12	454	12	454	12	467	13

FONTE: PAPROCKI e RANGEL, 1969, p. 95

Na TAB. 1 fica demonstrado o movimento de admissões, altas e transferências das pacientes do Hospital Galba Velloso para o HCB. Nela fica constatado que o número de altas tornou-se significativo a partir do momento que a equipe hospitalar adota o método de *Comunidade Terapêutica*. Também é significativo o percentual de pacientes consideradas crônicas, em torno de 14 a 12%⁴⁸, que em consequência de seu estado mental, foram enviadas para o HCB.

Paprocki e Rangel sustentam a idéia de que o “*open door* é um elemento importante dentro do ideal de *Comunidade Terapêutica*”. Durante o transcurso da experiência realizada no Hospital, o tempo médio de permanência no hospital foi reduzido, porém isso não fica demonstrado na TAB. 1 por Paprocki e Rangel (1969). Porém, a tentativa de *desospitalização* empreendida por ambos resultou em um artifício porque recorreram ao Hospital Colônia de Barbacena para desafogar aquelas pacientes que demandassem um maior tempo de internação ou fossem caracterizadas como pacientes crônicas. Apesar dessa proposta, ainda se manteve alto o número de pacientes reinternadas, demonstrando a inoperância do modelo adotado.

No Galba Velloso, na experiência de *Comunidade Terapêutica* é também utilizada a psicoterapia de grupo, técnica adotada entre “6% das pacientes de apenas uma das enfermeiras” (PAPROCKI e RANGEL, 1969, p. 97). Em estudo recente Goulart et al. (2008) fazem um minucioso estudo dos prontuários de pacientes internados no período estudado por Paprocki e Rangel e constataam que somente foram encontrados “atendimentos psicoterapêuticos em apenas 13 prontuários”, contrastando com a informação apresentada por aqueles dois pesquisadores.

⁴⁸ Goulart et al. (2008) consideram que, no período de 1964 a 1967, a média de pacientes internas no HCB girou em torno de 18%.

Se comparado com outros modelos, a *Comunidade Terapêutica* praticada no Galba Velloso tentou acompanhar os modelos que eram adotados em Porto Alegre e no Rio de Janeiro. Conforme observação de Figueiredo, o que havia em comum entre essas experiências empreendidas nos dois estados era a dinâmica do processo de tratamento psicanalítico que não era aplicado somente no paciente, mas também na organização e funcionamento do Hospital ou da Divisão como elemento de valor terapêutico, entendido como um sistema de intervenção psicanalítica “que organiza e traduz para o seu discurso o funcionamento da própria instituição”. Isto é, “não é só o doente que é psicanalisável, mas também quem se encarrega dele”, ou seja, o conjunto de profissionais que compõem a Comunidade Terapêutica (FIGUEIREDO, 1993, p. 54).

Entretanto, no caso das pacientes do Galba essas preocupações parecem não ter sido objeto de investigação e observação por parte dos adeptos da Psicanálise. Ou se o foram, como assinalaram Paes Barreto (1982) e seu seguidor Baggio (1993), tal fato não ficou muito esclarecido.

Goulart et al. (2008, prelo) concluíram que a experiência de Comunidade Terapêutica no Hospital Galba Velloso consistiu em uma tentativa de mudança nos rumos da assistência psiquiátrica mineira. Porém,

[...] poucos registros confirmam a existência de novas práticas assistenciais psicoterapêuticas que contrastassem com o modelo asilar dominante. As experiências inovadoras com o uso de psicofármacos e relativas à formação de ideários reformistas têm se colocado como mais relevantes na caracterização do conjunto de iniciativas atribuíveis ao hospital no período enfocado. Tais incongruências nos colocam diante de questionamentos que nos conduziram a relativizar as concepções e a especificidade histórica do modelo de Comunidade Terapêutica no hospital em questão revelando incongruências e lacunas que surgem entre a versão histórica disponível, o discurso oficial e a documentação histórica investigada. (GOULART et al., 2008, prelo)

Sobre o desenlace deste modelo desenvolvido no Hospital Galba Velloso – denominado *open door* por alguns ou *Comunidade Terapêutica* por outros – quem fez uma análise foi Paes Barreto no capítulo *A diáspora de um folhetim* em sua obra intitulada *Crônicas do Hospital Santos Olhos*.

Segundo Barreto (1982), iniciou-se o processo de decadência desse modelo em 1968, quando o Hospital Santos Olhos (Galba Velloso) foi transformado em Fundação (Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica - FEAP) e passou a englobar três hospitais, sendo dois deles situados em Belo Horizonte, que são o Hospital Santos Olhos – destinado a pacientes psiquiátricas indigentes do sexo feminino – e o Instituto Gorgulhos (Instituto Raul Soares) –

para doentes mentais do sexo masculino –, e o terceiro localizado em Barbacena, então denominado Hospital São Sorôco (Hospital Colônia de Barbacena) – para onde eram enviados pacientes de ambos os sexos considerados crônicos e incuráveis.

Pensava-se que, com a agregação dos hospitais em uma Fundação, haveria uma maior autonomia administrativa para receber doação, estabelecer convênios ou fazer “qualquer coisa” que pudesse superar “a extrema pobreza de recursos” até então vivenciada pelos hospitais psiquiátricos públicos.

Como podemos sintetizar na afirmação de Paes Barreto,

A bem da verdade, devo relatar que a diáspora havia começado antes da trágica notícia. Nos primeiros tempos do Santos Olhos, parecia existir entre os psiquiatras uma fraternidade eterna. Mas o Santos Olhos era um lugar repleto de contradições. Lenta e gradualmente, aquela união inicial foi dando mostras de inequívocas de cansaço. Começaram a surgir rivalidades, desentendimentos e, enfim, rupturas. A extinção dos Santos Olhos deflagrou o processo. (BARRETO, 1983)

1.3.3 Psiquiatria Comunitária ou Preventivista

No momento em que os problemas e as transformações do mundo capitalista do pós-guerra ocasionaram mudanças na qualidade de vida da população como problemas referentes à automação no trabalho, planejamento, infra-estrutura urbana, desemprego, moradia, torna-se premente a transformação da concepção e prática relativa à saúde da população.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 1950, definiram saúde como um bem-estar físico, mental, psíquico e social. Destarte, para que a saúde seja tratada em toda sua integralidade faz-se necessário que se institua a prevenção.

Com o preventismo ocorreu uma mudança de paradigma. A intervenção terapêutica não seria mais baseada exclusivamente no “desvio” ou na patologia do indivíduo, mas deslocar-se-ia para os problemas de ordem cultural, sócio-econômica e política que acometiam a população. Desse modo seria indispensável a intervenção e o planejamento do Estado através de políticas públicas e/ou sociais que buscassem dirimir os conflitos de grupos e de classes, recuperando e reeducando os indivíduos para o trabalho e, por fim, reintegrando-os à sociedade, de acordo com as concepções do preventivismo.

Sob esta perspectiva, a assistência psiquiátrica deveria utilizar novas estratégias que não se restringiriam apenas em prevenir doenças mas também buscariam um novo objeto: a

saúde mental. Portanto, coube ao saber psiquiátrico o desmonte das velhas estruturas e a modificação dos paradigmas fundamentados no cuidado da doença, deslocando a ação para as questões voltadas à promoção da saúde mental, que passaria a incorporar os conceitos de saúde primária, secundária e terciária de saúde como um processo capaz de subsidiar as concepções e práticas, bem como as políticas públicas de saúde mental.

Por certo, ainda no Brasil predominavam as recomendações da Liga Brasileira Mental (LBHM)⁴⁹ que, durante os anos de 1923 a 1946, difundiram um ideário com preceitos da higiene psíquica individual e higiene mental social.

Por ocasião da Reforma Alvim de Paula⁵⁰ foi reorganizado o Departamento Estadual de Saúde (DES), órgão vinculado ao Departamento Nacional de Saúde (DNS). Conforme Paula (*apud* MORETZSOHN, 1989, 102) a elaboração dessa reforma foi inspirada na “moderna organização sanitária de alguns estados norte-americanos, tendo por base, o critério da especialidade, associado ao planejamento e execução.”

O preventivismo americano produziu um “imaginário de salvação” que se espalhou por outros países da América Latina, inclusive o Brasil, onde a assistência comunitária deveria ter um papel central. A partir dos conceitos de doença mental e distúrbio emocional, instituiu-se a “crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente”. Todos os males da sociedade que significam “distúrbio, desvio, marginalidade podem ser prevenidos e erradicados da sociedade” porque concorrem para colocar em risco a população (AMARANTE, 1995, p. 37).

Barreto faz uma crítica dessa concepção e prática, pois considera que a Psiquiatria Social ou Comunitária é uma disciplina “[...] hipertrofiada. Ao fazer estudos e pesquisas que

⁴⁹Em 1923, Gustavo Riedel criou a LBHM. As principais linhas de pensamento contidas no ideário da Liga desenvolvem-se em três diferentes fases. Na fase inicial, de 1923 a 1926, os alienistas estavam preocupados com a assistência médica aos doentes mentais e/ou desviantes sociais, a promoção de reformas nas instituições psiquiátricas, dando-se ênfase ao aperfeiçoamento dos profissionais e/ou leigos no atendimento dos internos. Caberia aos alienistas prevenir os males físicos dos doentes ou não-doentes mentais, através de ação profilática e terapêutica, bem como recolher os marginalizados sociais em hospícios, na tentativa de recuperá-los. A segunda fase da Liga iniciou-se em 1926 e perdurou até 1934. No ano inicial, criou-se um impasse entre os membros de duas correntes da Liga, os higienistas e os eugenistas, para impor uma nova concepção sobre a doença mental. Segundo Costa (1989), os partidários da “higiene psíquica individual”, os higienistas, propunham a prevenção da doença mental, preocupando-se em estimular medidas profiláticas, de modo que os distúrbios psíquicos dos doentes mentais não pudessem ser transmitidos aos descendentes, hereditariamente. Os partidários da “higiene mental social”, os eugenistas, defendiam o saneamento racial. Para os alienistas eugenistas, todos os indivíduos não-brancos bem como aqueles portadores de vícios morais e/ou sociais (alcoólatras, sífilíticos, prostitutas, mendigos, criminosos, deficientes físicos ou mentais) eram potencialmente agentes patológicos que deveriam ser extirpados da sociedade. A terceira fase da Liga, que se estende entre os anos de 1935 a 1946, é a fase de seu declínio, pois os preceitos divulgados Revista Arquivos não despertava tanto interesse entre os alienistas e outros colaboradores - religiosos, advogados e educadores, até mesmo no envio de artigos para publicação (COSTA, 1989).

⁵⁰ Cf. DECRETO-LEI n. 1.751 de 1946.

abarcam a coletividade, ela se aproxima da sociologia e da antropologia cultural realizada por Roger Bastide e Wittkower” (BARRETO, 1999, p. 45).

Um dos conceitos utilizados pela Psiquiatria Comunitária foi a *intervenção em crise*⁵¹. Nessa perspectiva,

[...] o que prevalece no tratamento em nossa comunidade, como se observa, é a *supressão* do conflito, e não sua *expressão* e seu exame. E o fato de a comunidade procurar o hospital psiquiátrico com o propósito de ajudar o paciente ocorre numa frequência muito menor do que se supõe. Na maioria das vezes, a família prefere o atendimento e tratamento extramural, ou seja, preferem o ambulatório e o consultório como alternativas mais procuradas. (BARRETO, 1999, p. 46-47)

A influência da Psicanálise na Psiquiatria foi referenciada por Simões, que considerou ser necessário o retorno a Freud diante das demandas colocadas pelos problemas de saúde mental no tratamento das neuroses que acometem as pessoas de uma comunidade. Considerando que as neuroses ameaçam a saúde de um povo tanto quanto a tuberculose, a psicoterapia analítica deve então exercer um caráter preventivo e extensivo à comunidade, não podendo ser uma prática utilizada por poucos, pois a psicoterapia analítica se constituía num problema de Saúde Pública.

Não obstante, a psicoterapia analítica, na visão de Simões (1976, p.45), deveria ser “adaptada às condições de nossa época, para que os indivíduos de grupos econômicos mais baixos possam submeter-se a uma terapia, até aqui, privilégio apenas de uma elite”. A proposta defendida por esse psiquiatra é que se utilizasse “técnicas mais simples, baseadas em princípios analíticos, mas de curta duração e mais acessíveis ao povo”. Tratava-se de psicoterapias “breves” cuja ação preventiva impediria o desenvolvimento de processos agudos e crônicos. Sendo assim, poder-se-ia manter as pessoas com transtornos emocionais dentro de sua comunidade e sem perigo para a cronificação.

É importante ressaltar que o preventivismo possibilitou a construção de novos modelos assistenciais e propostas de “desinstitucionalização”, isto é, um “conjunto de medidas de desospitalização”. Para desinstitucionalizar a assistência psiquiátrica deveria-se, portanto, procurar reduzir o ingresso e o tempo médio de permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos, diminuir as taxas de internação e reinternações, aumentar o número de

⁵¹O modelo de Gerald Caplan sobre a teoria da crise incrementou as pesquisas de Lindermann sobre a teoria da crise e complementou esse modelo tomando, como ponto de partida, as crises evolutivas e acidentais descritas por Erickson, definindo a crise como “um breve período de desequilíbrio numa pessoa confrontada com situações que constituem um problema do qual ela não pode fugir e o qual não pode resolver com seu equipamento defensivo habitual”. Portanto, a crise corresponde a um período transitório que, de um lado, representa uma oportunidade para o desenvolvimento da personalidade, e de outro, um perigo para o desequilíbrio” (CAPLAN *apud* DESVIAT, 1999, p. 62-63).

altas e ampliar os serviços extra-hospitalares (centros de saúde, hospitais-dia e noite, lares protegidos, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, etc.) (AMARANTE, 1995, p.41).

O preventivismo constitui, portanto, um projeto de medicalização da ordem social, expandindo os preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais à sociedade. A passagem do higienismo ao preventivismo é parte do processo que Castel denominou de *aggiornamento*, ou seja, de atualização. Esse processo se caracterizaria pela modificação de certos elementos constitutivos na instituição psiquiátrica. Tratavam-se de modificações que introduziriam novos elementos nos dispositivos de controle e de vigilância utilizados nas práticas hospitalares e até mesmo a mudança de paradigmas contidos nas concepções psiquiátricas (CASTEL, 1978, p. 249 et seq.).

Apesar do preventivismo ter exercido influência na Psiquiatria brasileira, como a transformação da denominação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) para Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) – órgão este vinculado ao Ministério da Saúde em 1970⁵² –, o programa da Psiquiatria Comunitária contido no *Manual de Assistência Psiquiátrica* elaborado por Luiz Cerqueira (1971) e o *Manual de Assistência Psiquiátrica do INPS* (1973 e 1974), na prática, não foram operacionalizados por causa da influência exercida pela força política dos vendedores de serviços hospitalares ao setor público. Como sugere Cerqueira,

[...] todos os ‘empresários da saúde’ estão interessados em hospitais, mas precisamente em macro-hospitais, tendência de todos eles no seu afã ‘empresarial’. Afã que insinua identificar seus interesses com o dos segurados da Previdência, reduzidos à hospitalização em si mesma como o tratamento, primando pela ausência de serviços extra-hospitalares e práticas comunitárias. (CERQUEIRA, 1989, p.105)

Embora ocorressem tentativas do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em estabelecer um programa de Psiquiatria Preventiva, tal proposta não foi acatada pela iniciativa privada, dominada por uma ideologia hospitalizante de internação massiva por tempo prolongado e de maximização de lucros, o que contribuía para a precarização dos hospitais psiquiátricos públicos fundamentados também no modelo macro-hospitalar.

Contudo, há de se considerar os resultados obtidos pela pesquisa realizada por uma equipe da Fundação João Pinheiro sobre *Assistência Psiquiátrica em Minas* (1978). Analisando as propostas de prevenção primária na saúde mental, os pesquisadores encontraram divergências entre os rumos propostos pelos formuladores dos conceitos da

⁵² Cf. DECRETO n. 66.623 de 1970.

política de prevenção elaborados pelo Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social (INAMPS), e pela Organização Panamericana de la Salud na ocasião da elaboração do Plano Decenal de Saúde para as Américas e os executores das políticas assistenciais. Enquanto os formuladores do Plano consideravam a prevenção do ponto de vista médico e psicológico, os executores, em sua maioria, se não falavam tanto de prevenção – conceito de largo alcance muito utilizado entre os médicos – entendiam que a diminuição da incidência dos problemas mentais está estreitamente vinculada à melhoria das condições de vida e de bem-estar das populações mais pauperizadas. Logo, não ocorria um consenso entre os dois grupos, uma vez que a maioria não apresentava soluções médicas e psicológicas para o bem-estar da população, mas apresentavam soluções que vinculavam as amplas questões que envolvem a ordem sócio-econômica.

Moreira também encontrou entre seus entrevistadores percepções psicológicas, médicas, morais e racistas para explicar a prevenção. Entretanto, elas não eram dominantes porque o discurso que prevalecia é a preocupação “com o progresso social, econômico e cultural da população pobre, a necessidade de afastar obstáculos à saúde mental como os baixos salários, o custo de vida alto, o desemprego e o ambiente degradado de trabalho”. Para os entrevistados, existia uma forte correlação entre pobreza e doença mental. Para isso bastava verificar a incidência de indivíduos pertencentes às camadas populares, além dos mendigos e “miseráveis” nos pátios dos hospitais públicos pauperizados e precarizados. Segundo um dos entrevistados de Moreira,

a biologia e a genética não seriam suficientes para explicar esta ocorrência e incidência do agravamento dos problemas mentais nessas faixas da população, assim sendo a explicação passa a ser ligada às precárias condições sócio-econômicas da população. (MOREIRA et al., 1978, p. 272)

Mais tarde, em 1979, cumprindo as diretrizes do Programa Nacional de Saúde, foi preparada uma proposta para os Hospitais que compunham a rede hospitalar psiquiátrica da FHEMIG para que remodelassem a instituição dentro das diretrizes propostas pelos Sistemas Operacionais de Saúde (SOSP)⁵³ já elaboradas e em funcionamento desde 1972, que também já contemplavam alguns dos princípios da Psiquiatria Preventiva e de Comunidade Terapêutica. Os técnicos, representados por elementos da burocracia instucional e pelos diretores dos Hospitais Psiquiátricos da FHEMIG, “condenam o macro-hospital como inibidor dos contatos terapêuticos entre paciente e a comunidade”, reivindicam a “substituição do isolamento pela integração ao contexto social da comunidade”; buscam ampliar os serviços

⁵³ Vide Capítulo 2.

de saúde dentro de uma proposta de setorização, hierarquização da assistência à saúde (SANTOS et. al., 1979, mimeo).

No caso do Centro Hospitalar Psiquiátrico (ex-Hospital Colônia de Barbacena), a FHEMIG propunha a transformação daquela instituição num

[...]‘verdadeiro hospital’ utilizando-se de práticas preventivas que buscam aprimorar os programas e colocar em prática democrática a definição do hospital para tratamento, a curto e médio prazos, de pacientes psicóticos de ambos os sexos, adultos, com tendência a evoluir para hospital geral regional. (SANTOS et. al., 1979, mimeo)

Pode-se afirmar, portanto, que as tentativas da Psiquiatria Comunitária de medicalizar a sociedade foi marcada por um processo descontínuo não conseguindo, portanto, impor e atingir os seus objetivos, mesmo que apoiada por parte da burocracia estatal composta por profissionais engajados ou simpatizantes do movimento sanitarista, que contrariam os interesses, principalmente da iniciativa privada, ou dos ‘empresários da saúde’ que, na defesa da estrutura macro-hospitalar, contribuíam para sucatear os poucos recursos financeiros da Previdência em detrimento da assistência psiquiátrica pública cada vez mais precarizada. Além disso, não há um consenso entre as questões de como fazer a prevenção em saúde mental, uma vez que ela passa a envolver questões mais amplas de ordem social, econômica e política. Apesar disso, as propostas de prevenção elaboradas pelos programas de Psiquiatria Comunitária contidos nos *Manuais* exerceram uma contribuição significativa na formação de um pensamento ideológico crítico vinculado à saúde mental e que ia se despertando à medida que novos técnicos eram contratados pelo setor público, como a FEAP.

Assim, realizou-se a trajetória do deslocamento do conceito de higiene mental à prevenção. Verificou-se que as tentativas de se instalar no país uma Psiquiatria Comunitária foi obstaculizada pelo setor privado que, pela sua força política, impediu também que essa iniciativa fosse adotada pelos hospitais conveniados com o INPS. Enquanto isso, os poucos recursos administrados pelas Fundações não eram suficientes para o desenvolvimento de uma política autônoma no serviço hospitalar público cada vez mais precarizado.

1.3.4 Ambulatórios e Hospitais-dia

No plano da prevenção da doença mental, o ambulatório foi incorporado aos Centros Regionais e Postos de Saúde dos municípios ou então anexado a hospitais públicos e privados.

Nas décadas de 1950 e 1960, diversas experiências ambulatoriais tornaram-se referência de atendimento no Brasil. Entre elas destacam-se as iniciativas de Marcelo Blaya no hospital-dia anexo à Clínica Pinel, em Porto Alegre; Martins com a sua experiência de hospital-dia no Hospital do Servidor Público em São Paulo. Semelhante a esse serviço Ferrão o adotou no Hospital do IAPC, em São Paulo.

Em Minas, a referência é a da Clínica São Lucas, em Juiz de Fora, que nos anos de 1955 a 1961 adotou os modelos hospital-dia e serviços ambulatoriais (PAPROCKI, 1969, p. 609). Para Barreto, os serviços prestados pelos ambulatórios “raramente diferem de postos de triagem e pronto-atendimento” (BARRETO, 1972, p.3).

A iniciativa de criar um ambulatório no Hospital Galba Velloso aconteceu como alternativa para amenizar o problema de superlotação desse hospital. Essa experiência foi ampliada e o ambulatório passou a atender com 3 psiquiatras e 5 acadêmicos a partir de 1965. Por agravamento da crise econômica esse serviço foi desativado pelo Estado e o ambulatório foi fechado. Somente com o início da residência médica instituída em 1968, tendo como um dos objetivos principais o ensino, é que ele foi reaberto sendo destinado especialmente ao atendimento de pacientes egressos (COSTA et. al. 1971, p. 45).

O processo de urbanização e industrialização na década de 1950 gerou uma massa trabalhadora aglomerada nos centros urbanos que necessitava de cobertura previdenciária e de atenção médica. Segundo Vaissman (1983) e Paulin e Turato (2004), o primeiro ato oficial da Previdência foi o de instituir a Resolução de Serviço CD/DNPS 942/62 – *Normas Gerais para a Prestação da Assistência Médica aos Doentes Mentais* que estipulava que a prevenção deveria ser realizada nos ambulatórios, nas famílias e nos locais de trabalho do segurado e nos anexos dos hospitais gerais. Caberia ao ambulatório uma maior responsabilidade no que tange ao atendimento de uma clientela empregando-lhe técnicas modernas, como a terapia de choque e a psicoterapia, evitando sobretudo a superlotação de leitos hospitalares. Somente o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) cinco anos depois estabeleceu uma norma regulamentando “a utilização de técnicas avançadas, como o hospital-dia, serviços ambulatoriais e criação de anexos em hospitais gerais para tratamento” (VAISSMAN, 1983, p. 37). No entanto, isso não foi operacionalizado.

Durante a ditadura empresarial-militar a assistência médica foi marcada pela crescente intervenção do Estado na regulação política e pela execução dos mecanismos de acumulação capitalista, priorizando um caráter medicalizado, curativo, individualizado no sistema de saúde. A política de crescimento ambulatorial deste período foi caracterizada pelo “cruzamento da Psiquiatria Comunitária Americana - que promoveu grande desospitalização

naquele país, com os antigos preceitos da Liga Brasileira de Higiene Mental” (OLIVEIRA, 2004, p. 65). Contudo, a prática ambulatorial não conseguiu impedir o crescimento do número de hospitais e, conseqüentemente, o número de internações na iniciativa privada conveniada com o INPS onerando os cofres públicos e, assim, contribuindo para a crise previdenciária.

Nos ambulatórios credenciados são atendidos

[...] 10 segurados em uma sessão, percebendo 10 US\$ por cada paciente, portanto, até, mais do que na consulta individual [...] alimentando o ciclo internação-alta-reinternação, no qual a introdução das chamadas técnicas circunscreveu-se a algumas experiências isoladas nos serviços próprios ou de terceiros. (VAISSMAN, 1983, p. 68).

Dessa forma, tornou-se ainda mais lucrativo o atendimento feito por psicanalistas ou por uma equipe multidisciplinar pela utilização da psicoterapia em grupo e, assim, a cobertura dilata-se a uma parcela da população que não tinha acesso a esse tipo de serviço. Em contrapartida, nota-se um crescimento na ordem de 33% do setor psiquiátrico ambulatorial, enquanto o setor próprio do INPS apresenta-se retraído, crescendo somente 15% ao ano.

Simões discordou da versão apresentada por Vaissman, considerando que aproximadamente 90% dos casos psiquiátricos deveriam ser tratados exclusivamente nos ambulatórios. E isso, “em termos econômicos, no caso da assistência psiquiátrica previdenciária, representa uma substancial economia de verbas”, considerando o baixo custo operacional no tratamento em ambulatório. Em termos terapêuticos, “significa uma *nova libertação* [sic] para os doentes mentais que deixariam de ser segregados do seu meio ambiente, sem os estigmas do tratamento asilar” (SIMÕES, 1976, p.44, grifos do autor). Há ainda de se convir que a doença mental é “hoje um problema de massa ou mesmo dos grandes problemas de saúde pública”, não havendo necessidade de um “internamento maciço e indiscriminado”, face aos novos recursos terapêuticos de que a Psiquiatria moderna dispõe (SIMÕES, op. cit., p.44).

Dessa forma, para que ocorra mudança, há necessidade de uma “total reformulação dos métodos, em termos teóricos e práticos nas condutas terapêuticas”. Os serviços extra-hospitalares, como os hospitais-dia, funcionam dentro de uma política de setorização. Seus objetivos são o de evitar a internação por longo período, poupando os pacientes da cronificação e de sucessivas reinternações, e ainda resolver os problemas de superlotação do Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte e o Centro Hospitalar Psiquiátrico (ex-Hospital Colônia de Barbacena) para onde eram encaminhados os pacientes provenientes do interior do estado. Portanto, aqueles serviços orientaram-se dentro de princípios que visavam à prevenção

da doença mental, à desospitalização, além de manter os pacientes vinculados à sua comunidade de origem.

Em Belo Horizonte, o serviço ambulatorial dos hospitais psiquiátricos públicos funcionavam como centros de triagem para o INPS ou para recolher as negativas de internação em hospitais conveniados com este órgão. No Hospital Galba Velloso funcionava um Pronto Atendimento para fazer perícia médica em pacientes segurados pela previdência social. Esses deveriam ser submetidos a uma avaliação multidisciplinar realizada por profissionais da área Psi. Somente depois de avaliados é que seriam distribuídos para outros hospitais, caso necessitassem de internação.

Para atender às demandas por internação a FEAP implantou no Instituto Raul Soares o Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Tratamento (SAME) e a Unidade de Tratamento Intensiva (UTI). Segundo o assessor da FEAP, Aluísio Caldas Azevedo, com a introdução desses serviços no hospital, a Fundação passa a gerenciar e a controlar as estatísticas de internação na rede pública. Enquanto o papel da UTI era o de atender aos casos graves, assemelhando-se a um hospital-dia. Contudo, “a permissividade reinante” no Instituto Raul Soares fazia com que os pacientes optassem por “preferir lá se internar devido à facilidade encontrada, ao contrário das dificuldades oferecidas pelas instituições conveniadas com o INPS” (AZEVEDO, 1973, mimeo).

Azevedo considera que por detrás desse convênio poderia existir um outro expediente realizado por vias tortuosas e não muito claras em que o indivíduo poderia burlar e depois de ser facilmente internado no IRS receber os benefícios da Previdência. Essa ocorrência se tornava possível por causa da falta de organização do hospício permitindo que repetisse e ocasionasse os mesmos e outros tantos problemas de uma instituição eminentemente desorganizada e já sucateada por longas décadas. Vejamos:

Dessa triagem inadequada resultava não só uma superpopulação no IRS, a qual era desafoçada no hospital de crônicos da FEAP, o Centro Psiquiátrico de Barbacena, mas também os consumos de poucos recursos humanos e materiais lá existentes, levando a um tratamento inadequado e insuficiente que conduzia a uma rápida reinternação, condicionando a uma superpopulação, resultando na cronificação do paciente (...) além de fortalecer uma imagem ruim junto à comunidade (AZEVEDO, 1973, mimeo).

Na reflexão do psiquiatra percebe-se a inadequação do serviço ambulatorial que contribuiu para um círculo vicioso representado por reinternações, superlotação, e cronificação. Segundo Azevedo (1973, mimeo.), associava-se ainda a esses problemas os expedientes utilizados por aqueles indivíduos que consultavam principalmente “entre as 19 horas e 7 horas” e que eram para internação, para depois pedirem transferência e serem mais

facilmente aceitos nos hospitais particulares privados. Nesses termos, a FEAP, em vez de utilizar de mecanismos que contribuíssem para a desospitalização, contraditoriamente motivava cada vez mais a internação fazendo perpetuar os antigos problemas da estrutura manicomial.

Diante desse quadro, na administração da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) foi proposto que o Sistema Operacional de Saúde Pública do Estado de Minas, conforme Lei n. 7.088 de 3 de outubro de 1977. Coube ao SOSP implementar a melhoria da qualidade da assistência médico-hospitalar e preservar a manutenção da saúde em nível ambulatorial em sua rede de unidade de saúde descentralizada, integrando a rede hospitalar aos ambulatórios. Neles as atividades terapêuticas de controle da doença deveriam manter os pacientes junto às suas famílias e comunidades, reservando a internação somente para os casos excepcionais.

Desde 1976, os Centros Regionais de Saúde de Divinópolis, Varginha, Uberlândia, Diamantina, Ponte Nova, Região Metropolitana, Governador Valadares, Sete Lagoas vêm adotando um extenso programa de assistência psiquiátrica nesses municípios. Basicamente o programa consiste no atendimento e acompanhamento dos pacientes psiquiátricos por médicos-clínicos das Unidades de Saúde e com supervisão das equipes dos Centros Regionais de Saúde. Somente com indicação dos médicos e/ou equipe⁵⁴ comprovando a necessidade de internação é que os pacientes poderiam ser internados por um curto período, o suficiente para permitir o controle da crise e o seu conseqüente retorno para a comunidade de origem, continuando o tratamento em nível ambulatorial.

A ênfase de que a assistência prestada em hospitais deveria ser deslocada para o ambulatório fica evidenciada no documento elaborado pelos membros da FHEMIG:

De um lado, há consenso que o confinamento prolongado e a despersonalização do indivíduo nos hospitais-asilares dissocializa e cronifica o paciente, cristalizando a doença mental e reforçando a regressão social. Por outro lado, o custo de tratamento ambulatorial, estimado em vinte vezes menor que a internação, reforça este procedimento (SANTOS et al., 1979, mimeo).

Eximindo-se da discussão sobre a questão econômica e as implicações da minimização de custos que o ambulatório representa para os cofres públicos, foi sugerida nessa citação a tendência à regionalização e setorização dos serviços de saúde (ambulatórios e hospitais-dia) distribuídos entre as Unidades e Centros de Saúde do estado.

⁵⁴ Também chamada de grupo operacional que é composto minimamente por um médico e/ou psiquiatra, um enfermeiro e um assistente social e/ou psicólogo.

Assim, ficou evidenciado que no plano de prevenção da doença mental, a tendência à regionalização e setorização de ambulatorios e hospitais-dia visam substituir o modelo manicomial. No entanto, esses serviços precisam ser ainda aperfeiçoados para não entrarem no ciclo vicioso de internação-reinternação-cronificação ocasionando a superlotação dos hospitais.

1.3.5 Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática

As concepções que questionam e buscam provocar rupturas nos saberes e nas práticas, especialmente no campo psiquiátrico mineiro, receberam a influência principalmente da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática.

Por certo, as influências da Antipsiquiatria são diversas e vêm paralelamente caminhando de modo autônomo em relação aos saberes da clínica psiquiátrica. Essa influência é exercida por variados saberes que vão englobar: a Fenomenologia; a Psicanálise e a Psicologia Social e suas respectivas técnicas; a teoria de Foucault que, ao questionar as instituições totalitárias, exercendo grande influência entre os profissionais da área de saúde, professores e alunos das universidades durante o governo empresarial-militar.

A Antipsiquiatria, surgida no final dos anos de 1950 a 1960, constitui um movimento de reflexão crítica com teóricos empenhados em questionar o saber e o poder dos psiquiatras, bem como em romper com o modelo assistencial, demonstrando a falência dos asilos-hospícios. Os defensores da Antipsiquiatria provêm de diferentes tendências, escolas e saberes. Entre os teóricos dessa concepção destacam-se os seguintes nomes: David Cooper, Ronald Laing, Thomas Szasz, Robert Castel, Irving Goffman, Michel Foucault, etc.

As contribuições de outros autores ao movimento da Antipsiquiatria, como por exemplo Goffman e Foucault, foram fundamentais para o questionamento das relações de poder presentes nas instituições totais ou totalitárias; no questionamento do poder e saber existentes nos campos sociais; na compreensão do exercício do biopoder, da biopolítica e dos micro-poderes; na denúncia do autoritarismo político e na fundamentação dos movimentos de contestação. Também foi importante para impulsionar o surgimento da Psiquiatria Democrática.

A Psiquiatria Democrática enquanto movimento, conforme salienta Franco Basaglia, buscou negar e denunciar as relações de poder e não-poder nos hospitais psiquiátricos, ou seja, as relações entre aqueles que detêm o poder e aqueles que dele são excluídos e,

conseqüentemente, expostos à violência presente nos hospitais psiquiátricos, incompatível com uma sociedade de bem-estar social. Esse modelo de assistência psiquiátrica, cuja história inicia-se no século XIX e atravessa por mais de setenta anos o século XX, deveria ser desmontado, na opinião dos teóricos e militantes da Psiquiatria Democrática.

Embasados nas noções desenvolvidas pelas teorias e/ou modelos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática, diferentes agentes sociais motivados ainda pelo processo de abertura política no país empreenderam uma tarefa política que resultaria, inicialmente, num processo de denúncias e na implantação de algumas medidas visando à humanização dos macro-hospitais e à desospitalização que, em seguida, culminaria no processo de Reforma Psiquiátrica, iniciada em 1979.

Tal Reforma, entretanto, não viria facilmente. Uma sucessão de fatos que antecede o III Congresso Mineiro de Psiquiatria demarcou o clima tenso em que seria realizado.

Franco Basaglia vem à Minas, em julho de 1979. Nessa ocasião, ele visita e faz denúncias sobre as condições de asilamento e tratamento nos hospitais psiquiátricos públicos. Visita primeiramente o Instituto Raul Soares, onde parece não ter sido convidado, indo depois ao Hospital Galba Velloso denominando-o de “Casa de Torturas”. A seguir vai ao Centro Hospitalar Psiquiátrico (ex-Hospital Colônia de Barbacena) e o considera-o como sendo um “Campo de Concentração”.

Sobre a vinda de Basaglia no Hospital Raul Soares o psiquiatra Ronaldo Simões Coelho argumenta da seguinte forma,

[...] no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, [eu estava] com o Basaglia, que foi proibido de entrar no Hospital Raul Soares, [em Belo Horizonte]. Apesar de eu ser o Chefe, o diretor não deixou que ele entrasse nas alas, que ele entrasse nas enfermarias. Então, ele conversou com os pacientes do lado de fora. Em Barbacena, não [aconteceu a mesma situação]. Ele pôde entrar e conversar e foi interessantíssimo porque ele falava em italiano e os pacientes entendiam tudo o que ele estava falando. Era fantástico. (COELHO, 2004)

Em agosto de 1979, o Prof. Halley Bessa, um dos representantes dos psiquiatras tradicionais, tornam públicas suas declarações onde compara os hospitais psiquiátricos públicos a “depósitos de lixo humano” e os hospitais psiquiátricos privados são chamados de “gaiolas de ouro” (BARRETO, 1999, p. 62). Seguindo os passos de Halley Bessa, um dos adeptos da Psicanálise, o psiquiatra Francisco Paes Barreto, presta declarações ao jornalista Hiram Firmino e denuncia o modelo manicomial dos hospitais públicos mineiros. Essas denúncias resultam em reportagens no *Jornal Estado de Minas* que, mais tarde, resultou no livro *Porões da Loucura* e à abertura de sindicância pelo Conselho Regional de Medicina do

Estado de Minas Gerais contra os Prof. Halley Bessa e Francisco Paes Barreto, acusando-lhes de infringir a ética médica. Somente a partir do Manifesto de Apoio de José Mário Simil Cordeiro, ex-Presidente do Centro de Estudos Galba Velloso, e das declarações de Eduardo Levindo Coelho, Secretário da Saúde de Minas, que torna público concorde com as idéias de Franco Basaglia a respeito dos manicômios e de acordo com as críticas dos dois médicos, é que o processo de ambos é encerrado.

Conforme salientado anteriormente, a repressão e o cerceamento da liberdade de expressão leva-nos a concordar com as palavras da entrevista da Prof. Dra. Marília Mata Machado relativas às parcas produções de um pensamento crítico durante o período da ditadura. Contudo, Eduardo Levindo Coelho se posiciona diante das denúncias relativas aos hospitais psiquiátricos públicos e declara, dessa forma, à imprensa:

Os nossos hospitais psiquiátricos estão à disposição da imprensa, do rádio e da televisão. Vocês podem entrar em qualquer um deles, até mesmo em Barbacena e fotografar tudo o que virem. Podem fotografar de trás para frente e de frente para trás, do jeito que quiserem. Nós não vamos esconder nada e, muito menos, preparar doentes para a visita. Se pensam que a nossa política é esconder a realidade do público, estão enganados. A tendência mundial, e há muito nós estamos lutando por isso, é de não se construir mais hospital especializado no país, tipo manicômio. O ideal seria que eles nem existissem mais. (JORNAL ESTADO DE MINAS, 13/09/1979)

É nesse contexto que é planejado o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, sob a organização do psiquiatra César Rodrigues Campos que desde o início mobilizou a opinião pública para ampliar os debates para o Congresso cujo objetivo era o de denunciar as condições da assistência psiquiátrica pública e privada praticada em Minas e apontar caminhos para a sua reestruturação. No Congresso Mineiro ocorrido em novembro, estavam previstas as presenças de Luiz Cerqueira, Robert Castel e Franco Basaglia. Quem consegue expressar bem o contexto da realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria é Jurandir Freire Costa:

Um dia, no entanto, nos idos de 1970, o debate sobre esse gênero de atendimento era ordem do sonho. Estávamos impactados com as idéias e visitas de Basaglia e Foucault ao Brasil, em especial com a visita de Basaglia ao hospício de Barbacena. Imaginávamos o que fazer para pôr em prática algumas daquelas idéias. Tudo, de início, era improvável, incerto e imprevisível [...]. Tratava-se no começo, de tentar criar uma ordem diversa da ordem asilar para receber os ‘loucos’ e buscar uma forma de internação com eles que fosse menos violenta. (COSTA, 2001, p. 116)

Em síntese, ao longo deste capítulo demonstrou-se que as concepções e práticas psiquiátricas devem ser entendidas a partir do conceito de *habitus* e que elas são perpassadas por violência simbólica que visam à imposição sutil de uma forma instituída e legitimada do

saber considerado válido. Indicou-se ainda as diferentes filiações dos profissionais ligados ao campo psiquiátrico mineiro de acordo com os saberes que estavam a ele vinculados.

Identificou-se o modelo manicomial como *locus* da assistência e tratamento psiquiátrico, mas também da disciplina, da vigilância e do isolamento da loucura nas formas agudas ou crônicas. A praxiterapia e a assistência hetero-familiar introduzidas como forma de ressocialização e de recuperação dos internos pelo trabalho, também eram utilizadas para suprir as necessidades de infra-estrutura e de abastecimento hospitalar.

Evidenciou-se a passagem do conceito de higiene mental para a promoção da saúde mental. Foram examinadas as influências de novos modelos que contribuíram para a desospitalização no espaço asilar e extra-asilar. Verificou-se que as tentativas de Comunidade Terapêutica, as experiências realizadas pelos ambulatorios, hospitais-dia, além da Psiquiatria Comunitária, assumiram um papel secundário diante de um grande contingente de indivíduos hospitalizados. Incluem-se ainda as contribuições da Psiquiatria Democrática e da Antipsiquiatria, pois permitiram aos agentes envolvidos no campo psiquiátrico questionarem o autoritarismo das instituições psiquiátricas, além de resultar no movimento que irá culminar na Reforma Psiquiátrica de 1979.

CAPÍTULO 2

O ESTADO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Este capítulo discutirá as ações do poder público brasileiro no domínio das políticas públicas de saúde⁵⁵ e de saúde mental, entendidas no âmbito da prestação de serviços destinados à promoção e à prevenção da doença mental e, além disso, responsáveis pela assistência, tratamento e reabilitação dos enfermos. Nosso objetivo consiste em identificar e analisar a assistência prestada pelas políticas de saúde e de saúde mental e seus respectivos impactos nas instituições psiquiátricas. A análise que será feita por meio dos planos econômicos indicará que eles servem como construções metodológicas possíveis e não como determinantes na identificação das políticas de saúde. Dessa forma, serão evidenciados os vínculos das políticas de saúde e de saúde mental com as transformações econômicas, sociais e políticas ocorridas no Brasil no período de 1946 a 1979. A análise destacará ainda os processos sociais, econômicos e políticos decorrentes da opção de modernização da sociedade brasileira pós-1945, evidenciando o papel do Estado a partir de estudos desenvolvidos por alguns intelectuais brasileiros.

Com esse intuito, o estudo examinará o papel desempenhado pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e pela Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica em Minas Gerais,

⁵⁵As políticas de saúde que se desenvolveram em diferentes épocas trouxeram como contribuições os seus conteúdos, especificidades e vicissitudes provenientes de cada contexto histórico em que foram desenvolvidas. As análises sobre aspectos ligados às questões epidemiológicas, demográficas, sócio-econômico e cultural de uma determinada população permitiram a adoção de um conjunto de processos cujos objetivos visavam ao controle racional de questões relacionadas à vida, abarcando a gestão da saúde desde a análise dos índices de natalidade e do desenvolvimento humano, à mortalidade, entre outros. O termo políticas de saúde, portanto, por ser abrangente, pode incluir aqueles problemas relativos à Medicina Social, Saúde Pública e saúde coletiva que se tornaram objeto de preocupação do Estado, sendo por ele institucionalizado pelas políticas de saúde como parte de um projeto preventivista.

órgãos responsáveis pela formulação e gestão de políticas e programas destinados à prevenção e controle da doença mental.

As mudanças e reconfigurações no Estado brasileiro, principalmente, a partir da implantação da ditadura empresarial-militar privilegiaram o setor privado em detrimento do setor público. No âmbito da saúde assistiu-se à expansão de hospitais privados e à decadência e ao abandono dos estabelecimentos públicos. O predomínio de políticas privatistas na área da saúde aprofundaram a crise nos hospitais psiquiátricos, sob a coordenação da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). As Fundações estatais no estado de Minas foram criadas na ocasião das reformas administrativas do final da década de 1960 e no decorrer da década de 1970, com o objetivo de instituir novos mecanismos de gestão pública baseados numa racionalidade técnico-empresarial. O capítulo buscará, portanto, investigar os efeitos dessas políticas no Hospital Colônia de Barbacena.

Considerando a perspectiva teórica bourdieusiana adotada neste estudo, poder-se-ia argumentar que a elaboração deste capítulo se apoiou nas noções de campo científico, campo político e de violência simbólica.

O campo político, assim como o campo científico, é também um espaço onde se desenvolvem estratégias e lutas simbólicas entre agentes sociais específicos (burocracia estatal, médicos e psiquiatras) “para fazer ver e fazer crer, de confirmar e transformar” a (di)visão do mundo social (BOURDIEU, 1989, p. 14). Nesse sentido, buscar-se-á investigar como os agentes sociais articulam os seus interesses e lutas simbólicas para a conservação e transformação das instituições e de como intervêm junto ao Estado, seja como participantes de processos decisórios governamentais, seja na criação/consolidação de políticas que influenciaram o campo da saúde e que incidiram, especialmente, nas políticas do campo psiquiátrico.

Entender-se-á que os Planos Econômicos condicionaram as políticas de saúde e de saúde mental, porém as Leis, Decretos ou Decretos-Lei relativos às políticas de saúde mental foram resultantes do reconhecimento da concepção de agentes considerados autorizados para exercer ou administrar a prática psiquiátrica. Tais políticas, então formalizadas, foram perpassadas por violência simbólica. Afinal, como afirma Bourdieu (1987, p. 106), na medida em que as políticas desse modo “se formalizam a fim de se tornarem uma ação ou discurso, uma configuração reconhecida como conveniente e legítima”, elas passam a ser observadas pelos agentes sociais (atores e instituições) e, portanto, “ganham uma aparência de universal.”

Na elaboração deste capítulo, as fontes pesquisadas consistiram, fundamentalmente, de material bibliográfico, de leis, decretos-lei, relatórios e planos econômicos dos governos

federal e estadual, estatutos e/ou regimentos, elaborados pelo governo de Minas. No caso dos regimentos, especial foi dada àqueles documentos elaborados pela Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica Educacional de Assistência Psiquiátrica (FEAP) e pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Esses documentos forneceram subsídios importantes para o conhecimento e análise das ações do poder público para com a política de saúde mental.

2.1 A questão nacional: desenvolvimento político e desenvolvimento econômico

Nos anos pós-1945, vários acontecimentos internos e externos, como a queda de Getúlio Vargas, o fim da Segunda Guerra Mundial, a ascensão da União Soviética e dos Estados Unidos como grandes potências mundiais, a emergência de um Brasil urbano e a associação da burguesia nacional com o capital estrangeiro, exerceram influências importantes e conduziram o país a profundas transformações sócio-econômicas e políticas.

No período de 1946 a 1979 alguns intelectuais brasileiros e latino-americanos fizeram uma abordagem da trajetória dos desenvolvimentos político e econômico do país. De maneira sucinta, neste capítulo expor-se-á as interpretações de alguns intelectuais e/ou de suas respectivas instituições sobre a identidade do Brasil.

Os intelectuais pós-1945, representados principalmente pelo Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB) construíram um projeto de Nação em que o nacional-desenvolvimentismo foi apresentado por meio de uma interpretação original da realidade brasileira. Para os isebianos, o desenvolvimento só poderia ser pensado estrategicamente, se a revolução capitalista for também uma revolução nacional.

Para demonstrar como esse processo de desenvolvimento se realizava era preciso caracterizar no Brasil a presença de dois pólos: o da nação e o da anti-nação, que para os isebianos representaria o principal antagonismo existente na formação social brasileira. Esse antagonismo na nossa sociedade se manifestou por meio da “polaridade, ‘estagnação e desenvolvimento,’” fazendo emergir os conflitos de classes entre os representantes da polarização “nação x anti-nação, isto é, um processo relativo de personalização histórica contra o processo de alienação” (TOLEDO, 1982, p. 122).

Nesse sentido, a Nação é representada pelos setores produtivos das três classes básicas: a burguesia, classe média e o proletariado; que favorecem o desenvolvimento nacional. O segundo pólo é representado pelos setores improdutivos e decadentes dessas três

classes básicas e que faz do imperialismo, o seu principal representante. O pólo anti-nação, ao consorciar com o capital estrangeiro na economia nacional, obstaculizava o projeto nacional-desenvolvimentista, pois eram forças opostas ao desenvolvimento.

Contudo não houve um consenso entre os isebianos Guerreiro Ramos e Cândido Mendes sobre quem eram essas forças que obstavam o desenvolvimento econômico, se eram os “centros metropolitanos” ou as “nações dominantes” que atuavam com o capital estrangeiro na economia nacional, não associando-os ao imperialismo. Já Hélio Jaguaribe considerou que o imperialismo não se constituía uma força antagônica ao projeto nacional-desenvolvimentista. Sua preocupação focava-se na contradição principal das forças internas que impediam o desenvolvimento econômico.

Em torno do projeto de Nação deveria ser realizada uma aliança entre os empresários, detentores do capital, os tecnoburocratas, detentores de cargos administrativos públicos e privados e portadores de conhecimentos técnicos, e dos trabalhadores. Quanto à presença de capital estrangeiro na economia nacional, os isebianos consideravam que ela deveria ser disciplinada. Segundo Toledo, Roland Corbisier considerava que para o imperialismo interessava manter o país em “estado de próspero subdesenvolvimento” (TOLEDO, 1982, p. 122). Para Corbisier, os segmentos sociais que interessavam por esta condição seriam: a burguesia latifundiária produtora de matéria-prima, a burguesia mercantil e agro-exportadora, o comércio importador de produtos manufaturados e os setores parasitários da classe média.

Segundo Reis, os isebianos consideravam que, para que a revolução capitalista ocorresse, seria necessário realizar um processo de industrialização e uma revolução nacional que fosse capaz de promover uma estratégia nacional de desenvolvimento econômico. Essa visão dualista permitia aos isebianos vislumbrar a possibilidade de alianças de classe, capazes de processar o desenvolvimento nacional impedido pelo imperialismo. A burguesia nacional, vista como sujeito histórico, além promover o desenvolvimento lideraria e uniria as classes como o proletariado e o campesinato em torno de um projeto de Nação. Eliminaria os conflitos inerentes às classes e instituiria “um tempo mais ágil, mais aberto ao novo, mais insatisfeito e intransigente: o tempo capitalista.” (REIS, 2004, p.163)

Entretanto, o projeto nacional-desenvolvimentista pensado pelos isebianos não se consolidou. Não se conseguiu realizar a unidade nacional da sociedade brasileira como estava subtendido na teoria da contradição *nação x anti-nação*. Nessa pretensa unidade também existiam contradições internas, inerentes às classes sociais. Mesmo os setores que representavam o pólo nação não conseguiram realizar uma revolução nacional. As crises políticas e econômicas que resultaram na radicalização ideológica e na implantação dos

regimes autoritários no Brasil e na América Latina tornaram a ideologia nacional-desenvolvimentista do ISEB uma utopia. Ao contrário do ISEB, o Instituto de Pesquisas e Estudos Sociais (IPES) e o Instituto Brasileiro de Ação Democrática (IBAD) e a Escola Superior de Guerra (ESG) tiveram a oportunidade de arquitetar um plano que seria incorporado mais tarde, durante o período dos governos empresariais-militares.

O IBAD foi criado por um grupo de industriais moderados e conservadores, que alegavam ser os defensores da democracia. O Instituto buscava agregar os empresários e os detentores de altos cargos públicos, bem como cooptar lideranças de classes e de partidos políticos. Além disso, usavam como estratégia a manipulação e o financiamento de eleições em âmbitos local, estadual e nacional. O seu principal objetivo era o de mobilizar a sociedade para desestabilizar os governos democráticos no final da década de 1950 e início da década seguinte. Também desejavam viabilizar o seu projeto de modernização conservadora, “atingindo as oligarquias rurais, pelo viés da Reforma Agrária” (MENDONÇA e FONTES, 1988, p.15).

O complexo IPES/IBAD passou a desempenhar o papel de agente catalisador junto aos diversos segmentos sociais e atuando no campo político e econômico para conter as classes trabalhadoras emergentes e com algum poder de organização, assim como o de desmobilizar setores da intelectualidade brasileira, especialmente aqueles adeptos de ideologia de esquerda.

Segundo Dreifuss, essa elite orgânica foi capaz de organizar os seus interesses, como se fossem os interesses da sociedade e do bloco econômico representado pelo capital multinacional e associado. Também agia de maneira sofisticada como um partido político. E mais do que isso, o IPES não era movimento que agia como mero disseminador da ideologia anticomunista. Era um grupo de ação sofisticada e articulada, bem equipado e preparado, “era o núcleo da elite orgânica empresarial de grande visão, uma força-tarefa estrategicamente informada, agindo como vanguarda da classe dominante.” (DREIFUSS, 1987, p. 65 et seq.)

Para ter uma *legitimidade* de organização educacional, alguns professores universitários também se associaram ao complexo IPES/IBAD, engrossando as fileiras dessas organizações fundadas por empresários, políticos e militares. Esses agentes, segundo Dreifuss, desempenharam uma atividade ideológica que permitia estabelecer a sua hegemonia no interior da classe dominante e, com isso, ascender ao poder político. Na luta pelo poder, a formação de uma burguesia militante e a presença de uma liderança político-militar pelo IPES/IBAD visava alcançar a hegemonia no campo econômico e ainda exercer influência no aparelho do Estado. Além disso, o IPES/IBAD pretendia conter as outras classes e excluir os interesses tradicionais visando esvaziar a atuação do governo João Goulart.

Embora, incapaz de impor um consenso diante da sociedade brasileira, a estratégia adotada por esse complexo foi a realização de uma campanha ideológica direcionada principalmente à classe média visando esvaziar o apoio ao governo de João Goulart. Assim, buscava-se impedir que o governo e a esquerda trabalhista fizessem alianças e compusessem um alinhamento na realização de reformas distributivas e de medidas nacionalistas. Entretanto, essas ações não foram capazes de conter as camadas populares e mobilizar ideologicamente as classes médias para que ocorresse a mudança de regime. Para tanto, os integrantes do complexo elaboraram uma “ação político-militar do bloco multinacional e associado” que seria primordial para “desenrolar a crise do bloco histórico populista e fundamental para levar à instituição de um novo bloco de poder no Estado” (DREIFUSS, 1987, p. 259).

A Escola Superior de Guerra (ESG) atuava nas Forças Armadas divulgando “normas de desenvolvimento associado a valores empresariais [...], cujo curso industrial foi traçado por multinacionais”. Para os militares da ESG, o Estado deveria ser guiado por questões técnicas e não ‘políticas’ e por intermédio “do autoritarismo político incorporado [pela] doutrina de segurança nacional” (DREIFUSS, 1987, p.179).

Ainda segundo Dreifuss, a ação da aliança entre civis e militares no movimento do complexo IPES/IBAD e da ESG, que resultou na deposição do governo de João Goulart, marcou o fim do regime democrático no Brasil e culminou no golpe de 31 de março de 1964, provocando a ascensão de um governo que, inicialmente, pensava-se ser “civil-militar”.

Outra tendência do pensamento social foi representada pelos intelectuais da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, mais especificamente do Curso de Ciências Sociais que, liderados por Florestan Fernandes elaboraram a teoria da dependência. Para esse sociólogo a questão do nacionalismo não é central. Ao contrário do ISEB e da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), cuja preocupação é a questão nacional-desenvolvimentista, para os intelectuais da USP a questão do desenvolvimento não é dualista, pois não se importam primordialmente com a aliança de classes e nem com o desenvolvimento obstado pelo imperialismo. A visão de desenvolvimento vincula-se à idéia da revolução nacional numa perspectiva anti-dualista e mais cosmopolita, conforme afirma Reis (2004).

Florestan Fernandes preocupa-se com os processos de transformação social gerados pela industrialização e urbanização e com os processos de modernização econômica e política. Uma caracterização do pensamento da década de 1960-70 está presente em *A revolução burguesa no Brasil*. Nesta obra, Florestan trata dos dilemas da *revolução burguesa* no Brasil,

expressão que significa um conjunto de transformações econômicas, tecnológicas, sociais, psicoculturais e políticas necessárias à consolidação do capitalismo no Brasil, como realidade parcialmente autônoma e com tendência à integração nacional.

Dois momentos podem ser caracterizados na análise sobre o aparecimento da ordem social competitiva e seus dilemas para a emergência da revolução social no Brasil. O primeiro deles diz respeito aos impasses da produção escravista ou do senhoriato e, depois à oligarquia, referindo-se à existência de um pré-capitalismo. O segundo momento diz respeito à ordem capitalista que, além das dificuldades internas, deparou-se com ingerências externas em decorrência dos padrões desiguais de desenvolvimento do capitalismo, impedindo a difusão da modernização.

Na primeira parte de *A revolução burguesa no Brasil* são identificados os processos que constituíram a revolução burguesa no Brasil. São eles: o processo político de Independência (1808-1822); o processo econômico caracterizado pela mudança nas relações entre o capital internacional e a economia interna (1822 a 1888); terceiro, o processo sociocultural que se origina com o surgimento da figura do fazendeiro de café e do imigrante europeu e asiático (depois de 1870); e o quarto e último, o processo sócio-econômico de expansão da ordem social competitiva (pós-1888).

Quanto aos agentes desses processos pode-se identificar a presença do produtor nacional, o burguês que promoveu o primeiro surto capitalista no Brasil por meio do complexo comercial e financeiro, sob as pressões econômicas do neocolonialismo e do desenvolvimento urbano; o fazendeiro de café do oeste paulistano agindo com um espírito empresarial ao investir fora de suas plantações em atividades industriais; e, os imigrantes europeus e asiáticos. Quanto a esses últimos, esperava-se que ao agir dentro de alguns preceitos da ética capitalista – como proposto por Weber – fossem capazes de introduzir uma racionalidade econômica na produção e no mercado além de exigirem uma racionalidade política através da modernização política do aparelho do Estado, fato este que não aconteceu.

No segundo momento, Florestan Fernandes (1976) identificou três fases no desenvolvimento capitalista no século XX. São elas: a primeira fase (de 1808 a 1860) é o período de transição neocolonial para a eclosão de um mercado capitalista moderno; a segunda fase (de 1860 a 1950) é caracterizada pela formação e expansão do capitalismo competitivo e a consolidação da economia urbano-comercial e da transição industrial, quando a dominação imperialista externa cresceu e internalizou-se na economia brasileira. A terceira fase, entre 1950 e pós-1964, é representada pelo surgimento do capitalismo monopolista. Nessa última fase, com a afirmação dos governos militares, as grandes corporações

estrangeiras puderam contar com uma política econômica que unificaria a ação governamental e a vontade empresarial.

Em diversos momentos a burguesia brasileira aliou-se ao capitalismo internacional (moderno, competitivo e monopolista), sem se preocupar com a ampliação dos espaços burgueses clássicos, ou seja, com o desenvolvimento da economia nacional e com o desenvolvimento político. Grosso modo, pode-se afirmar que a burguesia realizou uma modernização conservadora à medida que priorizava as questões ligadas às racionalidades técnica e econômica, sem se preocupar “com a divulgação de valores de independência e de revolução social e nacional” (REIS, 2004, p.230). Os interesses internos e externos associados dirigiam-se às questões referentes à ordem social e à estabilidade político-econômica, ambas necessárias ao crescimento econômico e à preservação de seus interesses privados (nacionais e estrangeiros).

A modernização política no Brasil era vista sob a perspectiva de uma sociedade de classes dentro de marcos de um capitalismo dependente e subdesenvolvido. A burguesia incorporou a lógica do capitalismo, no entanto, foi incapaz de empreender um projeto de construção da Nação. O liberalismo político foi adaptado à existência de uma racionalidade estamental-patrimonial onde os senhores agrários exigiam do Estado um poder de mando que transcendesse os limites da propriedade rural, garantindo para além dela, a extensão de seus interesses particulares. A dominação oligárquica conseguiu bloquear a formação das classes e os mecanismos de solidariedade de classe ao impor o controle conservador. Do mesmo modo, a dominação burguesa desejava impor o seu poder autocrático como fio condutor da história. Ao resguardar os seus interesses, a elite política e a burguesia mantiveram os seus privilégios e refrearam as possibilidades dos setores assalariados de se organizarem.

Ao contrário de outras burguesias, a burguesia brasileira conduziu o país a um processo de modernização conservadora, sem muitos arroubos e de uma “oposição dentro da ordem” (FERNANDES, 1976). Os conflitos foram esporádicos e não interferiram na estrutura social na medida em que havia uma debilidade das classes médias e do proletariado para oporem-se à burguesia. Quando houve conflitos, como as rebeliões operárias nas décadas de 1910 e 1920, a burguesia impôs a dominação burguesa à classe operária ou utilizou de dissuasão, ou então, apoiou a repressão policial contra as manifestações políticas dos grupos revolucionários no governo empresarial-militar.

No período do governo empresarial-militar, a burguesia nacional, em épocas de crise, convergiu-se sempre para o Estado antes de converter a dominação sócio-econômica no que Weber entendia como ‘poder político indireto’, na aplicação do poder político estatal de

acordo com os seus interesses. Por isso, agiu sempre com espírito conciliador dentro dos limites autorizados pelas elites políticas e ajustou-se aos interesses de corporações estrangeira, demonstrando, dessa forma, a sua vulnerabilidade diante das pressões de classes e de grupos econômicos, indicando que o seu poder era limitado. Assim sendo, a burguesia nacional soube agir de forma hábil, aproveitando as poucas alternativas que lhes foram apresentadas. Entretanto, deixou de lado o projeto de Nação, o projeto de realizar e liderar uma revolução democrática e nacional que congregasse todos os segmentos sociais. Ou seja, a burguesia realizou uma “contra-revolução preventiva” que se concretizou no golpe de 1964 (FERNANDES, 1976, p. 249 et seq.).

Ainda segundo Florestan Fernandes, com o golpe de 1964, as elites políticas ajudadas pela burguesia passaram a reprimir as aspirações democráticas e nacionalistas, impedindo a intensificação das lutas de classes, reprimindo de forma dura os movimentos reivindicatórios das massas populares, para evitar a “subversão política da ordem” ao realizar um “desenvolvimento com segurança”. Com isso a burguesia e os “político-militares” apossaram-se do Estado tornando-o exclusivamente burguês (FERNANDES, 1976, p. 275). Além disso, “as burguesias interna e externa se associaram economicamente e tomaram o Estado para [realizar] a modernização capitalista ‘pelo alto’”. Assim, refere-se Reis em relação ao pensamento de Florestan que, ao deixar de lado o projeto de Nação, as elites dominantes excluíram a possibilidade das classes operárias ascenderem ao poder político (REIS, 2004, p.230).

Em suma, Florestan (1976) considera que as medidas políticas, militares e policiais, contra-revolucionárias atrelaram-se ao Estado nacional. Em vez de instalar uma democracia burguesa, a burguesia nacional optou por uma versão tecnocrática de democracia restrita, que poderia ser qualificada, com precisão terminológica, como “autocracia burguesa”, que não se orientava pelo reformismo e nacionalismo do regime democrático-burguês clássico. Na maioria das vezes, a orientação da burguesia brasileira esteve atrelada às benesses do Estado e associada ao imperialismo com os interesses do “capital externo e associado”, tornando débil o ponto de equilíbrio de uma sociedade de classes dependente e subdesenvolvida como o Brasil.

Porém, Florestan reconhece que o desenvolvimento econômico provocado pelo capitalismo monopolista e a conseqüente extensão do imperialismo deixaram pouca margem de ação para a burguesia nacional, ao ampliar e aprofundar as desigualdades econômicas, sociais e políticas preexistentes.

De um lado, aumentou o fosso da diferença entre pobres e ricos, ou seja, a distância sócio-cultural e histórica entre as classes possuidoras e as despossuídas, tornando, portanto, o caminho entre a riqueza e a ascensão ao poder “mais áspero e difícil” (FERNANDES, 1976, p.278). Por outro lado, as elites das classes dominantes, para manter suas posições e privilégios, monopolizaram as vantagens diretas e indiretas, e ainda souberam impor um controle conservador e de poder autocrático que impedia, na medida do possível, a emergência de uma ordem social competitiva em que as classes mais pobres e os assalariados estabelecessem o regime de classes na configuração do Estado.

Antes do golpe de 1964, as elites políticas dominantes do poder burguês não encontraram força antagonista e, dada a debilidade de organização e de pressão das classes, puderam promover uma “revolução” de “cima para baixo”. Entretanto, a partir do momento em que a classe operária urbana começou a ter maior participação econômica decorrente do aumento de salário, elevando o padrão de vida e provocando uma maior distribuição social de renda, os operários passaram a exercer uma maior pressão por participação política, social, cultural, podendo oferecer um equilíbrio que funcionaria de “baixo para cima”, quebrando o monolitismo da burguesia.

Diante desse quadro e com base na situação estrutural e histórica apontada, Florestan Fernandes indica três caminhos para a configuração do Estado: o primeiro seria um ‘nacionalismo burguês’ e uma ‘democracia burguesa’; outra possibilidade seria uma ‘revolução dentro da ordem’ pró-capitalista mas antiprivatista e antiimperialista; ou, ainda, uma ‘revolução contra a ordem’ definitivamente antiburguesa. Contudo, saber qual desses caminhos irá prevalecer “é algo que só a evolução futura nos dirá” (FERNANDES, 1976, p.285-87).

Outra importante interpretação sobre a identidade do Brasil é fornecida pela teoria da dependência e a sua crítica ao desenvolvimento autoritário em *Dependência e desenvolvimento na América Latina* de 1970. Os autores dessa obra, Fernando Henrique Cardoso e Enzo Faletto, ao demonstrarem as especificidades dos países da América Latina, destacam a dimensão histórica que possibilitou a verificação de diversas situações de dependência integradas aos fatores sócio-econômicos e políticos que condicionaram o capitalismo interno, determinando de modo diferencial as possibilidades de integração com o mercado internacional.

Posteriormente, Cardoso (2007, p. 215) afirma que – com exceção de Cuba, na época ligada ao bloco soviético – em “nenhum país da região havia a inevitabilidade de uma forma específica de dependência, mas a variabilidade das formas de integração ao mercado mundial

e, portanto, das alternativas para o seu crescimento econômico”. Essa dependência é resultado do modo de articulação dos grupos sociais e da burguesia local, bem como da maneira de como se estruturam enquanto sistema de poder e da sua eficiência em negociar com os setores externos.

De forma comparativa Cardoso e Faletto (1970) analisam a crise sociopolítica das sociedades latino-americanas no período de expansão para fora, utilizando de conceitos de situações de controle nacional do sistema produtivo como os existentes na Argentina, México, Chile, Colômbia, Uruguai e Brasil, contrapondo os conceitos de países em situação de economia de enclave representados pela Bolívia, Venezuela, Peru e América Central, onde havia inversões diretas no setor exportador. Ao caracterizarem os países em dois grupos, os autores sugerem a necessidade de apreender o novo caráter da dependência, ou seja, a internacionalização do mercado através da abertura dos mercados internos ao controle externo via ingresso de capitais estrangeiros.

Para elaborarem a teoria da dependência, Faletto e Cardoso desenvolveram as noções de dependência, subdesenvolvimento e a relação entre centro e periferia. A noção de dependência refere-se diretamente às condições de existência e funcionamento do sistema econômico e do sistema político, mostrando as vinculações entre ambos, tanto no que se refere ao plano interno quanto ao plano externo dos países. Já a noção de subdesenvolvimento “caracteriza um estado ou grau de diferenciação do sistema produtivo” apesar das implicações, algumas de conseqüências sociais, sem acentuar os pontos de controle das decisões de produção e consumo, seja internamente (socialismo, capitalismo, etc.) ou externamente (colonialismo, periferia de mercado mundial, etc.). As noções de “centro e de periferia, por seu lado, destacam as funções que cabem às economias subdesenvolvidas no mercado mundial, sem levar em conta os fatores político-sociais implicados na situação de dependência” (CARDOSO e FALETTO, 1970, p.26-7).

No caso do Brasil, após o golpe de 1964, alguns setores da esquerda viam a “dependência associada” como alternativa e condição para o desenvolvimento. Porém, a “dependência externa”, conforme ressalta Reis, continuava “supondo heteronomia e desenvolvimento limitado”. Assim, o “desenvolvimento industrial [seria] alcançado com restrições da autonomia do sistema econômico nacional e da soberania política”, pois o mercado mundial impõe as suas próprias leis aos grupos locais, restringindo-lhes a autonomia para conferir uma padronização ao mercado e pela necessidade de produzir um realinhamento supranacional (REIS, 2004, p.263).

Numa outra perspectiva, os intelectuais da teoria da nova dependência, segundo Bresser-Pereira, consideravam a concentração de renda e o autoritarismo político como consequências do colapso do “pacto nacional-popular” da década de 1950 e do “pacto político autoritário-modernizante” pós-1964. Na visão desses teóricos, ainda de acordo com Bresser-Pereira, o autoritarismo “não decorria de um condicionamento estrutural, mas de uma conjugação de forças políticas que era então dominante.” (BRESSER-PEREIRA *apud* TOLEDO, 2005, p.225-26)

Esse pacto político-modernizante entrou em decadência com a ruptura da aliança entre a burguesia e a tecnoburocracia militar e civil. Além dessa ruptura, cabe destacar a pressão dos novos movimentos populares, das associações e do novo sindicalismo no final da década de 1970, cujas reivindicações para além de suas carências materiais, expuseram as contradições entre capital e trabalho, assim como as exigências de extensão dos direitos de civis e de participação política, possibilitando com isso uma transição democrática.

Em síntese, na caracterização da sociedade brasileira feita por alguns intelectuais destaca-se a preocupação com as questões relativas ao desenvolvimento econômico e político do país. No geral, essa caracterização destaca a opção de parte da elite política pela democracia e a outra parte pelo autoritarismo, bem como a opção da burguesia nacional pela modernização conservadora e pela associação subordinada ao capital internacional. No caso do Estado, caberia exercer o papel de regulador das decisões desenvolvimentistas, através de seus Planos de Desenvolvimento Econômico. Planos esses que teriam papel preponderante na determinação das políticas de saúde instituídas pelo Estado.

Com o breve balanço das concepções/teorias/noções adotadas por alguns intelectuais acerca da sociedade brasileira, buscou-se evidenciar os sistemas simbólicos enquanto representações do mundo social, os discursos do passado e do presente da sociedade brasileira enquanto história reificada. Essas idéias e representações de uma história incorporada pelos agentes, de predisposições que funcionam como princípio estruturador das práticas podem ser encontradas no *habitus*.

Foram analisadas as contribuições daqueles intelectuais que investigaram os problemas políticos, sociais e econômicos do país pós-1945, que orientaram a formulação e/ou implementação das políticas públicas. Também foram examinados aqueles autores de instituições/órgãos como o ISEB, o IPES/IBAD, a CEPAL que priorizaram a orientação de políticas governamentais fornecendo substrato para a intervenção estatal. Excetuando Florestan Fernandes – que analisa a sociedade brasileira a partir do seu passado e do seu presente e elabora projeções para o futuro – foi possível notar em todas as proposições dos

intelectuais analisados a busca de um projeto de construção da Nação e de uma identidade nacional. Nessas proposições deve-se considerar que o que estava em jogo eram as lutas simbólicas caracterizadas pela imposição, conservação e legitimação da dominação de um determinado grupo político. Portanto, a análise desses intelectuais serviu de substrato para a elaboração dos planos econômicos e das políticas de saúde. Na seqüência serão examinadas essas políticas, em particular, as políticas para a saúde mental.

2.2 Os Planos de Desenvolvimento Econômico e as Políticas de Saúde

Os Planos de Desenvolvimento Econômico do período analisado constituíram-se fontes importantes para se compreender as visões acerca da realidade sócio-econômica do país. Por meio dos Planos pôde-se verificar como as políticas de saúde estavam associadas ao projeto de desenvolvimento econômico, particularmente ao projeto de industrialização do país que, por conseguinte, se ajustava ao projeto de construção da Nação. Essas fontes permitiram perceber que o Estado, em alguns momentos, articulou-se com diferentes agentes e interesses exercendo o papel de regulador do mercado sem, contudo, ameaçar os interesses dos setores privatistas, que paulatinamente, ampliavam seus espaços na assistência médica individual e curativa.

Não cabe aqui a discussão sobre se os planos foram ou não efetivamente implementados, mas sim a demonstração de que os mesmos refletem uma definição e/ou concepção de Estado e de sua intervenção na formulação de políticas públicas, bem como do papel atribuído à saúde em um contexto de transformações sociais.

Durante o Estado Novo, ficou clara a opção de Getúlio Vargas por um projeto nacional-desenvolvimentista, fundamentado no modelo de substituição de importação. Esse modelo de expansão capitalista consistia no aproveitamento e no controle dos recursos naturais e na organização da produção em função do crescimento do país pelo incentivo à instalação de um parque industrial formado por indústrias de base e pela execução de obras de infra-estrutura.

Na defesa do Estado Novo, Vargas passou a atender às reivindicações de setores médios urbanos ao introduzir uma política distributiva em seu governo, dando-lhe um caráter de inclusão das camadas médias e promovendo iniciativas no sentido de incorporar e, no limite, cooptar a classe trabalhadora integrando-a ao processo político sem ferir, no entanto, as prerrogativas do liberalismo econômico. Além disso, instituiu políticas sociais visando

estender à classe operária os direitos de seguro social e de proteção ao trabalho por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em 1943.

Quanto ao planejamento econômico contemplava-se a possibilidade de progresso do país vinculado à legislação social e sanitária. Segundo Gomes, a dimensão sanitária “buscava a proteção do corpo e da mente do trabalhador” e com isso aumentava a sua “capacidade produtiva ampliada”. Assim, o papel delegado aos Institutos de Previdência e Assistência Social consistia em “preservar, recuperar e aumentar a capacidade de produzir do trabalhador”. Sua saúde era situada como “*único capital com o qual ele concorre para o desenvolvimento nacional.*” (GOMES, 1988, p. 263-64, grifos da autora).

O Plano SALTE (1946-1954), cujas iniciais significam Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, abrangeu os governos de Eurico Gaspar Dutra e de Getúlio Vargas. Nesse Plano, verificou-se pela primeira vez a explicitação e incorporação de dois setores na discussão do desenvolvimento social, a saber: saúde e alimentos. Há ainda uma preocupação do governo com o reaparelhamento do setor de transporte, com a produção de energia e com exploração de petróleo. Setores esses considerados fundamentais e que requeriam investimento, mas cujo atraso impedia o desenvolvimento industrial no país.

Segundo Pena (1977), para estabelecer as diretrizes do desenvolvimento foi criada a Comissão Mista Brasil-Estados Unidos que elaborou um diagnóstico da economia brasileira. Foi atribuída à Comissão a tarefa de elaborar os projetos de investimentos com a finalidade de criar uma infra-estrutura compatível com o desenvolvimento industrial. Entre os membros da Comissão havia um consenso de que a saúde e o suprimento de alimentos eram setores importantes, mas as ações necessárias ao seu desenvolvimento foram relegadas a um plano secundário.

Entretanto, é importante destacar que o Plano SALTE foi o primeiro Plano que se preocupou com um programa de emergência para a Saúde Pública. Suas propostas foram pensadas como:

[...] resposta às catastróficas situações sanitárias que vigoravam no Brasil de então. Neste particular, a colocação essencial era de que os baixos níveis de sanidade implicavam custos extremamente elevados, o que constitui um freio ao desenvolvimento econômico do País. Confirmando esta proposição, o Plano coloca, por exemplo, que ‘amplitude dos benefícios a serem prestados em cada região variará de acordo com o respectivo valor econômico e as maiores necessidades dela’ (KOWARICK *apud* PENA, 1977, p. 71).

O Plano priorizava a necessidade de melhoria nos baixos níveis de sanidade e a amplitude dos benefícios prestados em cada região, devendo esses variar de acordo com o

respectivo valor econômico e as maiores necessidades deles. Além de constituir custos elevados para o Estado os baixos níveis de sanidade eram considerados como freio ao desenvolvimento econômico do país.

Para Pena (1977, p. 71), o Plano SALTE, não recebeu um destaque nas análises de estudiosos brasileiros. Provavelmente isso pode estar ligado ao fato de que foi uma experiência que fracassou ao nível da prática. Quando foi instituído pela Lei n. 1.102, de 18 de maio de 1950, os fundos previstos para sua execução já não existiam mais. Entretanto, é importante destacar as orientações para a política de saúde contida na dotação do Anexo do Plano, conforme designado no Art. 17.

A primeira delas era a formulação de uma política de saúde vinculada aos critérios de produção para o fomento da indústria. Nesses termos, o assistencialismo do Estado foi substituído pelos critérios econômico, político e ideológico, pois a prioridade consistia em assegurar a produção, condição necessária ao desenvolvimento econômico do país. A segunda orientação consistia em criar mecanismos de ideologia preventivista, cabendo ao Estado a tarefa de coordenar as campanhas sanitárias de erradicação de doenças endêmicas como a malária, tuberculose, lepra, febre amarela, verminose, e de combate de epidemias como a dengue. Para a execução dessa tarefa foi proposto no Anexo, destinação de verbas para a engenharia sanitária, ou seja, para o financiamento e execução de obras de saneamento básico. Havia também uma preocupação do Estado em relação à maternidade e à infância. Essa preocupação foi expressa pela ênfase dada à criação de postos de puericultura nas diversas regiões do país.

Todas as medidas buscavam melhorar os padrões de vida e de saúde da população, visando à recuperação e à maximização da capacidade produtiva do trabalhador para que não afetasse a produção econômica do país. Além das medidas preventivas, o Estado destinou verbas para formação e contratação de mão-de-obra especializada e fomentou pesquisas na área, destinando aos institutos e laboratórios oficiais verbas para a produção de medicamentos preventivos e curativos de ação específica no combate às doenças transmissíveis.

No âmbito da assistência hospitalar e em relação à assistência psiquiátrica, não coube ao Estado assumir a responsabilidade da manutenção dos hospitais, organizações parahospitais, médico-sociais e outras. A ação do governo federal se restringia a manter um caráter estritamente complementar, destinando verbas para a melhoria dos serviços. Todavia, a manutenção de serviços de assistência hospitalar ficava a cargo dos governos estaduais e municipais e também de particulares. Nota-se, portanto, além do governo central se eximir da

responsabilidade sobre a manutenção dos hospitais, havia também a tendência de imprimir caráter privado à assistência médico-hospitalar.

O Plano de Metas (1956-1961) foi elaborado pelos tecnocratas do governo de Juscelino Kubitschek. Esse programa de desenvolvimento que abrangia os setores de energia, transporte, alimentos, além de indústrias de base e da educação modifica o perfil da sociedade brasileira. O caráter nacional-desenvolvimentista estava presente no Plano, que propunha a consolidação de uma base industrial no país para a diversificação das exportações de produtos brasileiros, bem como a implantação de indústrias pesadas.

Nesse Plano, os setores como o da saúde, educação, saneamento e Previdência Social “estão ausentes”, demonstrando que não eram considerados prioritários. Com exceção da formação de mão-de-obra qualificada, ou seja, da formação de técnicos, todos os demais setores sociais estavam “desarticulados tanto do nível da formulação teórica quanto do nível de execução dos processos econômicos programados pelo Plano.” (KOWARICK *apud* PENA, 1977, p. 71)

A abertura da economia, com a expansão do capital nacional e associado, refletia a opção da elite política e da burguesia nacional. A postura da burguesia nacional e dos tecnoburocratas, apoiados por parte dos intelectuais do ISEB, baseia-se na formulação de que o Plano deveria fundamentar-se em um projeto de desenvolvimento nacional, pois acreditavam que o país só poderia superar a sua fase de subdesenvolvimento pela intensificação da industrialização.

O Plano não resultou em redução das desigualdades sociais, mas sim na concentração de riqueza nos grupos sociais com renda elevada. As camadas populares continuaram “alijadas do pacto dominante, tendo mesmo perdido a posição subordinada que tinham no pacto populista” (PENA, 1977, p.73). Embora, no Plano de Metas o setor da saúde não fosse considerado prioridade, programas de assistência médico-hospitalar e de controle de moléstias endêmicas aparecem e cumprem a função econômica de manter em operação a força de trabalho. Mas, no que se refere às populações urbanas, buscava-se promover a imagem de um governo democrático e modernizador, pois

[...] não [restava] dúvida de que a existência de um exército de reserva de razoáveis proporções, aliada ao estilo excludente de desenvolvimento e à manipulação política das massas tornava viável uma política de Saúde precária. Deve ser ainda lembrado que os mecanismos ligados à Previdência Social, que ainda não possuem uma organização centralizada, funcionando nas mesmas bases da estrutura sindical, isto é, corporativamente, continuavam não se estendendo aos trabalhadores rurais (PENA, 1977, p.75).

O Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social elaborado para o período de 1963 a 1965, e do Programa de Ação Econômica do Governo (PAEG) para os anos de 1964 a 1967, devem ser contextualizados a partir da recessão econômica e da mobilização política que marcam esses períodos.

Os objetivos do Plano Trienal podem ser sintetizados pelas seguintes linhas de ação: assegurar a taxa de crescimento da renda nacional compatível com as expectativas de melhoria de condições de vida; redução da pressão inflacionária; ganhos reais de salário; intensificar as ações do governo no campo educacional, na pesquisa científica e tecnológica e na Saúde Pública visando promover a melhoria de condições de vida da população, enquanto fator de desenvolvimento econômico; fazer um levantamento das áreas com recursos naturais; reduzir as disparidades regionais, etc.

É importante destacar que o Plano Trienal vinculava o desenvolvimento econômico à melhoria do padrão de vida da população. Em um país onde a riqueza e renda encontravam-se concentradas, era necessária a sua distribuição, pois a má distribuição de renda e a pobreza condicionavam os baixos níveis de sanidade, acentuando as disparidades locais e regionais. Assim, destaca-se no Plano a seguinte proposição:

[...] a melhoria dos padrões de saúde resulta da elevação dos níveis econômicos, que se exprimem na renda 'per capita', o programa de saúde deverá integrar-se ao esquema geral de desenvolvimento econômico-social, que objetiva o aumento da produção global e da disponibilidade de bens e serviços a serem consumidos pela população, incluindo-se os cuidados médico-sanitários. A melhoria das condições de saúde está, por consequência, condicionada à elevação da renda e sua mais equitativa distribuição, conjugando-se com a ascensão do nível de vida, de que a saúde é um componente. (BRASIL, 1962)

Essa articulação entre desenvolvimento econômico e Saúde Pública foi de grande importância, porque foi a partir desse Plano que os planos subseqüentes estabeleceram de maneira mais precisa seus vínculos. Percebe-se, logo, que no Plano Trienal havia a preocupação de fornecer diretrizes para uma intervenção de cunho preventivo junto à população. Enfatizava-se também a formação de recursos humanos para o setor, propondo uma reformulação dos currículos para a formação técnica e de médicos, além de ressaltar a necessidade de formação de pesquisadores, administradores e sanitaristas, com o intuito de melhorar a Saúde Pública.

Cabe destacar que o Plano propunha ainda um atendimento prioritário às populações rurais, em contraposição às prioridades concedidas às populações urbanas, tentando com isso minimizar as disparidades entre o campo e a cidade.

Em relação aos produtos farmacêuticos, havia uma preocupação com a desnacionalização do setor e apresentava uma postura estatizante em relação à produção de medicamentos. Cabe destacar, que pela primeira vez a produção farmacêutica apareceu como parte integrante da política de saúde.

Contudo, os objetivos traçados não seriam integralmente executados. O fracasso do Plano Trienal deveu-se às contradições entre as reformas propostas pelo governo para superar a recessão e diminuir as taxas de inflação e à fragilidade do sistema de alianças que sustentavam o governo, somada à insatisfação política de diferentes grupos sociais o que resultou em disputas político-sociais. Essas disputas eram representadas, por um lado, pela “conspiração civil-militar articulada pelos grupos políticos mais conservadores e direitistas” e, por outro lado, pelos grupos nacionalistas e de esquerda que viam no conjunto de medidas a possibilidade de “alteração das estruturas econômicas, sociais e políticas do país, [bem como] a oportunidade de desenvolvimento econômico autônomo e o estabelecimento da justiça social” (FERREIRA, 2003, p. 349). As contradições e a radicalização dos grupos sociais e políticos contribuíram para a deposição de João Goulart.

Com a implantação da ditadura empresarial-militar, a elaboração e execução dos planejamentos e programas de saúde ficaram a cargo da tecnoburocracia estatal, composta por economistas e sanitaristas, centralizados no governo federal. No governo Castelo Branco foi lançado o Plano de Ação Econômica do Governo - 1964-1967 (PAEG).

No que se refere à saúde, foi adotado um conjunto de medidas no sentido de priorizar um modelo hospitalar e curativo. Esse modelo foi “assegurado e reforçado através de uma cobertura em âmbito nacional” para o combate das doenças transmissíveis, por meio da “ampliação das redes de unidades locais de saúde” (PENA, 1977, p.77). Quando isso não era possível implantavam-se unidades para prestação de serviços especializados de assistência médica, em pontos estratégicos, em nível regional. Implicitamente, estava a idéia de que o padrão de assistência que a política de saúde deveria difundir consistia nas grandes unidades hospitalares regionalmente distribuídas.

No governo seguinte foi implantado o Programa Estratégico de Desenvolvimento (PED), em 1968-1970, cujas atividades correspondiam àquelas ligadas às áreas de Saúde Pública e Assistência Médica. O Decreto-Lei n. 200 de 25 de fevereiro de 1967 estabeleceu uma grande Reforma Administrativa. No Art. 5 foram definidos os papéis das autarquias, empresas e fundações públicas e das sociedades de economia mistas quanto às atividades típicas da administração pública e, assim, redefinida a área de competência do Ministério da Saúde.

No Art. 39 do Decreto-Lei n. 200 ficou definida a área de competência de cada Ministério, cabendo, assim, ao Ministério da Saúde elaborar uma Política Nacional de Saúde (PNS) responsabilizando-se pela saúde coletiva que abrangia as seguintes funções: atividades médicas e para-médicas; ação preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos; pesquisas médico-sanitárias. A cargo do Ministério do Trabalho e Previdência Social ficaria o gerenciamento da previdência, da assistência social e médica.

No Plano de Coordenação de Proteção e Recuperação a Saúde (1968), caberia ao Ministério da Saúde coordenar a prestação de serviços de assistência médica à população, além de executar medidas de alcance coletivo. Pela primeira vez ficava explícita a dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual, além da disposição do governo em contratar entidades privadas para recuperar a saúde dos indivíduos contribuintes do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Vale ressaltar, entretanto, que essa disposição iria se traduzir no aumento da cobertura de programas de assistência médica sob a coordenação do Ministério do Trabalho e Previdência Social que, anos depois, em 1974, se transformaria em Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Acerca disso, Paul Singer asseverou que o Ministério da Previdência e Assistência Social ao “ratificar e ampliar uma tendência cada vez mais acentuada de comprar serviços de saúde na área privada” copiou o que já era adotado “por outros países com organização político-social semelhante” (SINGER, 1981, p. 133).

Com a reforma instituída pela Constituição de 1969, o Estado assumiu o papel de organizar e explorar a atividade econômica apenas “em caráter suplementar à iniciativa privada”. Entretanto, a ingerência do Estado atingiu a Previdência Social por causa da subordinação crescente do Ministério do Trabalho e Previdência Social às atividades do setor privado, passando o Estado a exercer somente o “papel de regulador dessas atividades, propiciando o crescimento e expansão da iniciativa privada” (TEIXEIRA, 1976, p.33).

Em 1970, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) foi extinto e, pelo Decreto n. 66.623, foi criada a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão subordinado à Secretaria de Assistência Médica do Ministério da Saúde. Essas instituições tinham como objetivo dar autonomia administrativa e financeira a alguns órgãos para ratificar convênios, financiar e executar programas de saúde.

Na condução das políticas do setor de saúde, nota-se que não havia uma clareza entre os tecnoburocratas do Estado quanto aos papéis que deveriam ser desempenhados pelos Ministérios da Saúde e pelo Ministério do Interior, ou se esses papéis se sobrepunham à ação do Plano. Exemplo disso foi a criação do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), em

1971. O PLANASA foi criado para atender às demandas por ampliação da oferta dos serviços de abastecimento de água e esgoto sanitário. Esse Plano estava subordinado ao Ministério do Interior ao invés de estar vinculado ao Ministério da Saúde, encarregado das ações de saúde coletiva.

O I Plano Nacional de Desenvolvimento (I PND) (1972-1974) e o II Plano Nacional de Desenvolvimento 1975-1979 (II PND) consolidaram a integração das ações de saúde nos programas de desenvolvimento econômico. No setor da saúde, ambos estabeleceram ações para as áreas de saúde coletiva e saúde individual.

No I PND foram colocadas em prática as ações do Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PBDCT). Por meio desse Plano foi proposta a criação e modernização dos institutos de pesquisa e, com isso, o desenvolvimento científico tornou-se objeto de política do Estado. Em relação aos projetos, a grande maioria relacionava-se a problemas de Saúde Pública, ao controle de doenças endêmicas e transmissíveis, além de pesquisas sobre técnicas psiquiátricas. Foram construídos centros para absorver a tecnologia de vacinas, desenvolvidas em outros países, bem como para o desenvolvimento de medicamentos em geral.

A partir de 1974, o período de expansão econômica cedeu lugar à crise econômica, ocasionada pelo esgotamento do “milagre brasileiro”, demonstrando o endividamento do Estado e o seu pouco fôlego para manter o crescimento econômico. Inicia-se também uma crise no âmbito do Estado que levou a uma distensão política *“lenta e gradual”*, conforme expressou Golbery do Couto e Silva. Situação necessária, pois durante o governo Ernesto Geisel os questionamentos de diversos segmentos sociais e de movimentos populares acerca da política social do próprio regime autoritário vigente começavam a ganhar força. Esses questionamentos iriam repercutir na elaboração do II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico apesar do governo ainda manter-se autoritário.

Para não aprofundar ainda mais a crise política, o governo, entre outras medidas, iniciou um processo de modernização dos serviços de assistência médica e a transformação das instituições médicas privadas em contratadas, sob a orientação normativa de um órgão centralizador, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1974. Esse órgão passou a reunir sob a sua jurisdição o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), a Central de Medicamentos (CEME), como órgão autônomo e responsável pela fabricação e distribuição de medicamentos, além das fundações de assistência social como a Legião Brasileira de

Assistência (LBA) e a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), dentre outros.

Baseando-se nas diretrizes do II PND foi instituído pela Lei 6.229 de 17 de julho de 1975 o Sistema Nacional de Saúde que passou a definir as competências do setor de saúde, hierarquizando as competências da União, estados e municípios. Essa Lei criada para resolver a situação de precariedade epidemiológica da população aprofundou ainda mais a fragmentação das políticas de saúde, ao atribuir ao Ministério da Previdência e Assistência Social os cuidados curativos reabilitadores relacionados à saúde individual e, ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde, as ações de caráter preventivo e de vigilância sanitária relacionadas à Saúde Pública e a saúde coletiva.

As diretrizes do II PND impuseram, ainda, a supremacia do Ministério da Previdência e Assistência Social sobre o Ministério da Saúde, além de distinguir as atribuições de cada Ministério. Para o Ministério da Saúde foram atribuídos os encargos referentes aos programas e campanhas de vacinação, campanhas de erradicação de doenças e de vigilância sanitária. A atenção médico-sanitária estava no planejamento de uma política social mais ampla que, juntamente com outras agências estatais pertencentes aos campos econômico e social, visassem efetivar um conjunto de medidas que pudessem intervir na alimentação, nutrição e serviços básicos de saúde, melhorando, conseqüentemente, as condições de saúde da população. Essas ações seriam realizadas por programas, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e o II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAM).

Já o Ministério da Previdência e Assistência Social se encarregaria da assistência médica individual por meio da contratação de serviços de consultórios, de ambulatórios e hospitais privados, além dos convênios com autarquias e fundações que deveriam se submeter aos ordenamentos gerais do Estado e a lógica do mercado. Caberia ainda a esse Ministério produzir e comercializar medicamentos e equipamentos médicos, assim como dirigir a assistência social.

No tocante à política no II PBDCT, esta se relacionava, basicamente, às pesquisas ligadas à Saúde Pública. A novidade desse Plano era que o Estado, em menor escala, passou a apoiar e financiar aquelas pesquisas classificadas como parte do atendimento individualizado como: neurologia, cardiologia, distúrbios circulatórios, entre outros.

Ao priorizarem o desenvolvimento econômico e a industrialização, os tecnoburocratas adotaram uma lógica tecnicista, distanciada dos problemas da saúde e da melhoria dos padrões de qualidade de vida da população brasileira. Como conseqüência dessa forma de

intervenção, problemas como as altas taxas de mortalidade infantil, de doenças degenerativas, como as de coração, pulmão, câncer, além das neuroses, persistiam. É necessário acrescentar a esses problemas as endemias e as epidemias, visto que continuavam carecendo de programas preventivos coordenados pela Saúde Pública. Programas capazes de abarcar a coletividade foram preteridos, optando-se por uma saúde individual, ou seja, pela saúde dos que contribuíam para o seguro social. Os problemas decorrentes da inoperância da política social, condicionada pelos desígnios do planejamento econômico cada vez mais burocratizante tornaram-se recorrentes.

Em suma, identificou-se que, a disputa no interior do campo político representado pelos Ministérios (Secretarias Estaduais e Municipais, União, estados e municípios), se dava em torno do monopólio do poder econômico e simbólico sobre a condução das políticas de saúde e de assistência médica. O Ministério da Previdência e Assistência Social detinha a hegemonia na execução das políticas de saúde individual, geralmente subvencionadas pelos seguros e salários dos trabalhadores, enquanto que as políticas de saúde coletiva, a cargo do Ministério da Saúde, nem sempre eram efetivadas por falta de recursos financeiros.

O setor privado-empresarial foi o que mais lucrou com essas políticas públicas que enfatizavam a prática médica individual, curativa e assistencialista implementada pelos tecnoburocratas. Os empresários que estavam preocupados com a formação de um mercado consumidor para a utilização dos produtos das indústrias farmacêuticas contaram, por sua vez, com a contribuição fundamental dos técnicos, médicos e da tecnoburocracia estatal. A Previdência Social atuava somente na regulação dos produtos e consumo de bens e de serviços, favorecendo o empresariamento da Saúde Pública. É neste contexto de regulação e subordinação das políticas de saúde aos planos de desenvolvimento econômico que se inscrevem as políticas de saúde mental no Brasil e no Estado de Minas Gerais.

2.3 O Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e as políticas de saúde mental

As políticas de saúde mental do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), ao qual a Divisão de Assistência Neuro-Psiquiátrica de Minas Gerais estava vinculada, expressaram as concepções vigentes acerca da sociedade e do Estado brasileiro nos diferentes momentos da história do país. Entende-se que as políticas públicas para a saúde e, particularmente, para a saúde mental, refletiram o padrão de desenvolvimento sócio-econômico e as relações entre Estado e sociedade.

O Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), órgão vinculado ao Departamento Nacional de Saúde Mental (DNS) do Ministério da Educação e Saúde, foi criado pelo Decreto-Lei n. 3.171, de 2 de abril de 1941. Até o ano de 1970, todas as políticas de doença mental estavam sob a responsabilidade do SNDM. Nesse ano o órgão foi extinto dando lugar à Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) criada com o Decreto n. 66.623 de 1970, que lhe concedia atribuições semelhantes às do SNDM.

Conforme determinado no Art. 1 do Decreto-Lei n. 3.171 ficavam especificadas as orientações a serem seguidas pelos 23 órgãos que compunham o Departamento Nacional de Saúde (DNS), também criado pelo referido Decreto-Lei. A primeira das orientações referia-se à promoção de pesquisas e estudos sobre as condições de saúde nos estados, principalmente sobre as condições de saneamento e higiene, bem como sobre a epidemiologia das doenças e os métodos para sua profilaxia. A segunda estabelecia que a prevenção e o tratamento da saúde deveriam ser observados pela administração do DNS. A terceira orientação era relativa à coordenação das ações dos estados, municípios e de particulares quanto à realização de atividades relacionadas à doença mental, à concessão, à subvenção e ao controle da aplicação dos recursos. A última referia-se à organização de cursos de aperfeiçoamento sobre assuntos médicos e sanitários pela União.

De 1941 a 1954, durante a gestão de Adauto Botelho no SNDM, ficou evidenciado que a opção do governo federal na condução e no gerenciamento das “políticas de doença mental”⁵⁶ privilegiava o modelo macro-hospitalar associado ao modelo de hospital colônia, assim como o atendimento ambulatorial, especialmente nos grandes centros urbanos. Essa opção deve ser analisada juntamente com as dimensões econômicas, políticas e sociais que se articulam às concepções e práticas psiquiátricas desenvolvidas nos hospitais.

No estado de Minas a reforma do setor de saúde seria efetivada em 1946 pela Reforma denominada Alvino de Paula por meio do Decreto-Lei n. 1.751, de 3 de junho de 1946. Reforma esta que recebeu o nome do então diretor do Departamento Estadual de Saúde (DES), órgão responsável pela Divisão de Assistência Neuro-Psiquiátrica de Minas Gerais.

Na organização e estruturação, o DES foi dividido em três órgãos: Diretivo, Normativo e Executivo. O órgão Diretivo era responsável por todas as atividades técnicas e administrativas do DES por intermédio da Diretoria-Geral, do Gabinete de Publicidade, da

⁵⁶ Termo utilizado na época pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). No entanto, nas fontes pesquisadas neste estudo não foi encontrada uma definição clara que fizesse distinção entre a política de doença mental e a política de saúde mental, apesar de começar a delinear os contornos da mudança dos termos de doença para a saúde mental.

Assistência Técnica de Enfermagem, do Serviço Administrativo e do Conselho Consultivo e Cultural. Cabendo a este último empenhar esforços na promoção de pesquisas que deveriam ser publicadas nos Arquivos do Departamento Estadual de Saúde e da Sociedade de Higiene de Minas. Ao órgão Executivo competia a função de coordenar todas as atividades concernentes às questões de saúde no estado.

O Órgão Normativo era formado por 12 Divisões. Destacavam-se entre elas, as Divisões de Demografia e Educação Sanitária e Engenharia Sanitária; a Divisão de Proteção à Maternidade, à Infância e à Adolescência; a Divisão de Doenças Transmissíveis (endemias regionais e doenças venéreas); e as Divisões de Lepra; Malária; Tuberculose; e a Divisão de Assistência Neuro-Psiquiátrica. Esta era formada pelo Serviço de Assistência a Psicopatas⁵⁷ a Adultos e pelo Serviço de Neuro-Psiquiatria Infantil. O Serviço de Assistência a Psicopatas a Adultos estava encarregado de coordenar os hospitais psiquiátricos públicos e privados.

Em relatório encaminhado ao Ministério da Educação e Saúde, Alvin de Paula descreveu a situação da Saúde Pública em Minas Gerais. Segundo ele, em 1942 foram gastos apenas “4,04% do orçamento do Estado”, índice considerado baixo se comparado aos de outros estados, que destinavam um montante de até “12%” do seu orçamento para a saúde. Do total da verba destinada “2,3% foram investidos em Saúde Pública e 1,7% em Assistência” (MORETZSOHN, 1989, p.101). Contudo, o relatório não especificava o tipo de assistência realizada, se era ambulatorial ou hospitalar. No caso da assistência aos psicopatas era evidente a opção pela prática assistencial e pelo tratamento realizado em macro-hospitais e hospitais colônias, política indicada pelo SNDM e que deveria ser seguida por todos os Departamentos Estaduais de Saúde. Em Minas, essa política foi explicitada no documento enviado ao SNDM pelo DES notificando o recebimento de verbas para a ampliação e a construção de novos pavilhões no Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte, e no Hospital Colônia de Barbacena. Também se evidenciou a necessidade de se construir mais três hospitais em cidades localizadas no Triângulo, Sul e Norte de Minas, fato que não se concretizaria devido ao corte de verbas pelo SNDM.

Nas décadas de 1940 e 1960, mudanças no cenário mundial concernentes à emergência do *Welfare State* influenciaram o modelo político brasileiro e, conseqüentemente, na forma do Estado atuar nos campos da saúde e da Previdência Social, bem como na assistência psiquiátrica. Para Lougon, embora desarticulados entre si, diversos fatores

⁵⁷ Essa denominação que perdurou durante a gestão do SNDM é utilizada pela primeira vez na publicação do Decreto n. 5148-A de 1927 que dispõe sobre as normas de Profilaxia e Higiene Mental e reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal (Rio de Janeiro), até então denominada de Assistência a Alienados.

assinalam as mudanças do modelo de assistência psiquiátrica, ou melhor, apontam para a necessidade delas. São eles:

[...] a emergência do contingente formado por ‘neuróticos de guerra’ carecendo de tratamento, o clima de ‘liberalismo’ e de ‘democracia’ reinante após a vitória dos aliados contra o totalitarismo nazi-fascista, incompatível com as características autoritárias do asilo tradicional; fundação de movimentos pró-direitos civis; associações de parentes e amigos dos doentes mentais, clamando por seus direitos; análises provenientes das ciências sociais que apontam para as características repressoras e autoritárias da instituição psiquiátrica tradicional; finalmente, no início dos anos [19]50, o surgimento dos neurolépticos, facilitando o tratamento extra-hospitalar. Em continuidade, os anos [19]60 assistiram [a]o aparecimento de uma série de questionamentos à instituição psiquiátrica, alguns mais radicais, contestando a legitimidade dos próprios objetivos e o saber da especialidade, outros menos, originados em seu próprio interior, visando recuperá-la ou modernizá-la (LOUGON, 2006, p.84).

Por certo, ao Estado interessava o desenvolvimento econômico, sendo para isso necessário eliminar as disparidades regionais provocadas pelo desenvolvimento desigual no país. A direção do SNDM, apesar de ter reconhecido as desigualdades sócio-econômicas, criticou a política econômica do Plano SALTE quando afirmou que “para melhoria de um povo não são necessários condições econômicas, transportes, alimentação adequada e educação”. Ao contrário, “a saúde do corpo é reconhecidamente necessária à felicidade do homem”, contudo o que torna “imprescindível para que a felicidade do homem, do meio, da sociedade e da nação é a saúde mental” (BOTELHO, 1955, p.200).

No campo da Medicina Preventiva, o Estado, para conferir homogeneidade às regiões brasileiras, julgava ser indispensável a minimização dos problemas regionais, fornecendo aos estados mecanismos de prevenção e condições de infra-estrutura ambulatorial, hospitalar e de recursos humanos para a preservação da saúde. Nesses termos, a política do Departamento Nacional de Saúde (DNS) e a “política de doença mental” do SNDM basearam-se na elaboração de convênios, liberação de recursos financeiros aos estados pela União, e dos estados aos municípios via Departamentos Estaduais de Saúde (DES) transferindo recursos para a compra de equipamentos, construção de pavilhões, hospitais e ambulatórios.

De acordo com Botelho (1955, p. 206), o SNDM elaborou um programa de ação buscando propiciar condições para que o problema das doenças mentais no Brasil fosse equacionado por meio de medidas preventivas, e também pela utilização de mecanismos de uma biopolítica baseada em registros e dados estatísticos. Os objetivos do Programa podem ser sintetizados da seguinte maneira: conhecer a quantidade de doentes mentais; investigar as causas mais freqüentes de loucura; adotar medidas profiláticas; promover a assistência; educar os indivíduos sãos, a fim de conservar a saúde psíquica.

A opção pelos modelos de macro-hospital e de hospital colônia adotada pelo SNDM reflete a postura hegemônica, iniciada no período de Juliano Moreira que, sob a influência do sanitarista e diretor da Saúde Pública, Oswaldo Cruz, entendia que o asilo tinha uma função preventiva no tratamento de doenças contagiosas, bem como no tratamento da doença mental. Mais tarde, essa visão asilar foi reforçada por novas propostas da direção de Adauto Botelho, que ao retirar o aspecto meramente custodial do asilo, buscou na prática médica recursos modernos extraídos da Psiquiatria Organicista e da Neurologia, bem como da praxiterapia, como visto no Capítulo 1 deste estudo.

Sabe-se que o campo de atuação da Psiquiatria foi reconhecido desde o momento em que Estado e sociedade passaram a reconhecer a autoridade científica do saber psiquiátrico conferindo poder aos alienistas no tratamento da doença mental. Contudo, ainda durante a gestão do SNDM, a Psiquiatria procurava reafirmar a sua condição de especialidade médica autônoma. Isso pode ser comprovado no Código Brasileiro de Saúde (1945) que condenava formalmente as denominações hospício, asilo, retiro ou recolhimento, reconhecendo a categoria hospital. Os nomes das instituições psiquiátricas se multiplicaram em: sanatório, casas de saúde, clínica de repouso, e outros.

Além disso, por meio do Código, tentou-se retirar o cunho pejorativo e estigmatizante que era delegado aos loucos, insanos, alienados, mentecaptos e passaram a adotar uma linguagem médico-científica na designação de doentes mentais. A denominação “alienista” passou a ser substituída por psiquiatra ou por neuro-psiquiatra. Nessa época, os “instrumentos mais avançados da psiquiatria biológica eram introduzidos em nosso país, como o choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulino-terapia e a eletroconvulsoterapia.” (MEDEIROS, 1977, p.77).

Durante as décadas de 1960 e 1970 ocorreu novamente a tentativa de diminuir a hospitalização com a introdução do atendimento ambulatorial. Todavia, os impactos provocados pelas mudanças na política de saúde mental incidiram na rede hospitalar de assistência pública ocasionando, na maioria das vezes, a superlotação dos hospitais, deficiência de pessoal e das condições de atendimento, situações muitas vezes piores se comparadas às encontradas nos primórdios da Psiquiatria no Brasil.

Outros agentes também importantes identificados no tratamento da doença mental foram os hospitais conveniados com a Previdência Social. A primeira regulamentação oficial do Ministério do Trabalho e Previdência Social relativa à assistência psiquiátrica consta na Resolução de Serviço CD/DNPS 942/62 - *Normas Gerais para Prestação da Assistência Médica aos Doentes Mentais*. Nesse documento ficou evidenciado o caráter preventivo da

assistência psiquiátrica e também as determinações para que o atendimento ocorresse em ambulatórios, nos locais de trabalho, no domicílio do segurado e nos hospitais gerais. Apesar das normas visando à redução da hospitalização, isso não foi operacionalizado. Para Medeiros (1977, p. 58), a implantação de ambulatórios visava recuperar a idéia de Higiene Mental, concepção que se tentou implementar em algumas gestões do SNDM logo após a saída de Aduino Botelho em 1954.

Durante o período em que funcionou o SNDM (1941-1970), cresceu o número de hospitais para atender à demanda de doentes mentais, tanto na rede pública quanto na privada. Na rede particular, o crescimento dos hospitais foi motivado pela incapacidade de atendimento nos hospitais públicos – sempre superlotados e precarizados – como também em virtude da transferência de recursos por meio da contratação dos serviços privados por parte do Estado. Esses recursos eram extraídos muitas vezes dos fundos dos Institutos de Aposentadorias e Pensões dos IAP's, ou seja, recursos extraídos dos trabalhadores, e também de parte dos recursos do SNDM.

Os dados disponibilizados pelo SNDM e reunidos por Cerqueira (1989, p. 61 et seq) demonstram o crescimento do número de internos a cada ano. Em duas décadas esse crescimento, em termos percentuais, foi da ordem de 112%. No ano de 1955 a população interna era de 34.550 pacientes. Em 1965, esse número totalizava 61.318 internos, um crescimento de 60%. Já em 1968, ou seja, 13 anos depois, essa população passou a ser de 73.382 doentes, distribuídos em 211 hospitais, sendo 57 categorizados como oficiais e 154 como hospitais particulares.

Os dados reunidos na TAB. 2 apontam os indicadores selecionados para avaliar a eficiência dos hospitais psiquiátricos públicos e privados nos estados brasileiros no ano de 1968. Esses indicadores correspondem à taxa de readmissão, de renovação anual, tempo médio de permanência (TMP), e a taxa de óbitos nos hospitais.

TABELA 2

INDICADORES DE EFICIÊNCIA DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PÚBLICO E
PRIVADO POR ESTADO BRASILEIRO, EM 1968

ESTADOS	Taxa de readmissão			Taxa de renovação anual			TMP (dias)			Taxa de óbitos		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Amazonas	56	56	-	1,6	1,6	3,7	225	225	-	11,0	11,0	-
Pará	111	132	25	3,3	3,2	4,2	109	112	86	3,4	3,5	2,7
Maranhão	113	113	-	3,7	3,7	-	98	98	-	3,8	3,8	-
Piauí	63	42	83	4,9	5,5	4,6	73	66	79	1,3	2,2	0,6
Ceará	45	42	59	5,2	5,2	5,2	69	69	69	0,9	0,6	0,9
Rio G. Norte	73	82	15	2,6	2,5	2,6	140	140	138	4,9	6,0	0,9
Paraíba	13	8	22	3,2	3,0	3,7	112	119	98	2,8	3,6	1,2
Pernambuco	79	83	75	3,1	2,4	5,1	115	151	71	7,1	12,0	1,3
Alagoas	70	93	59	3,0	3,2	3,0	118	114	121	4,8	9,0	2,2
Sergipe	48	53	35	2,2	1,9	3,7	163	188	99	3,8	4,9	0,7
Bahia	47	42	51	2,1	1,3	3,6	179	266	102	3,0	5,9	0,6
Minas Gerais	46	55	39	2,3	1,4	4,9	154	240	73	6,7	13,6	1,0
Espírito Santo	76	72	92	2,3	2,0	5,0	157	183	72	1,8	2,3	0,0
Rio de Janeiro	48	70	42	1,6	1,0	2,0	225	368	178	3,7	7,6	2,4
Guanabara	98	143	49	2,1	2,1	2,3	168	174	135	2,4	2,6	2,1
São Paulo	34	39	32	1,6	0,4	4,6	228	799	79	3,1	10,9	1,1
Paraná	34	42	27	2,5	2,8	2,1	146	128	168	4,1	5,8	2,0
Santa Catarina	51	86	13	1,7	1,2	6,3	210	292	57	5,1	7,6	0,5
Rio G. Sul	99	162	42	2,7	2,0	6,2	135	183	58	2,2	3,0	0,7
Mato Grosso	47	58	33	2,4	1,6	7,3	147	221	49	2,0	3,0	0,6
Goiás	15	-	15	6,5	-	6,5	56	-	56	0,8	-	0,8
TOTAL	54	80	39	2,1	1,3	3,4	169	263	92	3,6	6,5	1,3

FONTE: SNDM *apud* CERQUEIRA, 1989.

Considerando a taxa de readmissão nos hospitais públicos, a média em 1968 correspondeu a 80 em cada 100 readmissões. Entretanto, em alguns estados como o Rio Grande do Sul, essa taxa foi de 162%, na Guanabara 143%, no Pará 132% e no Maranhão correspondeu a 113%. Índices esses considerados elevados em relação aos demais estados.

Os dados relativos à readmissão nos hospitais públicos demonstram que essa taxa não foi influenciada pela estimativa do tempo médio de permanência ou pela taxa de óbitos. A menor taxa de readmissão foi no estado de São Paulo, onde a estimativa do tempo médio de permanência e a taxa de óbitos eram muito elevadas.

Nos hospitais particulares a média geral correspondeu a 39%, mas em alguns estados a taxa de readmissões foi acentuada, a exemplo do Espírito Santo com 92% de readmissões, e ainda o Piauí com 83%, o Pernambuco com 75%, e o Ceará e Alagoas, com 59% cada um.

Segundo Cerqueira (1989, p. 61), esses indicadores demonstram que a função dos hospitais públicos e privados era “anti-terapêutica”. A elevada taxa de readmissões “expressa principalmente a generalizada ausência de serviços extra-hospitalares e ambulatoriais”, serviços esses que poderiam diminuir a incidência de readmissões nos hospitais públicos e privados.

Cerqueira ainda argumenta que a taxa de renovação anual dos hospitais foi calculada com base no número de saídas (altas médicas, transferências e óbitos) de pacientes durante o ano e no número de pacientes internados no último dia do ano. Essa taxa corresponde ao índice de altas, indicando o número de vezes que a população nosocomial se renovou durante o ano. Assim, o índice de renovação anual foi de 1,3 nos hospitais públicos e de 3,4 nos privados.

Contudo, tal conclusão é problemática, pois os dados apresentados na TAB. 2 não especificam o número de hospitais que atendiam a pacientes agudos e aqueles que recebiam pacientes crônicos. Os dados não levam em consideração o fato de que a renovação nos primeiros se fazia de forma mais rápida que nos hospitais que internavam pacientes crônicos.

Para o cálculo do tempo médio de permanência (TMP), Cerqueira utilizou a seguinte fórmula: número de doentes existentes no último dia do ano multiplicado por 365 dias e dividido pelo número de saídas. Esse cálculo foi utilizado porque não havia dados disponíveis sobre o número de pacientes-dia “para aplicar a fórmula clássica: total de doentes-dia num mesmo período dividido pelo total de saídas” (CERQUEIRA, 1989, p. 63). Para verificar o tempo de permanência, Cerqueira utilizou as fichas hospitalares dos pacientes enviadas ao SNDM. Com isso, o psiquiatra pôde constatar que o tempo médio de internação era muito elevado, principalmente nas instituições públicas. Destacavam-se, entre essas instituições, aquelas sediadas no estado de São Paulo com 799 dias de TMP, índice que ultrapassava em mais de duas vezes o valor de TMP considerado aceitável pelo SNDM. O Rio de Janeiro ficou na média porque o seu TMP foi de 368 dias. O estado de Santa Catarina obteve um TMP de 282 dias, o da Bahia registrou 266 dias, Minas Gerais e Amazonas apresentaram, respectivamente, 240 e 225 dias. Quanto aos hospitais particulares, os do Rio de Janeiro destacavam-se com 178 dias, o dobro do TMP proposto pelo SNDM.

A taxa de óbito também foi considerada um indicador de eficiência do hospital psiquiátrico. Para o cálculo deste indicador foi aplicada a seguinte fórmula: número de óbitos

multiplicado por 100, sendo que o resultado obtido era dividido pelo número de saídas. Cerqueira salienta que no hospital para crônicos o índice aceitável deveria ser inferior a 4,0, porque neste local encontrava-se a maioria dos pacientes com algum tipo de doença física. Em um hospital para agudos, um índice superior a 1,0 seria considerado inaceitável.

A indiferenciação entre hospitais para doentes agudos e para pacientes crônicos dificultava estabelecer com precisão essa taxa. Contudo, mesmo sem visualizar a divisão entre as categorias de doentes agudos e crônicos, é possível constatar a ineficiência dos hospitais psiquiátricos públicos. Neles morriam três vezes mais pacientes do que a taxa considerada admissível pelo SNDM (4,0 e 1,0). As maiores taxas de óbitos foram registradas nos hospitais públicos de Minas Gerais, com um índice de 13,6; em Pernambuco com 12,0; o Amazonas atingiu uma taxa de 11,0; e São Paulo 10,9. No caso dos hospitais particulares destaca-se o estado do Pará onde o índice atingiu a 2,7.

Os dados da TAB. 3 são relativos ao número de leitos-chão por estado durante o ano de 1968 em hospitais públicos e particulares:

TABELA 3
NÚMERO DE LEITOS-CHÃO POR ESTADO, EM 1968

ESTADOS	Hospitais públicos	Hospitais particulares	TOTAL
Amazonas	95	0	95
Pará	80		80
Maranhão	95		95
Piauí	0	0	29
Ceará	0	0	54
Rio G. Norte	242	46	288
Paraíba	147	0	147
Pernambuco	122	0	122
Alagoas	0	0	0
Sergipe	0	0	0
Bahia	361	31	392
Minas Gerais	2.337	9	2.346
Espírito Santo	91	0	91
Rio de Janeiro	-	-	-
Guanabara	1.382	164	1.546
São Paulo	3.518	24	3.542
Paraná	260	0	260
Santa Catarina	354	0	354
Rio G. Sul	682	0	682
Mato Grosso	169	0	169
Goiás	-	10	10
TOTAL	10.044	399	10.443

FONTE: CERQUEIRA, 1989, p. 69.

Os dados da TAB. 3, portanto, ao ilustrarem a carência de leitos hospitalares em alguns estados, demonstram a ocorrência de um menor número de leitos para atender aos estados das regiões onde há a maior concentração populacional do país. Assim, a maior carência de leitos localiza-se nos estados da região Sudeste e Sul. Talvez por esse motivo, em Minas Gerais registra-se uma das maiores ocorrência de leitos-chão ficando atrás somente de São Paulo.

Apesar de uma série de fatores contribuírem para mudanças na assistência psiquiátrica, entre elas, o surgimento dos neurolépticos capazes de diminuir o tempo médio de internação e o controle da doença mental, além da insurgência de movimentos que questionavam as políticas e práticas psiquiátricas no país, todos esses fatores não conseguiram fazer frente ao anacronismo das instituições hospitalares psiquiátricas. O impacto proporcionado pela política de saúde mental, ou melhor, de *doença mental* implementada pelo SNDM reforçou a inoperância das práticas psiquiátricas desenvolvidas nos hospitais, caracterizada pela hospitalização crescente, agravamento ou cronificação da doença mental, e pela desumanização dos hospitais.

Nota-se, logo, que a análise das políticas para a saúde mental durante o período do SNDM expõe a falência do modelo assistencial e a ineficiência do Estado no atendimento à doença mental. Na tentativa de minimizar os problemas, o Estado passou a se orientar por uma política de saúde que priorizava o fornecimento de uma assistência médica individual e curativa em oposição a uma política de caráter preventivo.

Ao agir como regulador do mercado na compra de serviços médicos, o Estado mostrou a sua opção por uma política que atrelasse o desenvolvimento econômico à melhoria da saúde do assalariado, além de preferir uma privatização gradativa do setor de saúde em detrimento da Saúde Pública. A expansão do modelo baseado na privatização e na compra de serviços pela Previdência Social tornou-se hegemônico em meados da década de 1960 e se aprofundou nas duas décadas seguintes, como analisado mais adiante.

2.4 A privatização da assistência psiquiátrica X tentativas de um modelo de Saúde Coletiva

Durante o governo empresarial-militar merece destaque a presença do INPS/INAMPS (Instituto Nacional de Previdência Social/ Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social) que priorizavam um modelo hegemônico voltado à saúde individual, curativa e assistencialista, diferentemente das tentativas do Ministério da Saúde que propunha uma política voltada para a saúde coletiva e que deveria ser seguida pelas secretarias estaduais de saúde.

A partir do reconhecimento do papel do INPS/INAMPS e da sua relação com os hospitais públicos e privados é possível entender a mudança na política do Ministério da Saúde que, paulatinamente, passava a privilegiar a política de convênios, favorecendo a

expansão do setor privado em detrimento de uma política pública de saúde coletiva.

A discussão sobre a instituição da seguridade social⁵⁸ no Brasil permite compreender os limites do nosso *Estado de bem-estar social*. Ao contrário dos países que asseguraram o direito à saúde enquanto direito universal, aqui, por detrás do conceito seguridade social, encontra-se uma diferenciação entre a assistência prestada nos hospitais públicos – usualmente destinadas aos indigentes – e os hospitais privados, geralmente conveniados com os ministérios ligados à Previdência Social e reservados, portanto, aos segurados.

Segundo Santos (1987, p. 13), a interferência governamental na regulamentação das relações sociais no Brasil não se afasta do padrão revelado pela experiência de outros países quando se refere à política de bem-estar social. Cabe ao Estado o papel de intervir no âmbito das relações de trabalho, evoluindo para a legislação previdenciária, tanto em termos dos grupos sociais ‘legislados’ quanto em termos do número de dimensões sociais cobertas pela legislação, na administração e no formato burocrático da administração dos programas sociais e no esquema de financiamento. Um país se distingue de outro à medida que investe em programas sociais, destinados à maximização da equidade juntamente a outras políticas governamentais, sobretudo àquelas que visam aumentar a acumulação. A esfera da acumulação abarca todas as ações destinadas a aumentar a oferta de bens e serviços disponíveis que deve evoluir para a esfera da equidade, ou seja, o ideal que visa reduzir ou extinguir desequilíbrios sociais.

No Brasil, o papel do Estado como elemento de integração das duas esferas foi sempre reduzido. As questões da cidadania tornaram-se mais expressivas durante a era Vargas, quando ocorreu uma aceleração na regulação social, favorecida pelo novo Código Eleitoral de 1932 e, posteriormente, pela Constituição de 1934 que incluiu uma série de direitos até então inexistentes, como o voto secreto, o voto feminino e a obrigatoriedade do ensino primário, por exemplo.

A Lei Eloy Chaves – Decreto-Lei n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923 – é considerada o ponto de partida para criação da Previdência Social no Brasil. Por meio desse Decreto-Lei foi instituída a proteção à velhice, à invalidez, às doenças, bem como o auxílio à maternidade. Com o Decreto n. 19.433, de 26 de novembro de 1930 foi criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, o Estado passou a orientar e a supervisionar por meio da Previdência Social os recursos e as decisões das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

⁵⁸ Entende-se por seguridade social uma política capaz de fornecer além dos benefícios pecuniários, ações de saúde, higiene, educação, habitação, garantia de emprego e redistribuição de rendas, etc. Por seguro social entende-se a contribuição financeira e mensal que os contribuintes da Previdência Social faz tendo em vista o recebimento de um benefício de aposentadoria ou auxílio-saúde em caso de doença.

Inicialmente, essa lei não estipulava a porcentagem que a CAPs deveria destinar à prestação de serviços médicos aos seus beneficiários. Após sucessivas regulamentações esse Decreto-Lei sofreu importantes modificações, como a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social de 1960.

A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) foi instituída pela Lei n. 3.807 de 26 de agosto de 1960 e regulamentada pelo Decreto n. 48.959A de 19 de setembro de 1960. A regulamentação da LOPS padronizou o sistema assistencial ampliando benefícios e instituindo o auxílio-natalidade, auxílio-doença, auxílio-invalidez, auxílio-funeral, pecúlio, além de fornecer as disposições referentes às áreas de habitação, empréstimos e alimentação, estendendo a assistência para todos aqueles indivíduos que exerciam atividades remuneradas e regulamentadas pelo Estado, com exceção dos servidores da União, Estados, Municípios e Territórios, que estavam sujeitos aos regimes próprios de Previdência. Embora constituíssem uma significativa parcela da população economicamente ativa, contribuindo com os seus esforços para a acumulação de capital, não estavam incluídos por este Decreto os trabalhadores autônomos, os domésticos e os rurais, sendo estes últimos incorporados somente à assistência previdenciária e, por conseguinte, à assistência médica, depois de sancionado o Decreto-Lei nº 564 de 1º de maio de 1969.

Esse processo, portanto, foi efetivado por meio de políticas de assalariamento, de seguridade social, de obrigações de benefícios, de pensões e de assistência médica. Esse processo se deu através do molde denominado de *cidadania regulada*. Conforme Wanderley Guilherme dos Santos,

[...] o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que ademais tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei [...] (SANTOS, 1987, p.68).

A associação entre cidadania e ocupação no Brasil significava um paradoxo: eram cidadãos todos aqueles que detinham uma carteira de trabalho cuja profissão era reconhecida por lei e, portanto, um indivíduo seria cidadão se estivesse incluído no processo produtivo. Seriam pré-cidadãos todos aqueles indivíduos que, apesar de fazer parte do processo produtivo, ocupassem profissões difusas, não regulamentadas por lei.

Segundo Santos (1987, p. 68), a associação entre cidadania e ocupação ampliava os conceitos de marginalidade e de mercado informal, pois nessas categorias estavam incluídas não apenas os desempregados, subempregados e empregados invisíveis, mas todos aqueles

que, de modo similar, por mais regulares e estáveis que estivessem em suas atividades, não tinham a profissão reconhecida por lei.

No caso dos desempregados e dos pobres, ao fazer um levantamento acerca das concepções de exclusão social, Fontes (1996, p.12) chama a atenção para a forma de “inclusão forçada” presente no capitalismo. Para a autora, exclusão refere-se à posição que indivíduos ou grupos sociais ocupam na sociedade. Nesse caso, exclusão diz respeito à ausência da possibilidade de usufruir dos bens socialmente produzidos, dos direitos e/ou privilégios. No entanto, mesmo estando à margem da sociedade, dada a sua condição de explorados e expropriados em decorrência das relações de dominação vigentes no capitalismo, eles estariam incluídos e excluídos ao mesmo tempo. Incluídos devido aos processos de mercantilização e às novas formas de disciplinarização dos trabalhadores, e excluídos devido à pobreza, desemprego, precarização do trabalho e outros fatores.

Em 1966, com a unificação dos institutos previdenciários (IAPC, IAPTEC, IAPI, etc.) em um único órgão (o INPS), o Estado então passou a exercer um papel de destaque garantindo condições de reprodução do capitalismo beneficiando os interesses do núcleo da elite orgânica empresarial e, em contrapartida, desmobilizou a organização e a participação política das classes trabalhadoras, afastando-as dos processos decisórios em torno das demandas sociais.

Para Oliveira e Teixeira (1985, p. 204 et seq.), a Previdência Social unificada, centralizada e identificada agora como o aparato estatal e em consonância com a política econômica, imbuíu-se da “função assistencial e redistributivista”, mesmo que essa redistribuição estivesse limitada ao contingente de trabalhadores que constituíam o esteio de sustentação do orçamento da Previdência e que, além disso, fosse realizada pela poupança compulsória do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), pelo Programa de Integração Social (PIS) e pelo Programa de Patrimônio do Servidor Público (PASEP) em 1970.

Todavia, para Azevedo (*apud* Oliveira e Teixeira 1985, p. 207), apenas com as propostas do Plano Nacional de Saúde foi que se ampliou a cobertura da assistência médica para a quase totalidade da população urbana e para uma parte da população rural. Predominava, assim, a prática médica individual, curativa e assistencialista

Apesar de alguns sanitaristas vinculados ao Ministério da Saúde e à Comissão Permanente para Assuntos de Psiquiatria defenderem uma Medicina e Psiquiatria preventivas, a Política Nacional de Saúde – subordinada à assistência médica previdenciária – preteriu as medidas de saúde coletiva propostas pelo Ministério da Saúde e implantou, por meio do

INPS, uma medicina de cunho individual, assistencialista e possibilitou a criação de um “complexo-médico-industrial” (AZEVEDO *apud* OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985, p. 207-209).

Na consecução desse objetivo, o Estado enquanto financiador adotou o privilegiamento do produtor privado propondo uma privatização radical que dava margem à instalação do regime de livre escolha de contratados e de pagamento de honorários de médicos, casas de saúde e hospitais credenciados. Frente a isso, alguns setores organizados da população discutiam o conceito saúde/doença, as relações no processo de trabalho e também questões ligadas à saúde coletiva. Por outro lado, um setor minoritário do INPS defendia uma Saúde Pública de caráter coletivo e se opunha ao repasse de recursos estatais para a iniciativa privada. Apesar disso, no INPS a posição majoritária era daqueles que defendiam a prática médica individual, curativa e assistencialista.

A preocupação preventivista no âmbito da saúde mental é respaldada pelo I Congresso de Psiquiatria realizado em São Paulo, em 1970, e promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Durante o Congresso foi lançada a *Declaração de Princípios de Saúde Mental*, segundo a qual ficava estabelecido:

- I- Direito e Responsabilidade: A saúde mental é um direito do povo. A assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade;
- II- Integração: A doença mental fazendo parte do ciclo vital da saúde e doença, impõe que os serviços de assistência psiquiátrica modelados às necessidades do indivíduo, se insiram e se integrem na rede de recursos de saúde da comunidade;
- III- Reorganização: A integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais na gênese e na eclosão das doenças mentais, na terapêutica e na recuperação dos doentes mentais, é elemento importante na caracterização das necessidades regionais, na mobilização de recursos e na implantação de serviços;
- IV- Recursos de todos para todos: os recursos técnicos, administrativos e financeiros da saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados de modo a oferecer o uso racional e global a todos os indivíduos e grupos;
- V- Prevenção: os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, e serem orientados no sentido preventivo;
- VI- Conscientização: A educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação, deve ser efetivada no sentido de seu esclarecimento a respeito das doenças mentais e sua assistência;
- VII- Formação de pessoal: programas de recrutamento, formação de pessoal e treinamento de pessoal técnico devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais;
- VIII- Hospital Comunitário: os hospitais devem ser reestruturados no sentido de promover a pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados e um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização;
- IX- Serviços extra-hospitalares: As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar;
- X- Pesquisa: As pesquisas básicas e, sobretudo, as aplicadas fundamentalmente para o contínuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimuladas por todos os meios; (VAISSMAN, 1983, p. 41-42 e PAULIN e TURATO, 1994, p.248-49)

Percebe-se na declaração a preocupação preventivista e a opção pelo modelo de Psiquiatria Comunitária, que deveria ser realizada por uma equipe multidisciplinar, além de instituir mecanismos para a desospitalização e reintegração dos indivíduos com doenças mentais na sociedade.

De acordo com Paulin e Turato (1994, p.249), a preocupação preventivista era cada vez mais nítida em âmbito internacional. Essa concepção era veiculada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde. Em 1972, o representante do Ministério da Saúde Dr. Mário Machado Lemos foi um dos signatários do II Plano Decenal da Saúde para as Américas. Nesse documento, subscrito por vários países latino-americanos, o Brasil se comprometeu com a promoção da saúde coletiva.

Conforme já ressaltado anteriormente, os problemas referentes à saúde mental e ao atendimento psiquiátrico no país na década de 1970 não eram diferentes daqueles da década anterior. Sobre isso, Pauli e Turatto faz a seguinte afirmação:

[...] A situação da assistência psiquiátrica no país, na época apresentava níveis alarmantes: mais de sete mil doentes internados sem cama (leito-chão) e hospitais psiquiátricos sem especialistas. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era seis vezes e meia maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades (PAULIN e TURATTO, 1994, p. 250).

A permanência desses problemas associada à ausência de recursos financeiros, dada a opção privatizante da política previdenciária, levou à criação no final da década de 1960, no Estado da Guanabara, de uma Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos do Estado da Guanabara (CPAP-GB), coordenada por Luiz Cerqueira. Essa Comissão elaborou uma minuciosa análise dos problemas, constatando que na assistência psiquiátrica local, o setor ambulatorial funcionava de “modo deturpado”, pois o seu papel consistia em encaminhar laudos para a internação nos hospitais psiquiátricos, tornando-os únicos locais para a realização da prática terapêutica eficaz (PAULI e TURATO, 1994, p.250).

O trabalho da Comissão repercutiu de maneira expressiva no campo político. Alguns anos mais tarde, essa Comissão foi convidada pela Secretaria de Assistência Médica do INPS para propor uma reformulação da assistência psiquiátrica em âmbito nacional. Esse trabalho resultou no *Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica*, aprovado em 19 de julho de 1973. No programa do Manual constava a oferta de atendimento psiquiátrico em diversas modalidades como: ambulatório, emergência, semi-internação, internação integral, enfermaria psiquiátrica em hospital geral, pensão ou lar protegido, com ênfase na assistência extra-hospitalar. Ao especificar essas modalidades, Cerqueira e a Comissão de profissionais

acreditavam que estivessem ajudando a controlar o número de internações e, assim, a racionalizar as despesas referentes às internações desnecessárias.

Contudo, entre o discurso e a prática houve uma distância muito grande. Segundo Cerqueira (1989, p. 224), as intenções contidas no Manual – principalmente aquelas que propunham uma maior participação popular tanto no redimensionamento do acesso da população aos meios da saúde como nas medidas relativas à introdução da Psiquiatria Social ou Comunitária – foram “sabotadas desde o seu primeiro dia” porque chocavam principalmente com os interesses dos donos das empresas de hospitais e daqueles segurados que apoiavam aquele tipo de auxílio.

O modelo preventivista contido no Manual inspirou o Ministério da Saúde a sancionar a Portaria n. 32 de 24 de janeiro de 1974. A Portaria n. 32, emitida por Mário Machado Lemos, ministro da Saúde, reconhecia que as atividades relacionadas à proteção e à defesa da saúde mental eram insatisfatórias tanto qualitativamente quanto quantitativamente, e por este motivo, fazia-se necessária a organização sistêmica dos serviços de Psiquiatria e de saúde mental. Também reconhecia a necessidade de mais recursos assistenciais para satisfazer as demandas existentes e, com isso, eliminar as distorções acarretadas pela criação de um grande número de leitos que ocasionava a elevação dos custos e reduzia o número de assistidos.

Na Portaria n.32 há ainda referência às questões que poderiam interferir na saúde mental, provocando desordens emocionais, tensões e conflitos decorrentes, por exemplo, dos processos de mudança e adaptação à sociedade, que resultariam em alcoolismo, dependência em drogas, delinquência juvenil, perturbações emocionais, neuroses e outros problemas que poderiam ser minimizados tendo em vista o atual estágio científico e tecnológico da sociedade.

O Ministério da Saúde, em cooperação com os estados e municípios, deveria adotar medidas de ordem técnica, administrativa e operacional para o desenvolvimento de programas e prestação de serviços psiquiátricos mediante convênios. Deveria também, organizar sob a forma de sistema, as atividades no campo da saúde mental, estruturando-as em nível regional e local, racionalizando-as e proporcionando uma cobertura completa à população, inclusive à população rural.

Inspirada nos princípios de Psiquiatria Comunitária adotada nos Estados Unidos, as normas da Portaria propunham a prevenção primária (profilaxia), a prevenção secundária (diagnóstico e tratamento) e a prevenção terciária (reabilitação). Dessa forma, a prevenção primária e de assistência prestada nos serviços psiquiátricos deveriam ser incorporadas aos

serviços básicos de saúde, com vistas a alcançar uma cobertura correspondente a 60% da população brasileira.

Em relação à assistência, o documento propunha a criação de unidades de saúde mental, em cidades com mais de 100.000 habitantes. A assistência se desenvolveria de forma integrada aos serviços de saúde e com a participação ativa das comunidades. Os leitos deveriam ser ofertados na proporção de 1 para cada 100 habitantes na zona urbana e 1 para cada 200 na zona rural. A prioridade legitimada na Portaria foi o tratamento ambulatorial e a hospitalização curta, preferencialmente em hospitais gerais, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis da sociedade.

Com relação aos recursos humanos e sua capacitação científica, o documento trazia uma preocupação com a capacitação do pessoal em nível local e regional. Afirmava que tal capacitação deveria acontecer pelo aprendizado de modernas técnicas de prevenção e reabilitação. Associado a essas preocupações, parte dos psiquiatras e dos tecnoburocratas da DINSAM passaram a estimular atividades de pesquisa visando ajustar as propostas contidas na Portaria à política econômica configurada pelo I PND.

O período de 1974 a 1977 caracterizou-se pela modernização dos serviços de assistência médica, com a contratação dos estabelecimentos privados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Apesar da conjuntura econômica recessiva decorrente do esgotamento do *milagre brasileiro*, a partir de 1974 efetivou-se o desenvolvimento do complexo médico-industrial.

Segundo Vaissman (1983, p.26), nesse momento, surgia a necessidade de elaborar um projeto de racionalização e de modernização do aparelho estatal. Essa racionalização expressou, de um lado, um caráter puramente administrativo, de outro, traduziu-se em um discurso que deu uma maior ênfase à extensão da cobertura, por meio de serviços básicos e da regionalização dos serviços de saúde.

Pela Portaria n. 39 de 5 de outubro de 1974 instituiu-se o *Plano de Pronta Ação* (PPA) cujo objetivo era o de tornar os serviços de saúde mais acessíveis aos beneficiários da Previdência Social, por meio da desburocratização do atendimento das emergências dos segurados da Previdência e de seus dependentes. Para Luz (1986, p.142-43), ao contrário dos pressupostos presentes da Portaria n. 32, cuja meta era atingir 60% da população, os princípios dispostos no PPA obtiveram maior abrangência, fornecendo uma cobertura a cerca de 80% da população urbana.

Nesse período também foi criado o Sistema Nacional de Saúde, pela Lei 6.229 de 17 de julho de 1975. Na organização do SNS optou-se por uma “formulação sistêmica,

pluriinstitucional, não monopolista para as ações de saúde no país, definindo atribuições e ressaltando a importância da Política Nacional de Saúde como ideário explícito conceitualmente unificador das referidas ações” (AZEVEDO *apud* OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985, p. 256).

Entretanto, o governo federal tentou fugir da definição de prioridades na qual ficava patente a necessidade da intervenção do Estado na definição da política e na articulação do Sistema, apesar dos interesses do setor privado. No texto da Lei é possível observar a ambigüidade entre a proposta de uma prática médica coletiva e a permanência do modelo hegemônico da medicina individual e curativa, que concentraria a prestação de serviços nas mãos de particulares, inviabilizando a operacionalização do sistema. Assim, o que se constata na Lei é uma tentativa ainda tímida de abertura para as propostas de Saúde Pública, mas sem ameaçar a opção pela prática médica individual e curativa, bem como os interesses do setor privado.

A criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) era uma tentativa de *racionalizar* o setor de saúde, estabelecendo quais as competências do Ministério da Saúde e as do Ministério da Previdência e Assistência Social. Com isso, os indivíduos segurados receberiam atendimento médico pelo sistema previdenciário e os não-segurados, desempregados e pauperizados deveriam obter uma *inclusão forçada* ao usufruto dos bens produzidos socialmente, recebendo um atendimento não-previdenciário, proveniente do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde, das secretarias ou dos departamentos municipais, cujas receitas eram inferiores às do sistema previdenciário.

O sistema de atendimento dos segurados e não-segurados previdenciários era diferenciado. Os segurados da Previdência tinham direito a uma rede hospitalar e ambulatorial com acesso às modalidades de prevenção primária, secundária e terciária. Aos não-segurados estava reservada uma rede ambulatorial e um atendimento hospitalar incipientes, incapazes de atender à demanda existente.

A tendência de universalização do direito à saúde surge na década de 1940 como consequência do *Welfare State* europeu em diferentes países e divulgado principalmente pelas organizações internacionais. A partir dessa época, especialmente durante o período do governo empresarial-militar, o Estado, então pressionado pelos órgãos internacionais, tentou expandir as garantias de seguridade social. A Previdência Social é um apanágio que, ao estender à população segurada o direito a todos os serviços de saúde, mascara o autoritarismo político no país, bem como a participação política de alguns segmentos da sociedade brasileira nesse órgão.

Uma maior participação da comunidade foi defendida na VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977, ocasião em que foi lançado o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM) do Ministério da Saúde. Segundo Paulin e Turato (1994, p.253), nesse documento percebe-se novamente a tentativa de restabelecer os princípios da Psiquiatria Comunitária. Por meio da qualificação profissional do pessoal da saúde buscava-se preparar os médicos generalistas e os auxiliares de saúde para atender aos indivíduos com distúrbios psiquiátricos, nos centros de saúde. Conforme salientam os autores, o PISAM teve um relativo sucesso nas regiões Norte e Nordeste, porém o mesmo não aconteceu nas demais regiões do país, pois o programa “não atingiu a população de egressos de internações psiquiátricas, ou pacientes crônicos que necessitavam de outra abordagem terapêutica”. Assim, o PISAM foi desativado depois de receber duras críticas do setor privado que contribuíram para que o governo diminuísse as verbas destinadas ao Plano.

Pela Lei 6.439 de 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), órgão responsável pela política previdenciária, pela concessão e manutenção dos benefícios e prestação de serviços, pelo custeio das atividades e programas, e, pela supervisão das autarquias e entidades a ele vinculadas. Esse órgão exemplifica a política centralizadora do Estado, bem como a filosofia de racionalização e de modernização do aparelho estatal levada a cabo pelo governo vigente.

A criação do SINPAS pode ser compreendida como um processo de institucionalização iniciado com a criação do Ministério da Previdência e Ação Social, bem como uma tendência à universalização e à adoção do modelo de seguridade em relação à assistência médica. A partir do princípio de universalização da seguridade social, o SINPAS tentou desvincular paulatinamente o atendimento médico da condição de segurado, muito embora não conseguisse eliminar a situação financeira da Previdência cuja base de sustentação era e continua sendo o segurado. Sobre esta questão, assim expressou o Ministro da pasta do MPAS, Reinhold Stephanes:

[...] a Previdência continuará a caminhar para a universalização ou a seguridade social, evoluindo em cobertura e abrangência, onde toda a população estará assistida em suas necessidades fundamentais. No seguro social, está no sistema quem contribui. Na seguridade entra no sistema quem necessita (...). Os benefícios pecuniários estarão sempre sujeitos às taxas de riscos com limitações e compromissos definidos. Os serviços não estão sujeitos aos mesmos critérios, devendo ser entendidos como compromisso da sociedade como um todo, onde uns indivíduos financiem os outros, diluindo-se o custo individual. (STEPHANES *apud* OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985, p. 259)

Apesar das expressivas palavras do então Ministro Stephanes, constatou-se uma crise econômico-financeira no sistema previdenciário em decorrência do seu modelo de “assistência médica e do sistema de arrecadação e aplicação de recursos” (VAISSMAN, 1983, p. 30).

O modelo de assistência médica adotado pela Previdência favoreceu o crescimento das empresas hospitalares. Esse modelo privilegiava a crescente hospitalização e a utilização de procedimentos médicos tidos como desnecessários, onerando ainda mais os gastos do INAMPS. Contudo, em 1976, a suspensão de credenciamentos de novas empresas gerou protestos de entidades hospitalares ligadas à Federação Brasileira dos Hospitais, expondo os limites do poder de compra de serviços pelo INAMPS. O agravamento da situação financeira inviabilizou o pagamento por unidade de serviços médicos, com isso, incentivou a política de convênios evitando o ônus com os atendimentos e as internações, reduzindo o custo da prestação de serviços.

Quanto ao sistema de arrecadação e de aplicação de recursos, pode-se dizer que diversos fatores concorreram para a crise da Previdência. Um deles diz respeito à dívida acumulada junto ao sistema bancário, sobre a qual eram cobrados juros exorbitantes. Também contribuiu para a crise a prática de vários governos de utilizar os recursos financeiros da Previdência Social, desviando-os para outras áreas de interesse econômico e/ou político e proporcionando a descapitalização da Previdência. Além disso, a racionalização administrativa e a incorporação de novas receitas não levaram em conta a recessão econômica do país, o desemprego ou a queda de salários dos trabalhadores que impactaram sobre a receita previdenciária que dependia da contribuição compulsória sobre o salário dos trabalhadores.

Cabe lembrar que essa crise era percebida e criticada pelos “novos movimentos sociais” que se envolviam com problemas de moradia, infra-estrutura urbana, educação, assistência médica e também com questões ligadas ao mundo do trabalho (SADER, 1998). Também o complexo saúde/doença passou a ser objeto de questionamento dos setores organizados da sociedade que colocavam em cheque o Estado autoritário e buscavam a ampliação da cidadania.

Segundo Lacaz (1994, p. 41-2), face à crise da Previdência pública no final dos anos de 1970 os movimentos sociais se articularam internamente numa organização “supra-partidária e intersindical” e, externamente, por meio de “uma aliança com setores intelectuais médios criando um organismo que passou a desenvolver o papel de verdadeiro ‘intelectual

orgânico' ”. O objetivo dessa articulação era a defesa de uma saúde coletiva e pública, além da implementação das políticas de saúde reivindicadas pelo movimento sanitaria.

As ações políticas de entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) foram sintetizadas nas teses de Sérgio Arouca, que defendia uma prática teórica, ou seja, a construção de saberes, a prática ideológica representada pela transformação da consciência política construída pelo “dilema preventivista” e a prática política que objetivava a transformação das relações sociais (PAIM, 2003, p.151 et seq.).

Com o objetivo de democratizar a Saúde Pública, no ano de 1979, essas entidades apresentaram à Câmara dos Deputados uma proposta visando à criação do Sistema Único de Saúde – SUS e um projeto de Reforma Sanitária. Na perspectiva de Escorel e Bloch (2005, p.97), essas propostas ganharam força alguns anos mais tarde na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Muitas das proposições contidas no relatório final dessa Conferência seriam debatidas e aperfeiçoadas pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária para serem incorporadas no *Capítulo da Saúde da Constituição Federal de 1988*.

Observa-se, logo, que as tendências de universalização da assistência social foram gradativamente construindo um projeto em que novos agentes sociais (médicos sanitaristas, psiquiatras, outros segmentos ligados aos movimentos sociais) reivindicariam e trabalhariam juntamente ao Ministério da Saúde para a implantação de um programa de saúde coletiva. Essa iniciativa foi resultado do desenvolvimento de recursos humanos e também da produção de projetos e estudos cujos objetivos visariam às mudanças das práticas e das concepções/conhecimentos em saúde e saúde mental numa vinculação mais consistente com a sociedade, possibilitando a emergência de uma Medicina e Psiquiatria preventivas. Apesar disso, o INAMPS, que congregava interesses diversos de grupos econômicos, sustentava como modelo hegemônico a assistência médica individual, curativa e assistencialista. Assim sendo, o INPS/INAMPS pressionado pela Federação Brasileira de Hospitais conseguiu manter o modelo de hospitalização praticado e os convênios com o setor privado, dificultando, conseqüentemente, que a DINSAM implementasse novas concepções e práticas como a Psiquiatria Social ou Comunitária. Assim, a compra de serviços pelo INPS/INAMPS e adoção de uma racionalização sistêmica planejada pela reforma do Estado influiria na orientação das políticas públicas do setor de saúde da Secretaria Estadual de Saúde e das Fundações em Minas Gerais, como será visto a seguir.

2.5 As Fundações em Minas

Com o Decreto-Lei n. 200 de 1967 o governo federal instituiu uma grande reforma administrativa que conferiu um papel social aos Ministérios da Saúde e Ministério do Trabalho e Previdência Social entre outros. O Decreto-Lei lançou as bases para a definição dos papéis das autarquias, das empresas e fundações públicas, e das sociedades de economia mistas no que se refere às atividades típicas da administração pública e, assim, redefiniu a área de competência do Ministério da Saúde. Com a reforma, o Ministério do Trabalho e Previdência Social ficou encarregado de exercer a política previdenciária e de assistência social no setor da saúde.

Como resultante da Reforma Administrativa proposta pelo Estado brasileiro, o Ministério da Saúde ficou responsável por formular e coordenar a política nacional de saúde, com o objetivo de uma maior produtividade, e de proporcionar a efetiva assistência médico-social de modo a integrar as atividades médico-sociais desempenhadas tanto pelos órgãos federais, quanto pelos órgãos estaduais e municipais, conforme expresso no Art. 156 do Decreto-Lei n. 200.

Em consonância com o governo federal, que buscava uma maior centralização de suas ações e decisões políticas, o governo de Minas viu-se obrigado a reformar as instituições do setor público. A criação da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica em Minas Gerais (FEAP) data de 25 de setembro de 1968, conforme Lei n.4.953. Essa Fundação congregava os seguintes hospitais psiquiátricos: Hospital Galba Velloso (HGV), Instituto Raul Soares (IRS), Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (HNPI), Hospital Colônia de Barbacena (HCB) e o Hospital Carlos Pinheiro Chagas, conhecido como Hospital Colônia de Oliveira (HCO).

No tocante às práticas realizadas em cada hospital psiquiátrico, a direção de cada unidade hospitalar deveria envidar esforços para que a instituição funcionasse dentro dos objetivos para os quais fora criada, ou seja, para administrar o óbvio: “hospitais de agudos, dando assistência a casos agudos, hospitais de crônicos a casos crônicos; criação de unidades de pensionistas em hospitais de agudos e reestruturação de unidades de pensionistas em hospitais de crônicos”, conforme determinava a Lei n.4.953 de 1968. Contudo, no documento não ficava expresso uma classificação mais elaborada de quais afecções mentais e/ou neurológicas seriam tipificadas como doenças crônicas ou agudas.

Cada hospital da Fundação tinha um Diretor Clínico escolhido pelo Conselho Diretor e um Superintendente Administrativo escolhido pelo Presidente da Fundação, de preferência um médico especializado em administração hospitalar, o que era uma raridade. O Diretor e o

Superintendente tinham um mandato de três anos, conforme determinação do Regulamento da Lei n. 5.207 de 1969.

Em 1969, a FEAP inicia suas atividades visando alcançar os seguintes objetivos: racionalizar o trabalho, procurando organizar os hospitais dentro de técnicas mais modernas de administração hospitalar; fazer um levantamento sócio-econômico de pacientes e de seus familiares; promover convênios com os Institutos de Previdência, organismos paraestatais e Prefeitura de municípios; realizar convênios com hospitais gerais, laboratórios e bancos de sangue; divulgar e sensibilizar a comunidade, órgãos públicos e o meio médico psiquiátrico para a tomada de decisões.

Entretanto, para muitos especialistas da instituição, a gestão da FEAP (Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica em Minas Gerais) ficou restrita somente às intenções. Apesar disso, algumas de suas propostas iriam servir de fundamentos para a implantação da Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica, que também seria denominada de FEAP, e da Fundação Hospitalar Psiquiátrica do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

Alguns anos depois, durante o governo de Rondon Pacheco (1971-1975), foi criada a Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica (FEAP) instituída pela Lei n. 5.804 de 13 de dezembro de 1971 que definiu sua competência, atribuição e função. Já os estatutos ou regimentos dos hospitais psiquiátricos, se fizeram de acordo com a reforma administrativa do Estado realizada pelo *Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social*.

O *Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social* (1972-1976, p. 6 et seq.) consistiu em uma reforma administrativa do Serviço Público estruturada a partir de três sistemas operacionais: sistemas globais, sistemas centrais e sistemas setoriais. Nos sistemas globais estavam vinculados a Secretaria da Fazenda e o Centro Econômico de Desenvolvimento. O objetivo dos sistemas globais era macro-econômico e de atendimento às questões relativas à política de desenvolvimento e de financiamento do setor público. Os sistemas centrais compreendiam aquelas atividades que desde a sua origem caracterizavam a ação estatal no âmbito da política, da segurança, da justiça e da administração propriamente dita. Enquanto isso os sistemas setoriais respondiam aos setores de produção de bens e prestação de serviços e estavam estruturados como órgão coordenador ligado à administração direta.

As orientações básicas da política estadual setorial de saúde tinham como objetivos elevar o nível de saúde da população, melhorando o seu bem-estar social e ampliando a capacidade produtiva dos cidadãos. O Plano determinou a implantação de um *Sistema Operacional Estadual de Planejamento* (SOSP) que seria responsável pela reunião de órgãos

e entidades afins integrados por vinculação ou cooperação, sem prejuízo da respectiva natureza jurídica, visando à consecução de objetivos e metas governamentais interdependentes. Conforme determinação do Decreto n. 14.446 de 13 de abril de 1972, o Sistema Operacional tinha por finalidade evitar a duplicidade e paralelismo de papéis, bem como envidar esforços no sentido de que os programas setoriais atingissem as metas do *Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social* (MINAS GERAIS, 1972-1976), com a conseqüente redução dos custos operacionais nas instituições.

Na operacionalização do sistema setorial de saúde, os programas estavam articulados por uma administração regional de modo a assegurar a infra-estrutura administrativa necessária à ação planejada, mediante a descentralização administrativa e financeira. Cabia ainda a essa administração implantar e consolidar os Centros Regionais de Saúde já existentes; elevar a qualificação do pessoal por meio de treinamento; prover a rede de unidades sanitárias e ampliar as unidades auxiliares de saúde no atendimento à população rural e, assim, ampliar a cobertura da rede serviços de saúde.

No *Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social* estavam definidos os programas prioritários que governo deveria desenvolver: o programa de controle de doenças transmissíveis, programa de proteção à maternidade e à criança, programa de educação de saúde nas escolas, além de outros programas de assistência médica que visavam aumentar a eficiência e a cobertura dos serviços assistenciais e dos programas de saúde mental, cujo objetivo era maximizar a eficiência dos serviços supervisionados pela Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica.

Com relação à FEAP, sabe-se que ela implementou importantes medidas em 1972, destacando-se a ênfase na natureza assistencial e educacional a partir da assinatura de convênios entre a FEAP, a União, entidades estaduais e municípios; a presença de uma política de contenção rigorosa de despesas; a implantação de um sistema de custos hospitalares para determinar o custo do paciente/dia. Também foi criada a Assessoria de Planejamento e Coordenação (APC) responsável pelo estudo e estabelecimento dos programas assistenciais e visando à implantação de uma estrutura organizacional racional e impessoal na FEAP.

A FEAP fixava, pois, as diretrizes assistenciais psiquiátricas para todo o estado de Minas Gerais, além das diretrizes da política estadual de assistência. Essas diretrizes tinham como base a *Declaração de Princípios de Saúde Mental* do Ministério de Saúde que previa, dentre outras medidas, uma unidade de comando para a coordenação dos serviços de saúde; a integração programática em nível local, estadual e federal; a participação comunitária;

cuidados progressivos com o paciente; o controle de egressos e a descentralização do atendimento.

A FEAP também impôs uma maior dinamização ao ensino e à pesquisa pelo estabelecimento de normas para a pesquisa, a regulamentação da residência em Psiquiatria e o incentivo à contratação de acadêmicos de outras áreas profissionais, formando, assim, uma equipe interdisciplinar para atuar no tratamento do doente mental. Competia ainda à FEAP implantar uma Unidade de Psicopedagogia destinada à terapia de crianças com distúrbios específicos de aprendizagem.

Também foi desenvolvido por essa Fundação um programa de controle dos egressos da área piloto do Vale do Jequitinhonha. Esse programa era subvencionado por verbas do Ministério da Saúde através do Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM). Conforme Garcia (*apud* Escorel et al., 2005, p. 64), esse programa estabelecido em 1977 visava aplicar os princípios da Medicina Comunitária nos centros de saúde, além de propiciar a qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde e ainda estimular nos estudantes envolvidos no programa uma visão extra-muro e extra-hospitalar do tratamento psiquiátrico. A FEAP também investiu na divulgação de trabalhos e artigos científicos na *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*, propiciou o intercâmbio de informações com a participação de funcionários em congressos, seminários e reuniões no país e/ou no estrangeiro, conforme estabelecia a Portaria n. 22 de 1973.

Conforme evidenciado nas Portarias n. 22 e n. 32 de 1973, as atividades de ensino e pesquisa foram reconhecidas e incentivadas a partir da dinamização da residência em Psiquiatria no Instituto Galba Velloso e da reabertura do ambulatório nesse mesmo hospital primordialmente destinado ao ensino. As Portarias autorizaram a atividade de pesquisa com a realização de “ensaios farmacológicos” em pacientes psiquiátricos da FEAP, com a condição de que os laboratórios interessados nas pesquisas deveriam ressarcir as despesas obtidas com as mesmas. Os laboratórios também deveriam compensar “os gastos com exames clínicos e complementares e tratamento necessário à pesquisa ao preço da tabela do INPS” conforme o estabelecido nas Portarias n. 22 e 32 de 1973. Apesar da Fundação se vincular à Secretaria Estadual de Saúde e esta ao Ministério da Saúde, a administração dos contratos se dava com base nos critérios adotados pelo Ministério do Trabalho e Previdência Social.

O Regulamento da FEAP aprovado em 30 de maio de 1973 instituiu uma nova estrutura organizacional para essa Fundação. Segundo o documento, tratava-se de uma organização do “tipo rasa” entre os diversos níveis hierárquicos, facilitando a integração dos fluxos burocráticos e garantindo a adaptação desses para cada situação nova apresentada, bem

como permitindo a possibilidade de delegação de competências a fim de liberar os níveis decisórios das tarefas executivas, sem perda de unidade de comando. A definição de competências, feita de maneira bem ampla e genérica, sem especificar detalhes, permitiria a funcionalidade administrativa e a determinação das normas e roteiros de funcionamento mediante ordens de serviços, buscando assim o aumento da eficiência e a redução dos custos operacionais das instituições.

Algumas ações assistenciais foram fixadas pela FEAP em cumprimento do plano de metas elaborado pelo SOSP. Uma dessas ações consistia em descentralizar os atendimentos e internações para não sobrecarregar ainda mais a rede dos hospitais psiquiátricos da FEAP que já se encontravam superlotados. Com esse objetivo os casos psiquiátricos passaram a ser atendidos nos hospitais/dia das cidades de Juiz de Fora, Montes Claros e Varginha, bem como foi planejada a construção de diversas unidades de hospital/dia em cada região sócio-econômica do estado mineiro. Essa descentralização da assistência psiquiátrica fundamenta-se em questões de ordem financeira, ou seja, pretendia-se minimizar os custos para o erário público ocasionados pelos longos períodos de internação, adotando para isso, uma desospitalização gradativa e fixando os atendimentos aos pacientes em sua própria comunidade, nos ambulatorios e/ou centros de saúde, em hospital/dia e hospital/noite.

A FEAP passou a desenvolver atividades educativas junto aos moradores das cidades situadas na região metropolitana de Belo Horizonte, particularmente por meio da promoção de campanhas e seminários para os indivíduos pertencentes a determinados grupos de risco (alcoólatras, neuróticos e psicóticos, etc.). Lembrando os antigos programas e campanhas que remetiam às preocupações com a higiene mental e a eugenia, a FEAP tentou realizar programas de ação preventiva de saúde mental e alcoolismo criando uma unidade de tratamento diferenciado nos hospitais. Com mecanismos de atuação mais sutis porém com roupagens mais elaboradas e sofisticadas dentro dos preceitos científicos, a FEAP passou a intervir de modo a promover mudanças de hábitos nas escolas, nos asilos, nas atividades de trabalho e na sociedade a fim de modificar os fatores de predisposição à doença. Por meio desses programas de intervenção preventivista, pensava-se eliminar aqueles fatores presentes nas periferias da cidade que poderiam constituir-se em situações de risco e assim, deteriorar ou provocar o adoecimento naqueles indivíduos vulneráveis por serem moradores desses locais.

Visando à contenção das despesas e à operacionalização racional dos recursos, a FEAP desativou em janeiro de 1974 o Hospital Colônia de Oliveira, transferindo os internos para um pavilhão de neuropsiquiatria infantil no Centro Hospitalar Psiquiátrico em Barbacena

(CHP). Apenas o Hospital de Neuropsiquiatria Infantil (HNPI) destinado à assistência psiquiátrica de crianças e adolescentes continuou funcionando em Belo Horizonte.

Segundo Ribeiro (2002, p.1-2), foram transferidos 119 pacientes, nas faixas etárias de 5 a 25 anos de idade, sendo que “sete destes pacientes não chegaram à instituição ou não foi possível localizar suas fichas”. Esses internos que passaram para a tutela do CHP manifestavam lesões neuropsiquiátricas de moderada a grave, além de “polinfestação por vermes e anemia de leve a grave, [sendo que] muitos deles apresentavam diarreia crônica com ou sem desnutrição”, o que comprometia o estado geral dos mesmos. A associação dessas doenças “foram fatores decisivos para a morte precoce naquelas faixas etárias”, sendo que “57 deles faleceram”, porém não fica precisado quando ocorreram essas mortes.

O Hospital Galba Velloso, o Instituto Raul Soares e o Centro Hospitalar Psiquiátrico em Barbacena eram as instituições de atendimento e tratamento de pacientes psiquiátricos vinculadas à FEAP. Com base no Regulamento de 30 de maio de 1973 foram elaborados os regimentos desses três hospitais, determinando seus objetivos, estabelecendo a sua estrutura e funcionamento e viabilizando uma política de pessoal, com normas, critérios de avaliação funcional, manual do funcionário e um plano sistemático de cargos e salários.

No que se refere à política hospitalar, os regimentos dos hospitais explicitavam os princípios e diretrizes que deveriam reger todos os hospitais da FEAP. Sem especificar o termo, todos eles deveriam orientar-se “filosoficamente por uma política assistencial” desenvolvida pela Superintendência Hospitalar e administrada pelo comando único do Diretor do Hospital, geralmente escolhido pelo Superintendente da FEAP.

O conceito de medicina integral foi adotado pela assistência psiquiátrica que deveria prestar atendimento numa abordagem bio-psicossocial, na qual o paciente era entendido em sua totalidade e atendido por uma equipe multidisciplinar (médicos generalistas, psiquiatras, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnicos administrativos, etc.). Essa nova postura de atendimento e acompanhamento envolvia desde a recepção, consultórios médicos, terapias e internação hospitalar, objetivando, com isso, um trabalho integrado com a comunidade e seus recursos no sentido de promover a recuperação e reabilitação do indivíduo. Os Hospitais da FEAP deviam, portanto, articular-se aos demais serviços de saúde, em nível local a regional, evitando, assim, a duplicação desnecessária de serviços paralelos e elevando o grau de utilização e de otimização de seus recursos.

Para que o atendimento se realizasse de maneira mais efetiva, os regimentos dos hospitais normatizaram a participação e o envolvimento progressivo da comunidade, ficando implícitos nessas determinações os princípios da Psiquiatria Comunitária. No atendimento aos

pacientes algumas etapas deviam ser observadas através da “programação funcional” que adotava o “conceito de cuidado progressivo” em todos os serviços de assistência, incluindo: atendimento ambulatorial; atendimento hospitalar de curto prazo através do Pronto Socorro psiquiátrico da rede ambulatorial descentralizada, do hospital/dia e hospital/noite; atendimento hospitalar de médio prazo (hospitais de agudos); atendimento hospitalar de longo prazo (hospitais de crônicos); controle sistemático de egressos, recorrendo-se aos ambulatórios e rede de todo o Sistema de Saúde.

Os regimentos dos Hospitais psiquiátricos da rede FEAP dispunham que, a assistência psiquiátrica seria prestada por uma equipe interdisciplinar. Essa equipe deveria se orientar dentro de uma organização programática de atividades visando eliminar a subutilização dos recursos materiais e humanos, permitindo a redução dos custos operacionais e revertendo os benefícios daí advindos à própria clientela alvo. Para que a integração programática das atividades assistenciais e de pesquisa dos hospitais da FEAP se consolidasse, a Fundação deveria elaborar um planejamento de saúde da comunidade tendo em vista as prioridades locais e regionais de saúde mental de acordo com a linha básica do Programa Nacional de Saúde Mental elaborado pela DINSAM vinculada ao Ministério da Saúde.

As estruturas orgânicas dos hospitais da FEAP eram semelhantes entre si. Na estrutura de todos eles podia encontrar as seguintes seções: Direção; Centro de Estudos; Unidade Ambulatorial com Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento; SAME; Unidade de Internação; Serviço de Enfermagem; Divisão Administrativa composta pelos Serviços de Material e Manutenção; Nutrição e Dietética e de Expediente.

A grande inovação da FEAP consistia na organização do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) nas unidades hospitalares, pois, até então, inexistia uma infra-estrutura mínima para o seu funcionamento. O serviço de arquivamento dos hospitais surgiu da prática diária e o seu desenvolvimento estava relacionado ao interesse dos funcionários e de alguns diretores que passaram a considerar essa seção necessária. Segundo Azevedo, havia resistências nos estabelecimentos hospitalares para a introdução desse serviço. Assim, “não simpatizando com a sigla ‘SAME’ e julgando tratar-se de um nome próprio, sugeriram [não se sabe se algum diretor ou funcionário] que a mesma fosse trocada pelo nome de uma pessoa ilustre” (AZEVEDO, s.d., p. 2, mimeo).

Na implantação do SAME foram coletados e analisados cerca de 19.000 prontuários⁵⁹ psiquiátricos para conhecer o meio psiquiátrico no estado de Minas. Logo a seguir, definiu-se

⁵⁹ Verificando o Arquivo Morto do CHPB observa-se nos prontuários dos internos que, durante os anos de 1971 e 1972, os pacientes do CHP foram registrados no SAME da instituição. Em cada ficha de registro, os internos

a função de cada funcionário nessa seção. Estipulou-se que, mensalmente, seria feito e enviado para o SAME Central um Boletim Estatístico constando o número de entrada de novos pacientes, sexo, cor, faixa etária, alta por melhoria do quadro psiquiátrico do paciente, número de evasões e número de mortes.

Conforme atesta Azevedo (s.d., p.20, mimeo), tal como previa a burocracia estatal, a implantação do SAME na FEAP permitiu o desenvolvimento do centro de custos, a elaboração de uma estatística a partir da determinação dos diagnósticos das doenças mentais e, ainda, possibilitou a racionalização e o planejamento da assistência psiquiátrica pública distribuída em diversas localidades de Minas Gerais. A partir do SAME, a implementação dessas seções também serviu de suporte às pesquisas científicas e aos projetos montados por diferentes equipes da FEAP.

Ao observar as finalidades de cada unidade psiquiátrica é que se evidenciam as especificidades de cada uma delas. O Hospital Galba Velloso, com capacidade de 350 leitos, tinha e ainda tem por finalidade atender a adultos de ambos os sexos, portadores de distúrbios psiquiátricos agudos, em regime de internação paciente/dia e paciente/noite, e tratamento externo, mediante convênios com entidades públicas e particulares. Nos ambulatórios do HGV eram realizadas as triagens de pacientes vinculados ao INPS e a outras entidades conveniadas com a FEAP. Após exames os pacientes eram selecionados e encaminhados, quer para a unidade de internação, quer para outros hospitais, ou era orientado para o tipo de recurso que deveriam recorrer conforme a especificidade do seu caso.

Considerando a melhor utilização da capacidade hospitalar instalada e no cumprimento de seus objetivos, a unidade⁶⁰ de tratamento do HGV teria as seguintes competências básicas: atender, após registro, aos pacientes particulares e segurados de órgãos conveniados com a FEAP, portadores de distúrbios psiquiátricos agudos; promover condições para que o atendimento seja feito dentro dos padrões da Psiquiatria Integral, isto é, o considerando o indivíduo como ser social e a doença como fenômeno multicausal, conforme expresso no Art. 8 do Regimento do Hospital Galba Velloso. Os pacientes receberiam uma melhoria no padrão de atendimento mediante uma efetiva ação dessa equipe multidisciplinar que auxiliaria no seu diagnóstico e tratamento. Todo o serviço desenvolvido pela equipe multidisciplinar devia ser coordenado e supervisionado por um psiquiatra.

receberam um número de inscrição, identificação com os dados pessoais além de ser introduzida uma fotografia 3x4 em cada ficha individual. Mesmo aqueles pacientes mais combalidos por algum tipo de doença foram fotografados e tiveram seus rostos sustentados com ajuda de funcionários, o que pode ser comprovado pelas fotos anexadas nas papeletas dos prontuários dos internos.

⁶⁰Nas diversas fontes encontradas, o termo *unidade hospitalar* é variável. Pode se referir a um hospital, departamento do hospital, seção, pavilhão ou enfermaria.

Com capacidade para 359 internos, o Instituto Raul Soares tinha por finalidade atender a adultos de ambos os sexos, portadores de distúrbios psiquiátricos agudos, residentes na capital e no interior do estado. O IRS mantinha uma unidade ambulatorial cujo objetivo era a promoção, proteção, recuperação e a reabilitação da saúde mental, servindo como elo entre as unidades de internação e a comunidade. Para tanto deveria promover a saúde mental utilizando todos os meios para a determinação do diagnóstico psiquiátrico além de promover o tratamento preventivo da doença mental.

A triagem deveria ser feita nos pacientes selecionando-os e encaminhando-os para o tratamento ambulatorial ou para internação. O tratamento ambulatorial consistia em prestar assistência integral, em regime de ambulatório, aos pacientes portadores de casos psiquiátricos que podiam receber tratamento em casos de emergência. Além disso, objetivava também promover e executar o controle de egressos mediante entrosamento deles com a família e a comunidade. Em casos de internação, os pacientes deveriam ser encaminhados para a unidade de pré-internação e, caso necessitassem, eram destinados dessa modalidade para as unidades de internação. Se não fosse necessária a internação, a equipe de profissionais deveria orientá-los quanto aos recursos comunitários aos quais poderiam recorrer caso fossem egressos.

As dependências do IRS dispunham de uma unidade de internação para assistir em regime de hospitalização, pacientes portadores de casos psiquiátricos agudos, de acordo com os critérios de admissão fixados pela FEAP, ou seja, prestar assistência psiquiátrica para aqueles doentes destituídos de recursos ou não. Aqueles que não se encontravam na categoria de destituídos de recursos estavam inseridos na categoria de pensionistas e conveniados.

Além dessas atribuições, os funcionários do IRS deveriam colaborar com os projetos de ensino e pesquisa aprovados pela área específica da *Assessoria de Planejamento e Coordenação* (APC) no sentido de promover contínuo aperfeiçoamento e atualização das técnicas de assistência psiquiátrica. Verifica-se, portanto, por parte do Estado o reconhecimento da prática assistencial que podia abarcar várias concepções/ teorias/ saberes apropriados pelas equipes inter e multidisciplinares formadas por profissionais ligados a área Psi. Esses profissionais consideravam, naquele momento, a importância de uma abordagem bio-psicossocial do paciente e da conduta médica e, por isso, redefiniam as suas funções ao seguirem um conceito ecológico de doença e saúde a partir da influência do preventivismo, adotando também alguns princípios que norteavam a Psiquiatria Comunitária.

Uma das singularidades do Centro Hospitalar Psiquiátrico (CHP) era que o seu objetivo principal consistia em prestar assistência psiquiátrica a pacientes, de ambos os sexos,

portadores de distúrbios psiquiátricos crônicos, encaminhados pelo Instituto Raul Soares e pelo Hospital-dia de Juiz de Fora. Também eram atendidos no Hospital os portadores de distúrbios psiquiátricos agudos, geralmente provenientes da própria cidade e de cidades circunvizinhas a Barbacena, encaminhados pelos departamentos e/ou secretaria de saúde das prefeituras municipais.

Sabe-se que o CHP tinha a capacidade de 1350 leitos. Era composto por uma unidade de tratamento feminina (Setor ou Departamento A) e por uma unidade de tratamento masculina (Setor ou Departamento B) destinadas a assistir os pacientes encaminhados em regime de hospitalização. Todos os internos seriam atendidos por uma equipe multidisciplinar que observaria os princípios estabelecidos pelo conceito de cuidado progressivo, incluindo os seguintes passos: atendimento ambulatorial; atendimento hospitalar de curto prazo no Pronto Socorro psiquiátrico e/ou da rede ambulatorial descentralizada. Para os pacientes diagnosticados como agudos, estes passariam pela modalidade de atendimento feita pelo hospital-dia e hospital-noite, ou então, pelo atendimento hospitalar de médio prazo. Já os casos diagnosticados como crônicos, o atendimento hospitalar seria de longo prazo. Também estava previsto o controle sistemático de egressos, devendo os pacientes ser avaliados em ambulatorios da rede do sistema de saúde. Todos esses passos estavam presentes na caracterização do conceito de cuidados progressivos, instituídos no Art. 2 do Regimento do CHP.

Quanto às competências básicas das instituições, elas deveriam atender aos pacientes encaminhados ao CHP após o registro no SAME. Todos os pacientes deveriam ser atendidos e avaliados por uma equipe multidisciplinar visando melhorar o padrão de atendimento, mediante uma efetiva ação interdisciplinar dentro dos padrões da Psiquiatria Integral. À instituição também caberia o papel de coordenar as atividades de serviços sociais e enfermagem necessária ao setor, como determinado no Art. 11 do Regimento do CHP.

Contudo, a política de saúde administrada pelo Sistema Operacional de Saúde Pública do Estado (SOSP) não conseguiu fazer a integração entre a Secretaria Estadual de Saúde, Centros Regionais e Unidades Locais de Saúde e desses com a FEAP. Pelo que parece, essa articulação também não foi efetivada entre as unidades de tratamento das próprias ou de outras unidades hospitalares que compunham a rede FEAP, pois a assistência psiquiátrica do estado de Minas se encontrava igualmente desarticulada ao fim da gestão da FEAP.

Além disso, havia uma desarticulação entre as três Fundações – Fundação Estadual de Assistência Médica e de Urgência (FEAMUR), Fundação Estadual de Assistência Leprocomial (FEAL) e a FEAP – e uma fragmentação dos diversos hospitais ligados às

Fundações Médico-Hospitalares que se distanciavam dos objetivos estabelecidos pelo Sistema Operacional de Saúde Pública do Estado. Assim, o governo de Minas impôs medidas necessárias para a unificação dessas Fundações, conforme pode ser verificado no Art. 1 da Lei 7.088 de 03 de outubro de 1977 na criação da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

Para a implantação da FHEMIG foi realizado um estudo denominado *Políticas e Diretrizes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais*, elaborado por uma equipe de técnicos da Fundação João Pinheiro, órgão vinculado à Secretaria de Estado e Planejamento e Coordenação Geral de Minas Gerais. A preocupação evidenciada pelos técnicos era a de que se procedesse a uma mudança institucional que caracterizasse a FHEMIG como órgão sistêmico num contexto de mudança organizacional, modificando as estruturas administrativas das fundações que lhe deram origem (FEAMUR, FEAL e FEAP), tendo a modernização administrativa como pressuposto para um melhor desenvolvimento das atividades da instituição.

A perspectiva organizacional do estudo citado pode ser dividido em dois campos inter-relacionados. O primeiro diz respeito à fusão das Fundações com os hospitais do SOSF devendo essas instituições estruturarem-se dentro de um Sistema Operacional, com funções socialmente determinadas, buscando dar resposta ao meio no qual deverá agir e interagir. O segundo campo engloba as proposições que visavam à racionalização dos serviços prestados pela instituição.

Nesse sentido, foram apresentadas as linhas básicas que poderiam delinear cada um dos projetos visando o processo de modernização administrativa, cujos sistemas estruturantes correspondiam ao conjunto de atividades de planejamento, coordenação geral, administração geral, financeira e contábil que se organizavam de acordo com a observância dos princípios determinados pela lei. A organização sistêmica adotada pela burocracia estatal no gerenciamento da Fundação deveria desenvolver a integração e coordenação de iniciativas visando à racionalidade no processo decisório e a utilização dos recursos (físicos, financeiros, patrimoniais, humanos e institucionais), combatendo os desperdícios conforme previsto nas *Políticas e Diretrizes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais*⁶¹.

A política de saúde deveria se orientar pelos princípios da racionalidade e da eficiência, concentrando mais no aspecto administrativo do que no aspecto da assistência

⁶¹ Em 1979, será aprovado o documento intitulado *Linhas Básicas da Política Assistencial da FHEMIG* que define a política hospitalar. Este documento será importante na reestruturação a ser desenvolvida nas Unidades Hospitalares.

médica. Tal afirmação encontra respaldo nas normas do *Regulamento Geral Provisório da FHEMIG* elaborado em 1977. Dos 70 artigos do Regulamento, 61 deles detalham questões inerentes à administração como: as atribuições e competências dos conselhos superiores; o planejamento; avaliação; modernização administrativa; programação financeira; competência dos órgãos operativos da Superintendência Geral e Hospitalar e suas respectivas Divisões; direção das unidades hospitalares e suas respectivas seções; regime financeiro e regime de pessoal, etc.

A finalidade e os objetivos da FHEMIG foram explicitados no Art. 7 do Regulamento. Conforme o referido artigo, a finalidade da Fundação consistia em prestar serviços de saúde em nível de assistência médico-hospitalar no estado de Minas Gerais, a partir do desenvolvimento dos seguintes objetivos básicos: prestar atendimento médico-hospitalar de caráter geral à população do estado e, gratuitamente, às pessoas comprovadamente desprovidas de recursos; executar planos, programas e projetos relacionados com a Política Estadual de Saúde; participar, em nível de integração e cooperação, do Sistema Nacional de Saúde; e ainda incentivar a realização de pesquisas científicas.

A reestruturação e a modernização dos hospitais psiquiátricos eram justificadas pela direção da FHEMIG que, na época, considerava insatisfatória a assistência psiquiátrica prestada no estado de Minas. Diante dessa situação, tornava-se premente a reformulação do papel e a atuação das áreas operacionais no campo da saúde mental, viabilizando sua reestruturação e modernização com a ampla participação dos indivíduos que executavam o atendimento ao doente mental, pois,

[...] os modernos avanços na área de atenção a saúde mental, desde o advento dos psicofármacos, o desenvolvimento da psicoterapia, o atendimento em grupo, a comunidade terapêutica, as experiências em psiquiatria comunitária etc., de muitos anos evidenciaram o papel frequentemente prejudicial do hospital especializado. Não há mais justificativa para segregar o 'doente mental' em ambientes fechados, longe dos outros doentes ou da comunidade, mesmo para os mais temerosos de sua propalada, e o mais das vezes, grotescamente exagerada agressividade, pois o tratamento farmacológico bem conduzido debela [a doença mental] rapidamente. Por outro lado, o confinamento e a despersonalização do indivíduo no hospital psiquiátrico, o torna cada vez mais responsável pela cronificação do paciente. A acusação de que estes estabelecimentos cristalizam a doença mental em vez de curá-la tem-se tornado cada vez mais difícil de ser rebatida (FHEMIG, 1979, p. 6).

Outro problema apontado pelos técnicos da Fundação João Pinheiro e, posteriormente, afiançado pelos técnicos da FHEMIG era relativo aos custos operacionais e financeiros que o governo tinha que arcar na manutenção de hospitais. Custos esses cada vez maiores devido às altas taxas de inflação que caracterizavam a política econômica do final da década de 1970.

Com isso, a administração entendia que centralização e o controle dos recursos financeiros, de forma racional e mais eficiente, concorreriam para a redução dos custos.

Na reestruturação da assistência psiquiátrica pública em Minas Gerais, os técnicos da FHEMIG e diretores dos hospitais basearam-se nos princípios delineados pelo SOSF em que a preservação e manutenção da saúde exercida em nível ambulatorial seria responsabilidade das unidades de saúde descentralizadas e coordenadas pelos centros de saúde, enquanto que a recuperação da saúde e reintegração social em nível hospitalar seriam de responsabilidade da FHEMIG. As unidades de saúde, centros de saúde e a Fundação seriam supervisionados e subordinados à Secretaria Estadual de Saúde.

De acordo com o documento *A FHEMIG e a Assistência Psiquiátrica Pública de Minas Gerais* (1979), a instituição buscou, ainda, implementar uma política de desospitalização que deveria se orientar pelos seguintes princípios: “a) cuidadosa seleção de pacientes a serem internados; b) redução dos prazos de permanência hospitalar; c) maior controle na solicitação de métodos complementares de diagnóstico; d) maior riqueza nas indicações terapêuticas”.

Como proposta operacional das diretrizes políticas para assistência médico-hospitalar, foram traçados os objetivos gerais da FHEMIG para médio e longo prazo. Destacam-se os objetivos que visavam à universalização da assistência hospitalar e à descentralização, regionalização e hierarquização das unidades hospitalares e dos equipamentos de saúde, por meio de ações na área de atenção médico-hospitalar desenvolvidas prioritariamente nos hospitais gerais.

Para as ações de curto prazo, a FHEMIG elaborou um plano para implementá-las, podendo ser encontradas no documento *A FHEMIG e a Assistência Psiquiátrica Pública de Minas Gerais* (1979) e também em outros documentos elaborados pelos médicos ligados à FHEMIG. Algumas das prioridades vinculadas à assistência psiquiátrica podem ser assim destacadas:

1- Abertura dos hospitais ao atendimento de outras patologias: tratar-se-ia de retirar o caráter especializado dos antigos hospitais viabilizando um sistema de hospital geral nas unidades hospitalares.

2- Ênfase no atendimento ambulatorial: buscar-se-ia a preservação dos vínculos do paciente com sua família e comunidade de origem. Seria indispensável, portanto, a integração dos familiares no tratamento do doente mental com a equipe multidisciplinar, sendo que esta deveria fazer visitas aos domicílios para promover uma assistência mais integrada. A internação só seria um aporte utilizado como último recurso.

3- Interiorização da assistência: essa integração seria feita em nível estadual viabilizando a integração da rede hospitalar com a rede ambulatorial da Secretaria de Estado da Saúde, por intermédio das unidades de saúde distribuídas nos diversos municípios.

4- Desativação do hospital psiquiátrico para doentes crônicos: o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB) passaria a ser um hospital regional destinado a atender a outras patologias. Assim, permaneceriam na instituição aqueles pacientes que tinham a sua reintegração social dificultada por seqüelas ocasionadas pelo longo período de internação e pela perda de vínculo familiar. A ênfase seria dada às práticas de terapia ocupacional e praxiterapia aproveitando as grandes áreas verdes, preferencialmente, administradas em ambiente rural, que é o de origem da maioria do pacientes ditos asilares, o que facilitaria a melhor adaptação, provavelmente proporcionando uma maior possibilidade de recuperação dos internos.

5- Manutenção do vínculo médico-paciente e vice-versa: esse vínculo já vinha ocorrendo no ambulatório do Instituto Raul Soares entre os residentes em Psiquiatria e aqueles pacientes que faziam controle no hospital. Segundo consta no documento, tal dinâmica vinha diminuindo gradativamente os casos de reinternações e redução do tempo de permanência hospitalar. Esses resultados também poderiam ser obtidos em nível regional com a adoção de medidas semelhantes e promovendo uma maior integração das unidades de saúde com a FHEMIG por meio dos Centros Regionais de Saúde. Onde não fosse possível a implantação dessas medidas e a manutenção desses vínculos, os pacientes seriam encaminhados para o IRS que também deveria ser reestruturado, procedendo a setorização de suas unidades de acordo com as regiões do estado, ficando algumas enfermarias que atenderiam a certas regiões do estado. O objetivo dessa reestruturação consistia em facilitar a comunicação entre a equipe que fazia o atendimento hospitalar com a unidade responsável pelo atendimento ambulatorial.

Com os contatos periódicos com a equipe técnica de cada região seriam possíveis as avaliações das carências na prestação de serviços para possíveis soluções em âmbito institucional. Essas avaliações deveriam ser compartilhadas por agentes importantes pertencentes à comunidade local. A execução desses objetivos possibilitaria a resolução de diversos problemas, desde a identificação das falhas da assistência, a incidência de reinternações excessivas, e até as falhas no controle dos egressos, uma vez que a FHEMIG já tinha consciência das barreiras que necessitaria vencer para implementar os programas comunitários de saúde em consonância com os problemas presentes na realidade brasileira.

Contudo, essas idéias não foram suficientemente absorvidas nem pelas diversas áreas do campo da saúde e nem pela comunidade, de um modo geral. Notou-se inclusive que, naquela época, o doente mental ainda era “visto como elemento perigoso, violento, agressor e irresponsável pelas suas ações e, como tal, incapaz de convívio social, o que torna necessário o seu afastamento da sociedade como medida de segurança para os seus membros” (FHEMIG, 1979, p. 1).

Essa visão constatada pelos técnicos da FHEMIG e que ainda persistia no final da década de 1970 remetia aos primórdios da Psiquiatria, sendo possível fazer uma analogia com aquelas concepções e práticas descritas por diversos autores, principalmente por Castel (1978). Este, ao analisar as medidas de assistência e sua passagem para o alienismo que, pelo novo estatuto de tutela, foi capaz de subordinar as instituições política, judiciária e familiar e, com isso, propor uma nova ordem. Assim, caberia ao alienista medicalizar a loucura e ser tutor do louco, afastando-o do convívio social, em hospícios. Dessa forma, pode-se deduzir o porquê dos profissionais das unidades de saúde e centros de saúde “não realizarem adequadamente ações preventivas” e nem as unidades hospitalares executarem “as suas ações recuperativas e reintegrativas”, permanecendo o hospital psiquiátrico com a função de “custódia, isolamento e contenção desses indivíduos”.

Em suma, neste capítulo buscou-se demonstrar a associação entre as políticas públicas de saúde e de saúde mental e as políticas mais gerais do Estado em relação ao projeto de construção da Nação e de identidade nacional. Buscou-se verificar, dessa forma, como essas políticas estavam, muitas das vezes, condicionadas pelos planos de desenvolvimento econômico e pelo desenvolvimento político, caracterizado principalmente pelo autoritarismo e pela centralização do Estado. A democratização política possibilitou a penetração de um modelo descentralizado, hierarquizado, regionalizado e setorizado que permitiu a universalização da saúde, anos mais tarde.

A opção pelo macro-hospitais que orientava a gestão do SNDM contribuiu para que a inoperância do tratamento psiquiátrico se acentuasse devido, principalmente, à grave situação que os hospitais públicos se encontravam, caracterizada pela superlotação, tempo médio de internação elevado, deficiência de pessoal, particularmente daquelas funções que demandavam qualificação, falta de vestuário, condições de hotelaria deficiente, dentre outros problemas que dificilmente seriam resolvidos durante a gestão da DINSAM.

O modelo curativo e individual adotado no governo empresarial-militar tornou-se hegemônico em detrimento de uma saúde coletiva, privilegiando as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos do setor privado, bem como a contratação de serviços hospitalares

privados, favorecendo o crescimento da hospitalização. A contratação e os convênios firmados entre o INPS/INAMPS proporcionaram a proliferação de clínicas particulares, hospitais privados, possibilitando a formação da *indústria da loucura* e o aprofundando da crise na Previdência Social e nos hospitais psiquiátricos, principalmente nos públicos.

Demonstrou-se nesta análise que os processos sociais, econômicos e políticos, decorrentes da opção de modernização da sociedade brasileira pós-1945 feita pelo Estado, privilegiaram o desenvolvimento capitalista. No governo empresarial-militar evidenciou-se a penetração do capital estrangeiro e do capital consorciado. No âmbito da seguridade social, a Previdência Social já unificada, centralizada e identificada como aparato estatal ajustou-se à política econômica ao exercer a função assistencial e redistributivista para um contingente de trabalhadores segurados. Na assistência médica predominava a prática médica individual, curativa e assistencialista, na qual assistia-se ao privilegiamento dos setores privado e conveniado em detrimento do setor público. No entanto, todos aqueles indivíduos que se encontravam na condição de desempregados ou na pobreza deveriam ser assistidos pela assistência hospitalar pública já precarizada. Nesse caso, percebe-se que a assistência legitimada pelo Estado por meio da Previdência Social exercia um tipo de violência simbólica que, pela imposição legítima assegurada pelas leis, decretos e decretos-leis, era capaz de distinguir os indivíduos segurados dos não-segurados.

Contudo, é possível observar indícios da penetração de uma burocracia estatal ou de médicos e psiquiatras ligados à saúde coletiva que buscavam introduzir novas concepções e práticas nos modos de lidar com a saúde e com a saúde mental junto aos diversos órgãos decisórios do Estado e, especialmente, nas Fundações representadas pelas FEAPs e FHEMIG. Observar-se ainda que o campo político absorveu as concepções e práticas vigentes na época e, no entanto, não foi capaz sustentá-las ou consolidá-las. Na maioria das vezes os entraves ocorridos deveram-se ao *habitus* existente, esbarrando, assim, em antigas concepções e práticas cristalizadas. Acresce ainda que a falta de recursos econômicos não permitiu a continuidade de projetos/programas de saúde, pois o campo político é lugar em que se geram lutas concorrenciais entre os agentes sociais na disputa de recursos para o seu campo, nesse caso, o campo da saúde e da Psiquiatria. Na luta desigual pela distribuição de recursos, menores chances terão aquelas instituições que estiverem mais afastadas do lugar da produção do saber e do poder, como será visto no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 3

A CIDADE E AS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS NO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA

Este capítulo terá como objetivo central identificar e analisar a formação do campo psiquiátrico mineiro tendo como referência o Hospital Colônia de Barbacena (HCB). Objetivará também identificar as influências das concepções e práticas psiquiátricas no HCB que resultaram na decadência de seu modelo macro-hospitalar e de assistência psiquiátrica. Para analisar as práticas realizadas no HCB será necessário, inicialmente, compreender a relação do Hospital com a cidade de Barbacena em seus diversos campos.

3.1 Barbacena: *Terra dos Bias e dos Andradas*, *Cidade dos Loucos*⁶² e *Cidade das Rosas*.

Na historiografia sobre Barbacena alguns elementos ajudam entender as diversas denominações recebidas pela cidade: *Terra dos Bias e dos Andradas*, *Cidade dos Loucos* e *Cidade das Rosas*. Essas designações tornaram a cidade conhecida, popularizada e, algumas vezes, depreciada no cenário nacional. Todavia, antes de explicitar tais denominações faz-se necessário situar o município a partir de seus aspectos geográficos e históricos que também ajudarão a compreender as práticas no Hospital Colônia de Barbacena.

As noções de cultura elaborada por Chartier (1989) e de circularidade cultural de Ginzburg (1987) podem contribuir para o entendimento das adjetivações que a cidade tem

⁶² Barbacena também é conhecida como *Terra dos Doidos*, que pode assumir os sentidos de troça, desdém, ironia ou ridicularização.

recebido. Para Chartier, a cultura é produzida historicamente através da articulação entre representações e práticas discursivas, políticas e sociais. As classes, grupos sociais e categorias só adquirem identidade nas configurações intelectuais que se constroem nos símbolos de uma realidade contraditoriamente construída pelos diferentes grupos. De modo que as práticas que visam fazer reconhecer uma identidade social marcam a sua maneira própria de estar no mundo, “significar simbolicamente um estatuto e uma posição que [...] marcam de forma visível e perpetuada a existência do grupo, classe e a comunidade”. (CHARTIER, 1988, p.23). Assim, ao investigar as representações simbólicas adentra-se em um campo de concorrência e de competições – cujos desafios enunciam poder e dominação – que serão sempre determinadas pelos interesses dos grupos que os forjam. As lutas simbólicas têm tanta importância quanto as lutas econômicas, políticas e culturais, pois elas demonstram a maneira pela qual um grupo impõe a sua concepção de mundo e, conseqüentemente, como as práticas decorrentes dessas lutas exibem a posição de como é estar no mundo.

A perspectiva de cultura em Chartier se circunscreve nas representações e nas práticas e tem como suporte metodológico a noção de *habitus* de Bourdieu (1974, 1983) que parte do pressuposto de que as práticas sociais são estruturadas e reproduzidas de acordo com as propriedades típicas de quem as produz e conforme a divisão do mundo social, entendido como produto da internalização e da divisão de classes sociais.

A perspectiva aqui adotada, portanto, procura resgatar a história de Barbacena pela “leitura da cidade”, ou seja, através de suas representações que são parte “daquilo que chamamos realidade” (PESAVENTO, 1995, p. 4). Sob essa ótica as matrizes geradoras de práticas sociais podem ser vistas tanto pelas imagens reais composta por cenários, paisagens de rua, arquitetura quanto pelas imagens metafóricas encontradas na literatura, pintura, poesia, discurso técnico e higienista.

Ao debruçar sobre a história de uma cidade, esta não deve ser vista e analisada apenas pela sua arquitetura e suas possíveis ocupações no espaço, mas antes, pela dimensão da existência dos indivíduos, pois ela é construída por e entre os homens por meio de suas relações sócio-econômicas e culturais. Nesse sentido, cabe ao historiador desvendar os caminhos diferentes no entendimento das *inúmeras* cidades construídas dentro de uma mesma cidade pela população.

A cidade e sua população não devem ser vistas pela oposição entre a cultura hegemônica e a cultura popular, mas sim por meio dos elementos que as une, ou seja, pelo conjunto de atitudes, crenças, códigos de comportamento e de valores comuns em um determinado período histórico. Nesse caso, a cultura estará representada, por um lado, pela

“dicotomia cultural”, e por outro, pela circularidade, ou seja, por meio do “influxo recíproco entre a cultura subalterna e a cultura hegemônica” (GINZBURG, 1987, p.21).

No caso de Barbacena, como ressaltado anteriormente, essa história pode ser vista pelas diversas adjetivações recebidas, resultantes de suas práticas, de seus julgamentos sociais, de sua memória e de suas representações simbólicas que se inscrevem a partir do *habitus*, tornando-a singular entre as outras cidades. Portanto,

[...] as representações do mundo social assim constituídas, que classificam a realidade e atribuem valores, no caso, ao espaço, à cidade, à rua, aos bairros, aos habitantes da urbe não é neutra, nem reflexa ou puramente objetiva, mas implica atribuições de sentidos em consonância com relações sociais e de poder (PESAVENTO, 1995, p. 287).

Portanto, é nas linhas e entrelinhas dos jornais, dos periódicos, na literatura, nas manifestações de rua, nos acontecimentos singulares, que se podem encontrar suas vozes e ao mesmo tempo resgatar os indícios de uma cultura, chegando às representações e práticas sociais de uma “outra” cidade, construída no cotidiano de seus moradores.

3.1.1 Situando Barbacena

Barbacena está localizada na mesorregião dos Campos das Vertentes de Minas Gerais. O município de Barbacena dista 169 km de Belo Horizonte, capital do estado. Limita-se com os municípios de Santa Bárbara do Tugúrio, Desterro do Melo, Alfredo Vasconcelos, Ressaquinha, Carandaí, Barroso, Prados, Ibertioga e Antônio Carlos. O sítio urbano de Barbacena fica no contraforte da Serra da Mantiqueira a 1.164m de altitude. O tipo de clima é o tropical de altitude, apresentando temperaturas médias em torno de 15°C e 22°C e com amplitude térmica anual entre 7°C e 9°C. O verão é muito curto, com temperaturas que raramente ultrapassam os 25°C. O inverno é rigoroso por causa das frentes frias originárias da massa polar atlântica, ocasionando, geralmente, temperaturas baixas e geadas na região.

A criação do município de Barbacena data do final do século XVII, originário de um antigo aldeamento dos índios Puri, pertencentes à nação e ao tronco lingüístico dos Tupi, em um local denominado Borda do Campo. Ali, os bandeirantes Garcia Rodrigues Paes e o seu cunhado Cel. Domingos Rodrigues da Fonseca se instalaram e fundaram nas terras da Fazenda da Borda a Capela de Nossa Senhora da Piedade. Em torno dessa igreja, a população aglomerou-se, tornando esse local o berço do povoamento.

A posição geográfica privilegiada de Barbacena, localizada entre a encruzilhada da estrada do Caminho Velho e Caminho Novo, favoreceu o seu povoamento. O povoado era um dos caminhos obrigatórios de pouso e de abastecimento daqueles que vinham do Rio de Janeiro ou que para lá se dirigiam provenientes das minas. No Auto de criação, datado de 14 de agosto de 1791, o arraial foi elevado à categoria de Vila e teve desmembrado o seu território dos Termos das vilas de São José (Tiradentes) e São João del-Rei.

A autonomia política de Barbacena foi fundamental para o desenvolvimento da economia e do crescimento demográfico. Nos relatos dos viajantes estrangeiros, como Saint-Hilaire, Richard Burton, John Luccock, entre outros, nos séculos XVIII e XIX, constata-se que a Vila era um entreposto comercial importante para a rota de tropeiros e viajantes. Nas proximidades da Vila localizavam-se diversas fazendas, responsáveis pelo abastecimento de produtos agropecuários que eram distribuídos nas vendas da cidade. Segundo o historiador barbacenense Masena (1985), nos estabelecimentos e no povoado eram encontrados toucinho, queijo, galinhas, algodão, mulas, gado leiteiro e *vacum* para corte. Essas mercadorias comercializadas, geralmente, eram exportadas para o Rio de Janeiro. Também poderiam encontrar produtos europeus, sobretudo portugueses e ingleses, como chitas, panos, rendas, utensílios de ferro, vinho, cerveja, licores, etc.

O crescimento demográfico ocorre com o decréscimo da mineração e após o arraial ter sido elevado à categoria de Vila. O viajante Emanuel Pohl (1976, p. 84), em viagem pelos idos de 1817-1825 nas Minas Gerais, encontrou na região que abrange para além das terras do distrito da Vila de Barbacena uma população estimada em 14.876 almas.

Apesar de vários relatos de viajantes estrangeiros sobre a criação da Vila na Província, Teixeira (2007, mimeo) destaca que pouco se sabe sobre o seu crescimento demográfico, bem como são desconhecidos os aspectos da economia local e os mecanismos de abastecimento, as relações políticas e sociais daquela época, aspectos esses, que ainda precisam ser elucidados.

Diversas figuras ilustram a participação de Barbacena na política. No episódio da Inconfidência Mineira, alguns dos revoltosos eram donos de sesmarias em Barbacena, entre eles José Aires Gomes e inclusive, Joaquim Silvério dos Reis que era dono da Fazenda Caveira de Cima onde, mais tarde, foi criada a Assistência a Alienados em Minas Gerais, em 1903. No Império, tem-se a presença de lideranças que participaram ativamente na Revolução Liberal, como é o caso dos Armond e dos Teixeira de Carvalho, que estiveram na Revolução Liberal de 1842.

Com a República, uma nova família desponta no campo político, sobressaindo em relação às demais, passando a dominar a política local e estadual até os anos de 1930: os Bias

Fortes. Esse domínio na política local e estadual é enfraquecido pela disputa de poder entre os Bias e os Andradas mineiros, donos da Fazenda da Borda do Campo. Até 1930, conforme destaca Carvalho (1966, p. 156), “a história de Barbacena é a história de algumas famílias girando em torno dos troncos familiares da Fazenda da Borda do Campo”.

Barbacena, ainda segundo Carvalho (1966), se constituiu através de uma “nobreza rural”. Ao estudar o comportamento político da elite política de Barbacena, o autor destaca três indicadores que confirmaria o poder e o prestígio das famílias, formadoras dos “clãs parentais e eleitorais” na cidade.

O primeiro indicador refere-se ao recebimento de títulos de nobreza e ocupação de altos postos militares – principalmente da Guarda Nacional – de figuras provenientes de famílias de Barbacena. O Cel. José Francisco de Oliveira Fortes foi um dos chefes políticos que deu início à liderança política dos Bias. O poder e o prestígio dos membros de seu clã parental podem ser verificados principalmente no final do Império e na República, período em que ocuparam os postos-chaves no Executivo e no Legislativo principalmente nas esferas local e estadual. Carvalho (1966, p. 156) ressalta que os Andradas mineiros “jamais aceitaram títulos de nobreza no Brasil”, pois acreditavam ser originários de uma “nobreza de sangue proveniente de Portugal e Espanha e sempre tiveram um soberano desprezo pela nobreza de títulos do Império”.

O segundo indicador refere-se ao grande número de fazendas, berços de grandes troncos familiares, conforme enfatizam Massena (1952), Carvalho (1966) e Savassi (1990). Por conseguinte, até 1930, tem-se um extenso número de fazendas históricas na época em que as dimensões de *status* mais importantes eram o parentesco e o poder econômico, representados pela posse da terra e, conseqüentemente, pelo poder político. O último indicador confirma o poderio dos nomes e dos títulos dos grandes chefes de Barbacena que tornaram mais tarde nomes de cidades, tais como: Lima Duarte, Paula Lima, Conselheiro Lafaiete, Antônio Carlos, entre outras.

Com a Revolução de 1930 ocorreu o rompimento entre as famílias Bias Fortes e Andrada. Antônio Carlos Andrada, que seria o provável sucessor de Washington Luís na presidência da República, fora preterido. O político pensava em contar com o apoio de José Francisco Bias Fortes, o que não aconteceu. Diante disso, o sobrinho de Antônio Carlos, José Bonifácio Filho liderou em Barbacena e em outros municípios a Aliança Liberal e o movimento que culminou na Revolução de 1930. José Francisco Bias Fortes não aderiu ao movimento e José Bonifácio foi nomeado prefeito de Barbacena sem o consentimento do clã

parental dos Bias Fortes que, até aquele momento, dominava a política no município e no estado.

No período do Estado Novo (1937-1945), as posições no âmbito municipal e estadual se invertem. Benedito Valadares foi nomeado interventor do estado mineiro, colocando José Francisco Bias Fortes na Prefeitura de Barbacena. Inicia-se um período de perseguições, que vão desde a violação de correspondências, prisões de sectários e até mesmo agressões físicas entre os correligionários das duas famílias.

Durante a ditadura de Vargas, “à falta de válvula de escape eleitoral, a luta política se transfere para as organizações, como clubes, irmandades, associações, casas de assistência. A política invade os setores de atividade, obrigando grande parte da população a uma definição de lealdade” (CARVALHO, 1966, p. 159). Desse modo, em Barbacena a política e a disputa eleitoral dividem a população em dois segmentos de lealdade entre as duas famílias proeminentes, poucos são aqueles que não se enquadram nessa regra.

A economia local se torna mais diversificada a partir dos anos de 1930. No setor primário, as propriedades rurais do município foram se dividindo em minifúndios, enquanto as grandes propriedades rurais passaram a fazer parte de outros municípios vizinhos, como são os casos das fazendas de Cabangu e Borda do Campo, situadas nas cidades de Santos Dumont e Antônio Carlos, respectivamente.

O setor secundário ainda “era relativamente fraco”, praticamente limitado à existência de duas grandes fábricas de tecidos. As demais indústrias distribuíam-se em indústria metalúrgica, fábricas de produtos alimentares e de transformação, gráficas, entre outras, contabilizando um total de “37 estabelecimentos e com 1.074 operários ocupados”, o que correspondia a 10% da população economicamente ativa de Barbacena. Em 1940, as atividades econômicas estavam assim distribuídas: o setor primário respondia por 68% das atividades, o terciário por 22%. Na década seguinte essa distribuição passa a “ser de 58%, no setor primário, 29% e 13%”, nos setores terciário e secundário, respectivamente (CARVALHO, 1966, p. 171-72).

Apesar de Barbacena estar ligada ao setor terciário, ou seja, associada ao comércio e, principalmente, à prestação de serviços, a cidade exemplificava um processo de “urbanização primária,” em decorrência do descompasso entre o desenvolvimento do setor terciário e o setor secundário, resultando no “tipo de cidade cartorial,” não ocorrendo, portanto, modificações fundamentais nas relações sociais (CARVALHO, 1966, p. 191). É nesse tipo de cidade que foi facilitado o clientelismo, pois o recurso político fundamental era o emprego público.

Bias e Andradas, assim, controlavam toda a vida política do município durante o período recortado por este estudo (1946-1979), estimulados, principalmente, pela cisão ocorrida entre as duas famílias (clãs parentais) em 1930, momento em que as demais famílias da cidade se polarizaram e passaram a seguir a liderança dos Bias ou dos Andradas. No município, o Partido Social Democrático (PSD) e a União Democrática Nacional (UDN) eram apenas enquadramentos partidários artificiais, exigidos pela legislação eleitoral, sem nenhuma diferença ideológica entre eles. Concordam Carvalho (1966) e Carvalho (1976) que, em 1954, a entrada da família Navarro no Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) teve que contar com a aquiescência de uma das famílias, conforme o seu sistema de coalizão. Com isso, o PTB se dividia em alianças entre os partidos políticos pertencentes às duas famílias, assim havia um PTB *biista* e outro dos Andradas.

O controle do eleitorado pelas duas famílias era rígido. Nos pleitos municipais, a previsão do número de votos a ser alcançado nas urnas, principalmente na zona rural era calculada com “exatidão quase matemática”, o mesmo controle se aplicava caso os candidatos barbacenenses estivessem concorrendo nas esferas estadual e federal. Tratava-se de um controle completo, pois Barbacena era fechada às influências externas, sendo comum às pessoas que procuravam outros políticos para alguma reivindicação escutarem a seguinte frase: “aquilo eu não posso mexer: aquilo é do Bias e do Zezinho [Andrada]”. (CARVALHO, 1966, p.173)

O controle das urnas possibilitava a reeleição dos candidatos das duas famílias e a continuidade de uma política clientelista, principalmente pela troca de favores e nomeações de seus correligionários para cargos públicos. O cargo público era um poderoso instrumento de controle e recrutamento, absorvia indivíduos oriundos da zona rural de outros municípios e de Barbacena, cidadãos barbacenenses que não encontravam emprego na própria cidade, e também aqueles que detinham alto grau de *status* e prestígio.

Em 1974, a população do município correspondia a 79.584 habitantes. Com relação ao número de pessoas empregadas no serviço público, José Murilo de Carvalho fez a seguinte observação:

[...] Cerca de 5 mil funcionários, entre civis e militares, recebem dos cofres estaduais [e municipais] vencimentos e proventos, soldos e vantagens diversas, estabelecendo, assim, um fluxo regular e constante de dinheiro que mantém ativo o comércio da região, durante todo o ano. Se considerarmos a média de 5 dependentes por cada funcionário público, teremos 25 mil pessoas que vivem direta ou indiretamente a expensas do erário público, ou seja, mais da quarta parte da população total do município. (CARVALHO, 1976, p. 363)

Indivíduos que se destacavam na esfera econômica como os grandes comerciantes, industriais, profissionais liberais não faziam parte das famílias dirigentes. Da mesma forma, indivíduos com nível educacional alto como é caso dos profissionais liberais, geralmente pertencentes às famílias tradicionais, eram recrutados para concorrer aos cargos de prefeito e vereador.

Apesar das constatações de Carvalho (1966) que a presença de indivíduos pertencentes aos setores médios não teriam vez na política barbacenense, em meados da década de 1970, professores ligados ao funcionalismo público e radicados em Barbacena, ou seja, os de “fora”, filiados ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB), se opõem à política dos clãs parentais que, por sua vez, passam a pertencer à Aliança Renovadora Nacional (ARENA).

Com a distensão política, a partir de 1974, a mobilização em torno da candidatura do MDB e o crescimento do eleitorado, em âmbito local, fundamentaram-se no conceito de renovação apoiado nos anseios da juventude. Assim, declarava o Manifesto do MDB municipal:

[...] Sentem os estudantes e jovens profissionais que o partido está aberto para todos aqueles que quiserem trazer sua contribuição para o progresso de nossa comunidade, não vendo o Movimento Democrático Brasileiro, simplesmente [como] um partido, mas sim [como] um todo, onde não há donos, onde não há chefes, mas liderança consciente, diálogo franco, sem carisma e por isso mesmo capaz de canalizar todas as forças e todas as idéias para a solução dos prementes problemas que afligem a nossa comunidade. (CARVALHO, 1976, p.370)

A campanha dos candidatos do MDB de Barbacena se pautava em temas como falta de empregos, ausência de uma política de desenvolvimento regional, reforma do ensino, remuneração mais justa para funcionários e professores, além das teses partidárias como: a revogação do Ato Institucional n.5 e do Decreto-Lei n. 477, liberdade de imprensa, entre outras lutas e reivindicações políticas. Enquanto isso, o então Presidente da Câmara dos Deputados do governo Geisel, o barbacenense José Bonifácio Filho (ARENA), estava muito mais empenhado em preservar e reforçar o domínio dos militares na política de exceção. Exemplo disso é a sua declaração a um jornal local: “para começar não sei se há presos políticos desaparecidos. A liderança do governo, por outro lado, não pode inspirar-se sobre hipóteses ou intenções” (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 28/05/1974).

No que se refere às candidaturas da ARENA I (facção do partido ligada à UDN e representada pelo clã dos Andradas) e da ARENA II (facção vinculada ao PSD e PTB que eram ligados respectivamente aos Bias Fortes e a João Navarro), verificou-se “uma enorme rivalidade entre as duas facções arenistas, do que propriamente entre ARENA e

MDB”, o que resultou no enfraquecimento das candidaturas para cargos eletivos desses partidos (CARVALHO, 1976, p. 372).

De 1974 a 1978, a exemplo do que ocorria em âmbito nacional, na política local também se verificou o surgimento de conflitos e oposições entre os representantes da Câmara dos Vereadores e da Prefeitura Municipal, bem como a emergência de novas manifestações sociais como os movimentos grevistas de professores da rede estadual e de servidores municipais, as associações de bairros, entre outros. Apoiados na Câmara pelo MDB, esses movimentos puderam pressionar os representantes do Legislativo e do Executivo nas esferas estadual e municipal, apresentando suas reivindicações e também atuando como força de resistência junto aos dois poderes.

Com a reforma partidária no país no ano de 1979, outras questões surgiram na política local: além dos famigerados conflitos por prestígio e poder por parte dos dois clãs parentais, a penetração de outros indivíduos passaram a constituir novas forças estruturadas em partidos políticos que representavam renovação. Isso contribuiu para engendrar o declínio do clã Bias Fortes na política, fazendo com que a denominação da cidade de *Terra dos Bias e dos Andradas*, enfraquecendo seu significado.

Outra denominação utilizada para adjetivar Barbacena é a de *Cidade dos Loucos*, em decorrência do grande número de hospitais psiquiátricos instalados na cidade durante o século XX. Essa denominação também remete à voz silenciada dos *excluídos*, oriunda do medo, do terror e da violência simbólica que Barbacena representava para aqueles que, acometidos de doença mental ou tidos na categoria dos anormais, vinham enviados de diferentes localidades do estado e do Instituto Raul Soares de Belo Horizonte através da estrada de ferro até meados de 1960.

O deslocamento de internos chegou a ser destaque em uma obra de João Guimarães Rosa. O escritor passou um tempo na cidade servindo ao 9º Batalhão de Polícia Militar de Barbacena, durante os anos de 1936 a 1938. Provavelmente, sua permanência na cidade tenha lhe dado elementos inspiradores para o conto *Sôroco, sua mãe, sua filha*.

No conto, Guimarães Rosa assume uma participação ambígua: a de um expectador que se junta ao povo do interior do sertão para solidarizar-se com a solidão, a angústia e o desespero de Sôroco, que levava até a estação suas duas e únicas parentes, sua mãe, uma mulher de idade, e sua filha. Mãe e filha eram loucas. Sôroco tentou ficar com as duas ao seu lado, mas isso não foi possível. Desse modo, resolveu tomar a mais difícil decisão de sua vida: interná-las. O trem que as levaria passava no sertão às 12 horas e 45 minutos. O trem tinha um vagão diferente, de janelas e portas gradeadas, semelhantes aos das cadeias. Esse

comboio seguia para “um lugar chamado Barbacena, longe, pois, para o pobre os lugares são mais longe” (GUIMARÃES ROSA, s.d., p.18).

Ainda conforme o conto de Guimarães Rosa, o trem partia da estação e, “Sorôco não esperou tudo se sumir. Nem olhou. Só ficou de chapéu na mão, mais de barba quadrada, surdo – o que nele mais espantava”. Toda a “gente” que assistiu àquela cena sentiu comiseração diante do sofrimento de Sorôco, escutaram-no a entoar “a cantiga, mesma do desatino, que as duas tanto tinham cantado” (GUIMARÃES ROSA, s.d., p. 21).

A estrada de ferro também era conhecida como *nau-ferrovia dos loucos* que parava em Barbacena na Estação do Sanatório. A estação e o *trem de louco* teriam uma significação semelhante a da história narrada por Foucault (1993, p. 15 et seq.) em que, na Renascença, uma certa *nau dos loucos* levaria e desembarcaria a figura do desatino em algum porto distante, donde ele jamais regressaria. Nesse caso a *nau* é o trem – ou o *noturno*, como também podia ser chamado – que saía das cidades para o Sanatório geralmente à noite cruzando as cidades mineiras.

A Estação Sanatório foi construída no período em que funcionou a Companhia Sanatório (1870-1903), com o objetivo de evitar que os doentes tuberculosos que chegavam à instituição contaminassem a população da cidade. Quando o trem parava, os tísicos e também os doentes mentais ficavam esperando a chegada dos enfermeiros que os levariam para o hospital.

Mais tarde a Estação passou a servir à Assistência a Alienados, instituição posteriormente denominada Hospital Colônia de Barbacena. Os doentes mentais eram submetidos a uma longa viagem, acompanhados por policiais ou guardas do Instituto Raul Soares. Os loucos viajavam imobilizados, de mãos e/ou pés atados por tiras de panos fortes, ou imobilizados pelo *manchón* – conhecido também por camisa de força ou colete. Após a longa viagem, desciam na estação e seguiam para o Hospital.

Até a década de 1940, essa imagem não revoltava os barbacenenses, pois os doentes chegavam à noite ou durante a madrugada. No entanto, em 1941, em vez de desembarcarem na Estação do Sanatório, próxima ao hospício, os novos internos começaram a descer na estação principal, no centro de Barbacena. De acordo com o colunista do *Jornal Cidade de Barbacena* o acontecimento gerou protestos por parte da população devido ao constrangimento causado aos moradores da cidade e, principalmente, pela má impressão que causava aos *turistas*. Ainda conforme o colunista, aquela era uma “cena desnecessária” aos habitantes e especialmente aos “turistas” que freqüentavam a cidade durante o “veraneio” (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 16/09/1941).

A interpretação que os barbacenenses faziam da loucura era ambígua, pois se existia um constrangimento dos transeuntes com a chegada dos internos na Estação Ferroviária, havia também o sentimento de compaixão. Cobrava-se das autoridades ligadas à Secretaria de Saúde e à Prefeitura do Município uma intervenção nessa situação. Para resolver esse caso, deveriam providenciar a compra de um carro ou caminhão para transportar os pacientes, pois eles saiam do trem e seguiam a pé em longas caminhadas por cerca de 3 km de distância que separava a Estação Ferroviária do HCB. Os pacientes seguiam, conforme descrito no Semanário, “sob o frio intenso e o vento cortante da madrugada, que [registrava 8° C], com poucas vestes e quase despidos”. Durante o percurso, eram escoltados, “pacientemente, por policiais, mas de vez em quando, os loucos eram agarrados para que não [pudessem] fugir [...]”. Ainda segundo o artigo, os “infelizes” falavam, gritavam e procuravam fugir “atraindo a atenção da população” (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 16/09/1941).

O psiquiatra mineiro, Clóvis Alvim, na década de 1950, assim se referia à passagem dos internos pelas ruas da cidade:

[...] a população barbacenense assiste constrangida a passagem de doentes pelas ruas, mal vestidos, estropiados e contrafeitos, como se fossem levas de gado tangidos pelo curral, em demanda do hospital, que dista uns 2 ou 3 quilômetros da estação [ferroviária]. Esta procissão macabra de espectros humanos desfila tristemente pela cidade, procurando as ruas mais discretas para fugir à curiosidade popular. Os mais débeis não suportam a longa caminhada e desfalecem em plena via pública; outros fazem manifestações ruidosas, não raro pronunciando palavrões e fazendo gestos obscenos aos curiosos que se abeiram da manada. Por vezes, os guardas e soldados são impotentes para manter em ordem a malta de loucos. (ALVIM, 1956, p. 132)

Comparados com manada de bois, os loucos só deixaram de receber essa analogia grotesca representada pelos olhares dos moradores e *turistas* quando deixaram de ser transportados pela ferrovia. Em meados de 1960, os internos oriundos do Instituto Raul Soares e do Hospital Galba Velloso passaram a vir nos ônibus que chegavam superlotados ao Hospital Colônia de Barbacena.

Também era ambígua a posição das publicações da época ao deixar de mencionar o significado econômico que os hospitais psiquiátricos representavam para o município. Poucos documentos mencionavam a presença de uma indústria hospitalar psiquiátrica em Barbacena que propiciava empregos diretos e indiretos para uma parte significativa da população.

A presença desses nosocômios era registrada de forma secundária, por vezes silenciada, considerada uma temática de pouca relevância para a historiografia, para os jornais e para os documentários relativos à cidade. A história do HCB encontra-se registrada, em poucas páginas, apenas nas publicações de Massena (1985) e Savassi (1991).

Mesmo nos órgãos oficiais eram escassos os registros sobre os hospitais psiquiátricos. No *Plano de Ação Imediata de Barbacena*⁶³, da Prefeitura Municipal de Barbacena, há apenas um parágrafo sobre a função dos hospitais psiquiátricos. Nele está especificada a existência de dois hospitais psiquiátricos públicos, o Centro Hospitalar Psiquiátrico (CHPB) e o Manicômio Judiciário Jorge Vaz, além de mais 11 clínicas psiquiátricas privadas. No documento encontra-se uma tabela demonstrativa na qual é especificada a quantidade de empregos ofertados por esse setor à população da cidade. Os hospitais psiquiátricos empregavam, no final da década de 1970, 44 médicos, 3 enfermeiros, 110 atendentes de enfermagem e 262 funcionários administrativos para atender a 2.470 leitos distribuídos entre o CHPB e Manicômio Judiciário e 1263 leitos oferecidos nas clínicas particulares⁶⁴.

Barbacena também é conhecida como a *Cidade das Rosas*. Essa designação é encontrada desde o século XIX, quando Saint-Hilaire em seu livro *Viagens pelas províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais* descreveu que, em sua estadia em Barbacena, ele observou que a maioria das casas possuía vinhedos carregados de cachos de uvas, pessegueiros, legumes e pequenos jardins. Segundo Saint-Hilaire (1975, p. 62), as flores plantadas eram as cultivadas na Europa, como os cravos, escabrosa e amores-perfeitos. Além disso, relata que as plantações ficavam de um lado da rua e se estendiam pela encosta de uma colina e, na maior parte, eram sustentadas por muralhas que formavam pequenos terraços.

Barbacena “foi sempre famosa pelas suas flores. As rosas aí cultivadas atingem, graças ao clima, grande pujança” (MASSENA, 1985, p. 364). A qualificação de Barbacena como *Cidade das Rosas* deve-se à produção de rosas e flores no município pelos integrantes de uma colônia alemã que iniciaram o plantio por volta da década de 1930.

Em 1962, a produção e a exportação de flores renderam ao município “Cr\$ 250.000, 00”, ou seja, uma quantia representativa para a economia local (MASSENA, 1985, p. 364). Com vinda de migrantes japoneses a atividade de floricultura se expandiu, principalmente com a introdução do cultivo de rosas nas estufas. A produção de mudas e enxertos se desenvolveu bastante a partir de 1967. Tal atividade se difundiu, conforme relatado em documentos oficiais,

[...] graças às possibilidades de contínua ampliação dos mercados importadores. Por feliz coincidência o desenvolvimento da floricultura veio ocorrer justamente quando o setor industrial se retraiu em sua expansão, abrindo novos horizontes para a

⁶³ O *Plano de Ação Imediata de Barbacena* foi elaborado pelo Serviço Federal de Habitação e Urbanismo, Centro de Organização e Planejamento e Prefeitura Municipal de Barbacena.

⁶⁴ Cf. PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBACENA. *Plano de Ação Imediata de Barbacena*. SERFHAU/CENPLAN 197[.], p.78.

economia e motivando excepcionalmente o empresariado local. (PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBACENA, 197[.]).

Em 1963 foi criada uma cooperativa de floricultores, a União Barbacenense de Floricultores Ltda. (UNIFLOR), com “96 cooperados, emprega[ndo] 3 mil operários braçais” (CARVALHO, 1976, p. 364). Na década de 1970, os floricultores barbacenenses passaram a exportar para a Alemanha, Itália, Inglaterra, Estados Unidos, Argentina, entre outros países, permitindo que o poder público local institucionalizasse o título *Cidade das Rosas*, talvez com a finalidade de suplantar as duas outras denominações.

Na busca de uma identidade para a cidade e aproveitando a manifestação de orgulho que os barbacenenses demonstravam em relação ao cultivo de rosas foi introduzida a Festa das Rosas, momento no qual os munícipes têm a oportunidade de integrar toda a comunidade numa comemoração.

Em suma, ao traçar a história de Barbacena, a partir de suas adjetivações, percebe-se que o campo político é significativo, pois direciona a cultura da cidade e, conseqüentemente, condiciona a vida da população, emitindo comportamentos, normas de conduta de acordo com as práticas clientelistas dos dois clãs parentais. Foram e são as práticas de clientelismo que condiciona(ra)m e sustenta(ra)m todo um sistema de lealdades e de coerções das instituições locais.

Na leitura sobre os discursos da cidade, de um lado, têm-se os leitores especiais capazes de construir e mapeá-la conforme suas representações e práticas. Por outro lado, tem-se os cidadãos comuns que trafegam no mapa citadino interferindo ou aceitando as diversas práticas presentes no *habitus* local. Por conseguinte, os leitores privilegiados e os cidadãos comuns dialogam com as múltiplas representações/concepções e práticas da cidade que podem estar ou não em consonância com o mapa originário em que se circunscreve o político.

Historicamente, Barbacena foi *Terra dos Bias e dos Andradas* e *Cidade das Rosas*, denominações de cunho político-econômico. Entretanto, Barbacena teve essa lógica subvertida pela adjetivação de *Cidade dos Loucos*. Denominação carregada de indícios que demonstram a contestação de indivíduos *silenciados*, por algum período, ou que tiveram algum tipo de relação social com os hospícios da cidade. Foram esses cidadãos comuns que, juntamente com a imprensa, popularizam essa última denominação no cenário nacional.

3.2 Concepções e práticas no HCB

Durante o período de 1946 a 1979, o HCB passou por diversas mudanças organizacionais. De 1946 a 1968 o Hospital esteve sob a orientação da política centralizadora e expansionista do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), órgão responsável respectivamente, pelo Departamento Estadual de Saúde e a Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica. A partir de 1968, o HCB passou a ser administrado pela Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP), renomeada de Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica (FEAP) em 1971. De 1977 até o início da reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica pública ocorrida em 1979, o Hospital esteve subordinado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Diante dessas mudanças, o estudo busca resgatar e analisar as concepções e práticas psiquiátricas, e também as políticas de saúde mental, especialmente aquelas adotadas em Minas Gerais, que influenciaram o HCB, bem como enfatizar o processo de decadência do modelo de assistência e de tratamento psiquiátricos, que resultou na Reforma Psiquiátrica de 1979.

Para analisar as concepções e práticas do período de 1946 a 1979, buscar-se-á identificar o processo de criação e institucionalização da assistência a alienados, bem como as concepções e práticas desenvolvidas no HCB, que auxiliaram na identificação de sua configuração enquanto instituição importante no campo psiquiátrico mineiro.

Utilizar-se-á fontes primárias como os registros em documentos oficiais, artigos científicos e também as entrevistas com agentes significativos, que em decorrência de sua posição relacional e por ocuparem postos-chaves no HCB e nas Fundações, possuíam uma visão mais acurada das concepções e práticas existentes no Hospital. Também faz uso do documentário dirigido por Helvécio Ratton *Em nome da razão* (1979) que, com o apoio do Grupo Novo de Cinema e Associação Mineira de Saúde Mental, registrou-se as práticas no HCB.

A história das concepções e práticas adotadas no HCB pode ser dividida em três períodos que se articulam com a formação e consolidação do campo psiquiátrico mineiro. O primeiro momento corresponde aos anos de 1903 a 1945, quando a Assistência a Alienados de Minas Gerais esteve vinculada à Secretaria Estadual do Interior e à Secretaria de Educação e Saúde. Esse período foi marcado pela fundação da assistência psiquiátrica por meio da expansão de hospitais psiquiátricos em Minas e pela construção de um manicômio judiciário, localizado em Barbacena. Foi também nessa época que ocorreu a formação do campo psiquiátrico em Minas, caracterizando-se pela produção de pesquisas realizadas por

psiquiatras que, de alguma forma, estavam ligados ao Instituto Raul Soares que até então representava a supremacia na condução do campo psiquiátrico mineiro, tornando o HCB uma instituição eminentemente asilar para o tratamento e asilamento de pacientes crônicos ou incuráveis.

O segundo período refere-se aos anos de 1946 a 1967, marcado pela política de centralização do SNDM por intermédio da Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica. Os problemas decorrentes e agravados pela superlotação, pela falta de recursos financeiros, pela precarização das condições de asilamento e de tratamento, incluindo a sua inoperância, levaram o modelo dos macro-hospitais à falência.

O terceiro período, de 1968 a 1979, é o momento em que as fundações (FEAPs e FHEMIG) assumem a supervisão e manutenção dos hospitais. Foi marcado, sobretudo, pela privatização da saúde mental com o conseqüente crescimento dos hospitais privados subvencionados pelo INPS/INAMPS e pela crise nos hospitais psiquiátricos públicos. Os indícios de lutas concorrenciais no campo psiquiátrico mineiro se manifestaram no HCB/CHPB levando-o ao início do processo que resultou na Reforma Psiquiátrica.

Cabe ressaltar que, a publicização de toda legislação e normas instituídas por meio de leis, decretos-leis, regulamentos, regimentos, foram resultados de concepções e práticas psiquiátricas discutidas anteriormente por agentes competentes e ligados ao campo psiquiátrico, para depois serem incorporadas e legitimadas pelo Estado. Portanto, a delimitação em períodos da história do HCB, a partir de marcos institucionais, baseia-se nas políticas públicas instituídas e supervisionadas por aqueles órgãos supramencionados que serviram de orientação à assistência e ao tratamento da doença mental no Hospital Colônia de Barbacena (HCB).

3.2.1 A formação do campo psiquiátrico e suas concepções e práticas: 1903-1945

3.2.1.1 A Assistência e Asilo Colônia de Barbacena: antecedentes históricos até o ano de 1933

A construção de hospícios tanto nas capitais, quanto no interior dos estados brasileiros, no final do século XIX e início do século XX, resultou do esforço empreendido por alienistas preocupados em fornecer assistência e tratamento aos alienados. Os alienistas teriam a função

de tutelar e tratar os insanos, segregando-os e *excluindo-os* do convívio social em asilos-hospícios considerados instituições capazes de receber e isolar os loucos do convívio da sociedade subordinando-os à autoridade e a competência médica.

Como o advento da República, o movimento de medicalização da loucura se efetivou em decorrência da ineficácia dos tratamentos que, até então, eram praticados nos anexos das Santas Casas de Misericórdia. Pelo Decreto 1.132 de 22 de dezembro de 1903 que instituiu a Assistência Médico Legal aos Alienados outorgou ao alienista o poder de tratar dos insanos em um espaço verdadeiramente medicalizado, ficando ainda estabelecidas as relações entre o louco e a família, entre o louco e a justiça, entre o louco e o Estado, compatível com o estado de direito do novo regime.

A promulgação de uma lei foi capaz de transformar a assistência a alienados destinando-os para uma instituição médica específica, os asilos-hospícios, distribuídos pelos principais estados brasileiros. A partir de então, Estado e sociedade outorgaram ao alienista o papel central na definição da necessidade de intervenção nos casos de internação e no tratamento do louco. Isso se tornou possível dado o reconhecimento do saber psiquiátrico e da competência e autoridade médicas em intervir na sociedade, excluindo do convívio social aqueles indivíduos que atentavam contra a ordem pública e enviando-os para tratamento em hospícios. Assim, o Estado, apoiado no saber e na prática psiquiátricos, pôde seqüestrar o louco, preservar os bens da pessoa do alienado e de sua família, prevenir e defender a sociedade dos possíveis abusos e delitos dos loucos, fornecendo, portanto, mecanismos de disciplinarização da ordem pública.

Para instalar a Assistência a Alienados em Minas Gerais (Setor A do CHPB), o governo de Francisco Silviano de Almeida Brandão, em 1900, comprou os imóveis da Companhia Sanatório e a vasta área de seu terreno. Não existem muitas referências sobre o Sanatório, sabe-se apenas que era um hospital particular destinado ao tratamento de tuberculosos e de que lá havia uma edificação, não se sabe se enfermaria ou anexo, denominada de Instituto Pinel destinada ao tratamento de alienados. Segundo Tollendal (197[-], mimeo., p.1-2), a Companhia Sanatório atendia pessoas abastadas provenientes de diversas localidades do país. Para agilizar o deslocamento de doentes foi construído próximo à instituição um entroncamento ferroviário, que ficou conhecido como Estação Sanatório, conforme explicitado anteriormente.

A Lei Estadual n. 290, de 16 de agosto de 1900, que criou a Assistência a Alienados em Minas Gerais, também previa a criação de uma colônia anexa às terras da Assistência, destinando-se a receber, inicialmente, apenas loucos do sexo masculino que careciam de

tratamento psiquiátrico. A Assistência a Alienados do Estado de Minas Gerais foi inaugurada na cidade de Barbacena, sob a direção do Dr. Joaquim Antônio Dutra, em 17 de outubro de 1903. Esta data ficou registrada nos Papéis Findos entre os quais encontrava-se uma carta do diretor da Assistência a Alienados, o Dr. Joaquim Antônio Dutra, para o Secretário de Negócios do Interior, Dr. Delfim Moreira da Costa, comunicando-lhe que já estava organizando e admitindo funcionários nessa instituição para o funcionamento da Assistência.

Inicialmente, o Sanatório transformado em Assistência atendia na maioria das vezes pensionistas, pessoas pertencentes às classes mais abastadas e provenientes de várias localidades brasileiras, sendo que algumas delas haviam sido transferidas da Companhia Sanatório para a Assistência, como fica atestado no Livro de Matrículas de Pensionistas existente no Museu da Loucura do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB). Não se pode precisar, contudo, quando essa instituição passou a receber “homens e mulheres-indigentes”. Porém, o atendimento desta categoria já estava previsto pelo Regulamento do Decreto 1579 A de 21 de fevereiro de 1903.

Anos mais tarde, em 1918, o governo estadual comprou outro terreno de aproximadamente meio alqueire. Somando a área do Asilo Colônia e do Hospital Central ou Assistência (Setores A e B do CHPB) chegava-se a uma área superior a oito milhões de metros quadrados. Posteriormente, a área do complexo foi diminuída em decorrência de “invasões ou cessões” (COELHO, 1979, mimeo). Pode-se deduzir que a compra realizada pelo governo mineiro foi em decorrência da demanda crescente por atendimento e internação hospitalar, bem como das novas exigências decorrentes da urbanização e migração de indivíduos das zonas rurais para a cidade, permitindo uma maior identificação dos casos de doença mental.

A década de 1920 foi caracterizada pela criação e inauguração de novos hospitais psiquiátricos. Por causa da demanda por novas internações, o governo mineiro desmembrou a Assistência a Alienados de Barbacena construindo o Asilo Colônia em um local distinto da Assistência ou Asilo Central, distante um do outro cerca de dois a três quilômetros. Em 1922, foi inaugurado o Instituto Neuro-Psiquiátrico Raul Soares em Belo Horizonte e, em Barbacena, um outro anexo denominado de Asilo Colônia. Em 1927, o hospital da cidade de Oliveira (MG), que fora construído para receber mulheres alienadas, passou a receber em suas dependências crianças e adolescentes com problemas mentais e neurológicos. Para finalizar década, em 1929, foi inaugurado o Manicômio Judiciário de Barbacena que, sob sua guarda, deveria receber pacientes considerados inimputáveis para tratamento e aplicação de medida de segurança.

Destinado a abrigar em suas dependências os agudos ou curáveis e os pensionistas, a disposição arquitetônica do Asilo da Assistência, que depois seria denominado de Hospital Central e posteriormente Setor A do CHPB, nos remete aos asilos descritos por Esquirol (1838). Um espaço fechado, com prédios construídos e distribuídos de forma isolada, composto por enfermarias, oficinas, lavanderia, cozinha a vapor, cozinhas especiais para os pensionistas e padaria, com prédios especiais para os recursos terapêuticos (como a balneoterapia), e ainda uma capela e necrotério. O lado externo desse complexo se “[...] assemelhava a aldeias, nas quais as ruas, praças e caminhos [ofereciam] aos alienados os espaços mais variados, mais amplos, para se entregarem ao exercício necessário no estado deles” (PESSOTTI, 1996, p.171).

Quanto ao Setor B, um colunista do *Jornal O Paíz* descreveu em uma das colunas do *Jornal Cidade de Barbacena* que o Asilo Colônia tratava-se de uma colônia “modelar,” construída dentro dos “padrões mais significativos da nossa cultura científica, social e política” (ALMEIDA, 1923, p.2). A Colônia era composta por sete pavilhões dispostos em forma de um grande retângulo. Ainda conforme o artigo citado,

[...] A área central é formada [por] dois quadriláteros pelo prolongamento do pavilhão central e entre ela constitui-se os pátios. O pavilhão central, o único, destinado à administração, têm anexos lateralmente, em um só pavimento. Os refeitórios se comunicam com as copas, simétricas de um a outro lado, dos quais se tem entrada para a cozinha. Segue-se depois a lavanderia [...] O pavilhão Central é dominado por uma graciosa torre, que se eleva a 23 metros, onde existe um relógio com três mostradores. Tem-se os pavilhões de recreio [...] contendo cada um dois salões dormitórios que se comunicam com os pátios internos. Estes fazem parte da fachada principal [...] O retângulo é fechado ao fundo por dois grandes pavilhões, dispostos em linha reta e divididos ambos em quatro salões dormitórios. [Todos eles foram construídos] voltados em relação ao sol, com instalações sanitárias modernas, o assoalho é todo de madeira betuminada com passagem de ladrilhos, as escadarias do torreão de mármore de Carrara [...], as janelas amplíssimas defendidas por grossos cristais de fabricação especial, dentro dos quais mal se percebe a trama de ferro que os tornam inquebráveis sem lhes empanar a transparência. (ALMEIDA, 1923, p. 2)

O prédio central e os demais pavilhões, construídos na década de 1920 na Assistência, se assemelhavam, conforme descrição de Almeida, à idéia do Panóptico de Bentham, analisado por Foucault e caracterizado pelo princípio do olhar onipresente sobre “tudo que o que [ali] se passa,” pela sociedade de vigilância total, cujos princípios também poderiam ser aplicados às instituições psiquiátricas (FOUCAULT, 1977, p.177).

O Decreto n. 6.169 de 31 de agosto de 1922, que aprova o Regulamento da Assistência a Alienados em Minas, expõe o reconhecimento do Estado quanto a competência médica em intervir efetivamente junto à população prevenindo-a dos efeitos da loucura pelo

tratamento precoce dos estados mórbidos que poderiam conduzir à alienação mental e pela “vulgarização das noções de eugenia premonitórias da degeneração mental,” salientou o Secretário do Interior, Afonso Penna Junior, com o aval do Presidente de Minas, Arthur da Silva Bernardes ao justificar a necessidade de outorgar o referido Decreto.

Conforme evidenciado no Capítulo 1, o alargamento da Psiquiatria, no século XX, ocorreu a partir da descontinuidade do saber psiquiátrico que se manifestou no Brasil com Juliano Moreira. O seu intento era conseguir uma objetividade científica para a Psiquiatria similar a do campo da Medicina. Por meio de seus estudos no campo da etiologia orgânica dos distúrbios mentais encontrou na teoria da degenerescência subsídios que lhe fornecesse substrato teórico para criar o estatuto de cientificidade para a Psiquiatria.

A noção de periculosidade estende a abrangência do campo psiquiátrico separando os indivíduos entre normais e anormais e a subdivisão dos anormais em diversas categorias. Surgem planos de prevenção contra doença mental e a criminalidade por meio da assistência daqueles indivíduos considerados em seus estados mórbidos de doença social, ocasionados pela sífilis, alcoolismo, toxicomania, epilepsia, entre outras enfermidades, e que requeriam um tratamento precoce nos indivíduos por representarem um grande risco à ordem pública. Além disso, a fundamentação baseada na transmissão hereditária, cujo respaldo pode ser encontrado no organicismo, entende que esses indivíduos eram suscetíveis ao desencadeamento de um processo de degeneração, podendo comprometer a sua descendência. Dessa forma, não era apenas os loucos propriamente ditos que poderiam ser psicopatologizados, mas também outros tipos de anormais. A disciplinarização dos indivíduos, cujas anomalias se circunscrevessem dentro de um conjunto de doenças sociais, deveria ser controlada por um novo tipo de assistência, as colônias agrícolas. Nesses locais, os anormais que fossem recuperados tornar-se-iam força produtiva e aptos para o trabalho, podendo conseqüentemente contribuir para o desenvolvimento econômico da Nação.

Simultaneamente, as concepções científicas baseadas no método de Kraepelin e associadas à teoria da degenerescência foram absorvidas pelos psiquiatras e incorporadas às políticas públicas de assistência aos alienados, permitindo que novas classificações das enfermidades legitimadas permitindo a distribuição dos pacientes de acordo com a sua afecção mental nos hospitais ou nas colônias agrícolas, sendo que nestas deveriam ser submetidos à laborterapia ou praxiterapia e à assistência hetero-familiar.

Quanto à distribuição dos pacientes nos dois setores do Hospital Colônia (denominação recebida após 1922) pode-se determinar que: o Setor A ou *Asilo Central* era formado por diversas enfermarias destinadas aos pacientes agudos ou curáveis do sexo

feminino e contendo ainda pavilhões para pensionistas de ambos os sexos; o Setor B ou *Asilo Colônia* era formado por uma parte aberta e outra fechada, esta última composta de enfermarias para agudos do sexo masculino e pacientes com doenças infecto-contagiosas de ambos os sexos. O regime *open door* era reservado para pacientes crônicos, na maioria das vezes indivíduos do sexo masculino geralmente transferidos do Instituto Neuro-Psiquiátrico Raul Soares e que, por seqüelas de sua doença, por problemas de carência socioeconômica e/ou pela perda de vínculos familiares, deveriam ser reeducados.

De acordo com o Decreto n. 6.169 de 1922, o regime *open door* se circunscreve dentro do princípio de “liberdade vigiada” que se opõe ao isolamento em enfermarias ou celas, consistindo em um local que se apresenta de maneira eficaz na recuperação do alienado porque não irrita os pacientes e confere uma ilusão de liberdade, tornando-os mais suscetíveis à disciplinarização para o trabalho, para a vida em sociedade.

O mesmo Decreto instituiu, ainda, a figura do *colono* como uma nova categoria social presente no hospício. O colono era o paciente que havia recuperado sua sanidade mental, mas que, dada a sua condição de indivíduo marginalizado, não conseguia ser absorvido no mercado de trabalho, sendo então *empregado* em atividades ligadas à agropecuária. Os que não se adaptavam à lavoura, à criação de gado bovino, de suínos e à avicultura, caso mostrassem aptidões para algum outro ofício, seriam destinados às oficinas da instituição que objetivavam recriar um espaço semelhante àqueles encontrados nas indústrias. O Regulamento também determinava que a administração hospitalar se encarregasse de repassar um auxílio pecuniário, pagando-lhe 10% sobre a renda obtida com a venda dos produtos comercializados. Caso a instituição não tivesse como pagar esse dinheiro ao interno, tal porcentagem deveria ser *compensada* com objetos destinados ao seu uso.

Os 90% restantes da renda obtida com o trabalho do colono seriam considerados recursos gerais da Assistência a Alienados. Os 10% eram dados ao interno como forma de *prêmio* – o que escondia a sua real condição de subemprego e mão-de-obra marginalizada. No entanto, supõe-se que a maioria dos *ex-loucos*, imobilizados pelo domínio da assistência pública e pelo estigma de sua doença, tornava-se um agente com poucas condições de se integrar no mercado de trabalho, sendo útil, porém, à sustentação dos cofres públicos.

Tanto o diretor do Asilo Colônia de Barbacena, Dr. Joaquim Dutra, quanto o diretor do Instituto Raul Soares, Lopes Rodrigues, a exemplo de outros psiquiatras brasileiros, consideravam que a melhor terapia para a loucura era o trabalho. Segundo Dutra, citado no Capítulo 1, o uso do trabalho no tratamento das doenças mentais ajudava a orientar as agitações estéreis para atividade útil, conforme as aptidões dos alienados. No entanto, o

trabalho não poderia ser visto como um “dogma intangível”, o que ocasionaria vários danos aos portadores das psicoses agudas levando-os à incurabilidade, posto que a função da assistência a doentes mentais não poderia perder de vista o seu objetivo primordial, a cura, e nem a readaptação do doente mental através do “*trabalho tratamento*”. (DUTRA, 1933, p. 6, grifos do autor).

O alienista em questão considerava o trabalho como um auxiliar terapêutico e não como fonte de especulação, conforme pensavam alguns administradores e médicos. Provavelmente, parte dessa crítica era destinada a Lopes Rodrigues, diretor do Instituto Raul Soares, onde a laborterapia passou a ser uma atividade normal dos internos. Quase todos os doentes, fossem eles profissionais liberais, pedreiros, carpinteiros, cocheiros, costureiras ou hortelãos, eram aproveitados em atividades produtivas. Mesmo para Lopes Rodrigues (1930), a laborterapia não era recomendada aos pacientes que apresentavam formas agudas da doença, para esses pacientes estava reservada a clinoterapia, como visto no Capítulo 1.

Apesar dos esforços do governo de Minas e do então diretor do HCB, o Dr. Joaquim Dutra, de tornar a Assistência a Alienados de Barbacena uma instituição modelar, a superlotação já se constituía como um sério problema a ser enfrentado. Com a construção do Asilo Colônia pretendia-se resolver os problemas decorrentes das demandas por internação. Entretanto, Joaquim Dutra, em 1923, isto é, um ano depois da inauguração da Colônia, expediu uma carta ao Chefe de Polícia comunicando-lhe que não havia vagas para as *mulheres-loucas* porque os dormitórios estavam repletos e as internas dormiam espalhadas pelos corredores do Hospital. Desse modo, seria necessário suspender, pelo menos por dois meses, as autorizações de novas internações, pois chegavam todos os meses à Secretaria dos Negócios do Interior “48 autorizações para a reclusão de mulheres”. Na referida carta, o diretor asseverava que caso algumas delas fossem remetidas para o hospital seria “obrigado a mandá-las para a cadeia local à espera de lugar” (DUTRA, 1923, p.1). Pedido esse, reiterado ao Chefe de Polícia, alguns anos depois, em 1925.

Dois anos após a inauguração do Asilo Colônia, em 1924, a superlotação já havia se tornado um grave e constante problema a ser enfrentado pela administração do HCB. Assim,

[...] o inevitável aconteceu: a instituição passou a apresentar numerosas falhas, e não obstante [...] entrou em total decadência. Entendemos que as dificuldades de comunicação, na época, entre Barbacena e Belo Horizonte, onde estava centrado o “poder” e também o “saber” (pela absorção dos valores médicos e científicos que vinham despontando na nova capital), levaram Barbacena a ser colocada em segundo plano, como um “local de isolamento” ou de “loucos furiosos” num interior distante da capital, tudo concorrendo para aumentar a decadência da Instituição, então chamada de “depósito de loucos,” “asilo prisão”. (MORETZSHON, 1989, p. 25)

A medicalização e a psiquiatrização de doentes mentais e de indivíduos inseridos na categoria de anormais tornou mais abrangente o campo da Psiquiatria, possibilitando o desenvolvimento de novas modalidades de assistência como os hospícios colônias ou colônias agrícolas, manicômios judiciários, e ainda possibilitou a criação de novas práticas que visavam à reeducação e ressocialização do interno como a laborterapia, a ergoterapia e a assistência hetero-familiar. Localizada nas adjacências do hospício original, foi criado um novo espaço: a colônia, que destinava-se a atender a uma população considerada como anormais que poderiam desvirtuar a ordem social como os alcoólatras, sífilíticos, epiléticos, prostitutas e delinqüentes, então diferenciados dos doentes mentais, conforme já explicitado no Capítulo 1.

Ficaram demonstradas a formação do campo psiquiátrico mineiro e as especificidades da assistência asilar mantidas no hospício e na colônia que foram realizadas pela Assistência a Alienados de Barbacena que, posteriormente, foi denominada Hospital Colônia Barbacena. Demonstrou-se também que este período foi marcado pela demanda de novos casos de internação, sendo necessária a criação e expansão de hospitais psiquiátricos. Com a criação do Instituto Raul Soares destinado a agudos, o HCB iniciou o seu processo de modificação para uma instituição voltada eminentemente para a assistência aos pacientes crônicos.

3.2.1.2 Consolidação e institucionalização do campo psiquiátrico em Minas e as práticas terapêuticas nos hospícios: 1933 a 1945

O campo psiquiátrico em Minas Gerais institucionaliza-se com a edição do Decreto-Lei n. 11.165 de 1933 e, posteriormente, com o Decreto-Lei n. 11.276 de 1934 que regulamenta as normas do Regulamento da Inspeção Geral de Assistência Hospitalar e de Alienados em Minas Gerais, e dispõe sobre a assistência a psicopatas⁶⁵, bem como a atribuição de seus estabelecimentos.

Para a redação do Regulamento foi constituída uma comissão coordenada pelo Diretor Geral da Assistência, o Prof. Dr. Zoroastro Passos. A Comissão era formada pelos psiquiatras:

⁶⁵ Denominação utilizada após a publicação do Decreto n. 5148-A de 1927 que dispõe sobre as normas de Profilaxia e Higiene Mental e reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal (Rio de Janeiro), até então denominada de Assistência a Alienados.

Prof. Dr. Cunha Lopes, Prof. Dr. Galba Moss Velloso, Dr. José Felicíssimo de P. Xavier, Dr. Francisco de Sá Pires e pelos diretores Dr. José Concesso Filho, do Hospital Colônia de Barbacena, Ermelindo Cunha Lopes, diretor do Instituto Raul Soares (IRS), e também o diretor do Hospital de Oliveira, todos eles encarregados de classificar os cuidados com a assistência a psicopatas nos hospitais psiquiátricos do estado de Minas Gerais.

O referido Decreto atesta que a Psiquiatria é uma especialidade autônoma da Medicina. Além disso, impõe a supremacia do saber psiquiátrico e das práticas desenvolvidas no Instituto Neuro-Psiquiátrico Raul Soares de Belo Horizonte em relação ao Hospital Colônia de Barbacena. Tornando o IRS um centro de observação e de pesquisa científica, passou-se a ministrar ali o ensino e estágios em Psiquiatria e Neurologia em convênio com a Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, conforme ficam registrados no regulamento do Decreto-Lei n. 11.276 de 1934 e nos artigos da *Revista Arquivos da Assistência Hospitalar de Minas Gerais*, revista esta publicada entre os anos de 1933 a 1940.

Diversos autores como Alvim (1956), Coelho (1979), Moretzsohn (1989) Magro Filho (1992) e Duarte (1996) concordam que, com a redação do Regulamento da Inspeção Geral Assistência Hospitalar a Alienados pelo Decreto-Lei n. 11.276 de 1934, ficaram legitimadas e fortalecidas as concepções e práticas dos psiquiatras que fundamentaram os seus conhecimentos na Psiquiatria moderna como o organicismo alemão, já praticado no Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Pernambuco. Além disso, por meio da Inspeção Geral de Assistência Hospitalar e de Alienados os psiquiatras passaram a exigir do Estado um tratamento de acordo com as “exigências da ciência médica, pois o alienado não [podia] ser relegado a planos secundários, como se sobre ele ainda pesasse o ominoso preconceito medieval, diante do qual ele não era senão um ser possuído pelo demônio,” conforme fica registrado na apresentação da justificativa do Regulamento do Decreto-Lei n.11.276 de 1934.

A mudança do termo *alienado* para *psicopata*, em referência aos doentes mentais e anormais, encontra-se referida nos seguintes documentos: em âmbito nacional no Decreto-Lei n. 24.559 de 3 de julho de 1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas; em Minas Gerais no Decreto-Lei n.11.276 de 27 de março de 1934, que dispõe sobre o Regulamento da Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais e dá providências à assistência a psicopatas e à atribuição de seus estabelecimentos; e no Regimento Interno do Hospital Colônia de Barbacena de 1937, redigido pelo Dr. José Cezarini.

O conceito *alienado* já havia sido divulgado em um artigo de Juliano Moreira intitulado *O novo agrupamento nosográfico das doenças mentais* do Dr. Kraepelin, em 1922.

Por meio desse estudo, a categoria das personalidades psicopáticas que “explicita a noção médica de anormais” passa a incluir todos degenerados como os sífilíticos, os epiléticos e alcoólatras. Dessa forma, na categoria dos psicopatas, além dos degenerados, estão incluídos também os estados mórbidos classificados por Kraepelin “como congênitos – nervosidades e psicopatias dos irritáveis, instáveis, instintivos, disputadores, mentirosos e fraudadores, anti-sociais, tocados, exaltados, fanáticos” (MOREIRA *apud* PORTOCARRERO, 2002, p. 63).

O Regulamento de 1934 trouxe uma nova forma de distribuição dos internos entre os Hospitais de Belo Horizonte, Barbacena e de Oliveira e os métodos terapêuticos que deveriam ser empregados nos referidos hospícios. O Instituto Raul Soares (IRS) receberia para atendimento, prioritariamente, de pacientes agudos. O HCB atenderia aos pacientes agudos da cidade e de localidades próximas a Barbacena e os crônicos enviados pelo IRS. Para o Hospital Neuro-Psiquiátrico Infantil de Oliveira destinavam-se as crianças e adolescentes com problemas mentais e neurofisiológicos. Todavia, não se pode precisar em que ocasião desse período as mulheres tidas como pacientes crônicas foram transferidas para a colônia do HCB, ocasionando no mesmo espaço uma mistura sem critério daqueles que ali se agregavam.

No caso do Hospital Colônia, poucas foram as modificações ocorridas com o Decreto-Lei de 1922. Assim, de acordo com o Decreto-Lei n.11.276 de 1934, a distribuição dos internos se faria a partir dos critérios reunidos do seguinte modo: a) Setores: Setor A (Assistência) e Setor B (Asilo Colônia) e pavilhões ou enfermarias desses dois setores; b) Sexo: masculino e feminino; c) Curabilidade ou incurabilidade: agudos e crônicos; d) Critério econômico: indigentes e pensionistas, estes últimos estavam na instituição para aproveitar as condições climáticas e a praxiterapia.

Em sua grande maioria, a clientela de internos do HCB era formada por “alienados indigentes” que, acometidos por psicoses agudas ou curáveis que demandassem repouso ou isolamento, deveriam ser destinados para as enfermarias dos pavilhões, onde seriam constantemente vigiados. Os pacientes, geralmente transferidos do Instituto Neuro-Psiquiátrico Raul Soares, ou seja, os incuráveis e os degenerados que demandavam longo prazo de internação, compunham a categoria dos crônicos. Esses casos deveriam ser conduzidos para internação na parte Colonial (Setor B) destinada aos doentes que se adaptassem ao regime de liberdade vigiada (*open door*) e que fossem aptos a receber tratamento ou pelo trabalho como meio de readaptação da atividade, ou pela assistência

hetero-familiar como meio de reintegração social, devendo esses ficar na parte aberta do hospital, na colônia⁶⁶.

Conforme estabelecido na *Parte Especial* do Decreto-Lei n.11.276 de 1934, o Instituto Raul Soares deveria funcionar como “pavilhão de observações e com mecanismo distribuidor,” devendo as novas internações ser realizadas, primeiramente, no Instituto. Nesse local, os indivíduos eram “observados, estudados e, se reconhecida a cronicidade ou incurabilidade do caso, eram remetidos às colônias” de Barbacena ou Oliveira, configurando o caráter excludente delegado aos dois Hospitais.

Nos hospitais colônias, os enfermos de ambos os sexos, deveriam desempenhar trabalhos na agricultura e nas pequenas indústrias existentes em suas dependências. Seria dupla a vantagem, conforme afirmava o Decreto. Assim,

[...] não só o doente mental deriva a sua atividade mórbida, nociva e perigosa, em atividade produtiva e disciplinada – o que acarreta uma sensível melhoria para o seu estado mental – como ponto de vista econômico, passa a ser uma fonte de renda, ele que era um parasita, um peso morto ao orçamento do Estado. (PARTE ESPECIAL DO DECRETO-LEI n.11.276 de 1934)

A institucionalização do campo psiquiátrico em Minas Gerais foi marcada pela produção de conhecimentos e técnicas, especialmente no ano de 1934. O campo foi impulsionado pelas pesquisas científicas realizadas com pacientes do Instituto Raul Soares que resultaram em publicações realizadas pelos psiquiatras, considerados expoentes nacionais, e pelos médicos mineiros nas revistas *Arquivos da Assistência Hospitalar do Estado de Minas*, editadas em 1933 e 1934 e patrocinadas pela Diretoria de Assistência Hospitalar de Minas, e nos *Arquivos de Neurologia e Psiquiatria*, de 1940. Nesses artigos foram publicadas as concepções e práticas vigentes na época, bem como as práticas e os recursos terapêuticos desenvolvidos no Instituto Raul Soares e no HCB. A produção científica contribuiu para que os especialistas mineiros comesçassem a participar dos debates sobre o que seria cientificamente mais correto no campo da Psiquiatria, como foi visto no Capítulo 1.

Além disso, as tentativas de ressocialização do doente mental deveriam ser realizadas, principalmente, por meio da assistência hetero-familiar e da praxiterapia. A assistência hetero-familiar caracterizava-se pela adoção do enfermo mental por um hospedeiro ou nutrício, isto é, um chefe de família ou pequeno sitiante residente nas proximidades do hospital. O alienado deveria receber por parte deste “carinho familiar,” ser “admitido à mesa,” e “ser obrigado a trabalhar mais do que cinco horas por dia” (Art. 164 a 167 do DECRETO n. 11.276 de 1934).

⁶⁶ Cf. Art. 19 DECRETO-LEI n. 11.276 de 1934 e REGIMENTO DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA, 1937.

As questões das práticas de asilamento e de tratamento presentes na história do HCB são fundamentais no entendimento do modelo asilar e de reclusão sustentado pela instituição ao longo de décadas, acrescida das condições facilitadoras para outras práticas que se instalaram no HCB.

3.2.1.3 Outras práticas no HCB

Ao contrário do que dispunham os Regulamentos dos Decretos de 1922 e o Decreto de 1934, a laborterapia, enquanto recurso terapêutico que visava à recuperação dos internos, permitiu que outras possibilidades surgissem para suprir as deficiências dos hospitais. No Instituto Raul Soares, o diretor Lopes Rodrigues demonstrou que o seu uso era variado. Assim, o psiquiatra referiu à laborterapia praticada no Instituto:

[...] Foram lavradas as áreas interiores, fabricados milheiros de adobes, erguidos paredes e muros, costuradas centenas de peças, para não dizer toda a costura do estabelecimento, iniciados jardins, leiras e latadas, desenvolvida a horta, fabricados colchões e travesseiros, aproveitados alguns em trabalhos de escrita, catalogados por outros volumes da biblioteca, por fim dentro de um ano, abertas cadernetas na Caixa Econômica, em benefício daqueles que, capaz[es] de uma pronunciada readaptação social, foram contemplados, após bons serviços, nas folhas de vencimentos do Instituto, ao passo que se iam verificando as vagas de empregados [: alguns pacientes foram admitidos como funcionários no hospital]. (LOPES RODRIGUES, 1930, p.76)

Em 1937, o alienista José Cezarini, ex-diretor do Hospital Colônia de Oliveira, assumiu a direção do Hospital Colônia de Barbacena. A partir dessa administração, aumentou o número de pacientes no hospício, enquanto que os gastos do nosocômio diminuíram, fato que fez o diretor merecedor de elogios pelo governo estadual. Sabe-se diminuição das despesas foi motivada pela produção e comercialização de legumes, verduras e de pães, e também pela excelente produção e pela notável qualidade dos produtos colhidos na chácara anexa ao Hospital. Logo, o Semanário barbacenense publicaria matéria afirmando que os produtos por sua qualidade “[gozavam] de merecida fama no mercado” (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 13/02/1937).

Cezarini resolveu então ampliar as instalações da padaria e, em vez de direcionar a fabricação de pães para o abastecimento do hospital, vendia-os à população. Tal medida gerou protestos dos panificadores, que não conseguiam competir com os preços cobrados pelo hospício. As causas da inviabilidade da concorrência foram apontadas pelos padeiros: “o Hospital Colônia está comercializando pão sem pagarem impostos [...] O pão do hospital pesa

240 gramas e custa quatrocentos réis, enquanto que o do comércio pesa 180 gramas com o mesmo preço” (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 13/02/1937).

Os padeiros da cidade ameaçaram entrar em greve, sendo apoiados pela Associação Comercial, que denunciava a concorrência desleal na comercialização de pães pelo Hospital Colônia. Por intermédio da associação, os panificadores alegavam que a diminuição de custos que incidiam sobre o preço do produto devia-se à isenção de impostos do hospício pelo Estado. Contudo, deve-se considerar a presença de outros elementos que convergiam para a queda do custo dos pães. Como no quadro de pessoal do Hospital não existia a função de padeiro, é possível afirmar que eram os internos que trabalhavam na panificação.

Ainda durante a administração de José Cezarini, os *loucos mansos* também foram aproveitados como coveiros por ocasião de um acidente que envolveu dois trens de passageiros numa localidade próxima à Barbacena, quando morreram 43 pessoas. Em decorrência desse acidente, Cezarini disponibilizou o carro da direção para transportar médicos, autoridades municipais e famílias dos acidentados. Entretanto, conforme veiculado em uma crítica sobre a utilização daquele veículo pelo Hospital em um dos jornais da cidade, o carro nunca era utilizado para o transporte dos “infelizes dementes, escoltados pela polícia, [mas fez com que] caminhassem trôpegos, amarrados, e quase despidos, nas noites frias, em direção ao hospício” (JORNAL O NACIONALISTA, 19 e 20/12/1938).

Essas práticas e outras que hoje possam parecer agressivas, não o eram na percepção daqueles que lá trabalhavam. Uma ex-funcionária da instituição, em uma carta anônima endereçada à direção do Museu da Loucura do CHPB⁶⁷, defendeu a necessidade das práticas terapêuticas, pois na sua visão o HCB era para o tratamento de doentes agressivos e furiosos. Vejamos o que dizia a carta:

Fiquei muito triste ao visitar este Museu, pois fui funcionária neste hospital, de 1.937 a 1.949. Foi no tempo do Dr. José Cezarini, Dr. Jorge Teixeira e Dr. Concesso. Durante esse período (sic) nunca via judiar de doente algum. Usava-se camisa de força [em algumas] doentes que tinha mania de suicídio, manchão somente as que eram muito agressivas, celas as furiosas demais, isto que vi é exagero demais. Minhas tias trabalharam neste hospital, meus irmãos [também]. Perdi um irmão com 21 anos que contraiu febre tifo aí neste hospital. Um outro meu irmão, o doente veio por traz e cortou sua nuca com um pedaço de latão do estrado da cama, não morreu também por um milagre. Vi muitas doentes chegarem agitadíssimas e com tratamento de eletro-choque ficaram boas, inclusive eram tão nossas amigas que até hoje ainda frequenta a minha casa, uma ainda que existe (sic). Uma ex- funcionária que não aceita tanta difamação. (ARQUIVO DO MUSEU DA LOUCURA DO CHPB/FHEMIG)

⁶⁷ No Museu da Loucura do CHPB, os visitantes podem ver e ter contato com a história da instituição através de diversas fotos, documentos, instrumentos utilizados nas práticas terapêuticas, em diferentes épocas.

Buscou-se, num breve espaço, demonstrar a consolidação do campo psiquiátrico em Minas Gerais, bem como a sua institucionalização, ressaltando o papel desempenhado por alguns psiquiatras e pelas ações do Estado na regulação do campo. Além disso, a história das concepções e práticas do HCB até aqui explicitadas, revela-se importante para o entendimento das características e configurações assumidas e presentes na instituição. Essa reconstrução tem como objetivo fornecer subsídios necessários à compreensão da permanência de determinadas concepções e práticas naquela instituição, assim como as mudanças introduzidas no Hospital como, por exemplo, a sua transformação em hospital destinado ao atendimento de pacientes crônicos.

3.2.2 O modelo macro-hospitalar e sua decadência: 1946-1968

3.2.2.1 As práticas asilares e a gestão da Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica: 1946-1968

Com a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais, em 1941, ampliaram-se as medidas de controle, em parte influenciadas pelos preceitos da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). A criação do Serviço de Profilaxia Mental nos estados brasileiros possibilitou que ambulatórios e dispensários atuassem, preventivamente, na difusão de normas higiênicas. A instalação dos ambulatórios e dispensários junto aos hospícios e, em alguns casos, nas dependências dos hospitais gerais, possibilitou o funcionamento desses locais como pontos de triagem e de acompanhamento daqueles que recebiam alta hospitalar. Além disso, esses locais tinham a função de abrandar a incidência de reinternações nos hospitais psiquiátricos, diminuindo a superlotação e os custos financeiros que oneravam o erário público, apesar de serem poucos os recursos destinados aos hospícios.

Pela instituição do Decreto-Lei n. 1751 de 29 de abril de 1946, reorganizou-se o Departamento Estadual de Saúde, e ao mesmo tempo, criou-se a Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica, órgão responsável pelo Serviço de Assistência aos Psicopatas Adultos e do

Serviço de Psiquiatria Infantil. Na edição desse Decreto, o diretor do Departamento Estadual de Minas Gerais, Alvino Moreira de Paulo, argumentou que “a saúde pública é antes de tudo e acima de tudo, um problema econômico do Estado”. Diante disso, o governo mineiro planejou uma reforma sanitária para melhorar e ampliar os serviços da administração pública, reeditando antigos preceitos de prevenção através de políticas públicas, cujos objetivos consistiam na promoção da melhoria da raça e na recuperação da capacidade de trabalho de indivíduos considerados, até então, como inválidos.

Iniciada em 1946, a reforma sanitária promovida pelos serviços de saúde e de assistência do Departamento Estadual de Saúde de Minas Gerais e pela Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica não logrou grandes avanços em relação aos problemas da época. Segundo Resende (1990), todos os principais hospícios brasileiros encontravam-se numa situação caótica. O hospício de Barbacena que abrigava 3.200 enfermos, “desdobram em verdadeira pletora” (MAIA *apud* RESENDE, 1990, p. 54). Ainda, segundo Resende, “a superlotação não era um traço específico da instituição de Barbacena, mas, assim como em outros locais, a sua incidência denunciava a ineficácia das instituições psiquiátricas” (RESENDE, 1990, p.54).

A política adotada pelo SNDM visava baratear os custos operacionais e de funcionamento dos hospitais, priorizando o aumento do número de pacientes internados no macro-hospital. Na avaliação de Cerqueira (1989, p.74) os hospitais psiquiátricos, terapeuticamente, rendiam pouco. Rendiam pouco, levando em conta as variáveis como, por exemplo, o tempo médio de permanência do paciente no hospital, a sua readmissão, a capacidade de renovação anual e, especialmente, a taxa elevada de óbito, quando comparada com os índices de óbito presentes na população.

No QUADRO 1 são apresentados dados relativos aos índices da eficiência do macro-hospital, como pode ser verificado abaixo:

QUADRO 1

ÍNDICES SUGESTIVOS DA EFICIÊNCIA DO MACRO-HOSPITAL

Ano	Doentes em 31.12.	Readmissão sem admissão	Renovação Anual	Taxa de óbito	Tempo de permanência (TMP/dias)
1. COLÔNIA JULIANO MOREIRA, JACAREPAGUÁ, RIO- SNDM					
1950	3.698	142:100	0,45	19,1	801
1955	3.745	179:100	0,50	17,9	694
1960	4.123	200:100	0,40	19,5	865
1965	4.553	255:100	0,50	8,6	732
1966	4.672	254:100	0,50	9,8	681
1967	4.923	255:100	0,50	10,7	877
2. HOSPITAL E COLÔNIAS DE JUQUERI, ESTADO DE SÃO PAULO					
1950	4.211	?	0,18	23,9	1.968
1955	5.504	?	0,16	31,4	2.234
1960	11.399	65:100	0,39	15,8	927
1965	14.393	40:100	0,20	26,0	1.863
1966	14.096	38:100	0,25	21,3	1.428
1967	13.637	42:100	0,21	22,2	1.356
3. COLÔNIA DE BARBACENA, ESTADO DE MINAS GERAIS					
1950	2.479	20:100	0,50	37,6	735
1955	2.597	34:100	0,60	43,0	564
1960	5.225	23:100	0,40	38,4	886
1965	4.399	52:100	0,70	20,2	479
1966	5.449	65:100	0,70	31,9	399
1967	5.103	60:100	0,80	26,5	427
4. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SÃO PEDRO, ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL					
1950	2.898	77:100	1,10	12,1	330
1955	3.217	86:100	1,30	8,9	275
1960	3.933	107:100	1,60	5,6	218
1965	4.297	148:100	2,00	3,5	184
1966	4.255	161:100	2,20	2,5	163
1967	4.308	167:100	2,20	2,5	151
TOTAL DAS 4 INSTITUIÇÕES ESTUDADAS					
1950	13.286	80:100	0,55	23,1	958
1955	15.063	100:100	0,64	25,3	941
1960	24.680	99:100	0,70	19,8	724
1965	27.642	123:100	0,85	12,1	814
1966	28.472	129:100	0,91	16,3	668
1967	27.971	123:100	0,92	15,4	703
TOTAL NO BRASIL, INCLUINDO O MACRO-HOSPITAL					
1950	24.234	30:100	1,02	11,3	358
1955	34.550	35:100	1,17	8,2	312
1960	49.173	49:100	1,34	6,2	272
1965	61.318	55:100	2,20	3,3	214
1966	66.381	56:100	1,87	4,5	194
1967	67.780	58:100	2,00	3,5	183

FONTE: SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS -1950-1967 (*apud* CERQUEIRA, 1989, p.76).

A ineficiência da assistência psiquiátrica era visível nos hospícios de diferentes estados brasileiros. A superlotação agravava ainda mais a precariedade desses hospitais, refletindo o péssimo atendimento, asilamento e tratamento dos doentes mentais.

Conforme os dados coletados durante os anos de 1950 a 1967 por Luiz Cerqueira acerca da eficiência dos macro-hospitais brasileiros. O Hospital Colônia de Barbacena se destaca entre os demais hospitais pela renovação anual de pacientes e pela elevada taxa de óbitos durante esses anos.

As Mensagens do Executivo de Minas Gerais ao Legislativo registravam, a cada ano, a necessidade do Estado solucionar a situação relativa à superlotação. Na visão do governo, a solução do problema requeria a construção de novos hospitais psiquiátricos regionais, propostos desde as décadas de 1920 e 1930, não chegando, porém, a ser edificadas. Havia também, a necessidade de reformas e construção nos pavilhões existentes, como também a construção de novos prédios no Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte, e no Hospital Colônia de Barbacena.

Nos relatórios cedidos ao psiquiatra Dr. Clóvis Faria de Alvim pelos diretores do HCB, o Dr. José Jorge Teixeira (1947-1950) e o Dr. Oswaldo Fortini (1951-1954), constatam-se os problemas do HCB. Segundo Alvim, durante a administração desses diretores, os problemas agravaram-se ainda mais em decorrência da “deficiência de pessoal e de recursos materiais, que, no interior do Estado, eram ainda mais difíceis de chegar”. Alvim ainda argumentou que,

[...] o Hospital Colônia é para doentes crônicos, deteriorados que não podem viver no convívio familiar. A situação é difícil de resolver, pois para cada alta temos quatro candidatos. Não concordo com a idéia de se tratar dos epiléticos e outros doentes fora do Hospital-Colônia. Contudo, acho boa a idéia de se criarem ambulatorios para o tratamento para os casos de doentes mentais [agudos]. Outra medida importante é o tipo de assistência familiar que fica mais barato do que o Hospital-Colônia. (ALVIM, 1956, p.133)

A posição sustentada por Clóvis Alvim de que o HCB devia ser destinado aos “crônicos deteriorados” e que não podiam compartilhar do convívio social era mais rígida do que as disposições estabelecidas nos Regulamentos dos Decretos-lei de 1922 e de 1934. A afirmação de Clóvis Alvim de que o HCB deveria ser um local para *crônicos deteriorados* tem respaldo na Psiquiatria do início do século XX. Como afirma Portocarrero (2002, p. 78 et seq.) o discurso psiquiátrico articulava um conjunto conceitual moral associando-o a

elementos fisiológicos, procurando dar-lhes certa homogeneidade, negando, desse modo, a existência de contradições entre eles.

A posição de Alvim assemelha-se à de Juliano Moreira na década de 1920. Este articulou elementos da teoria da degenerescência e os incorporou ao método de Kraepelin. Assim, para aqueles indivíduos considerados potencialmente um problema social, como os epiléticos, alcoólatras e delinqüentes foram criadas as colônias agrícolas, separando-os dos *verdadeiros* doentes mentais. O modelo de assistência hetero-familiar também permitiria que essas categorias de indivíduos fossem reeducadas pelo trabalho, tornando-as produtivas.

As condições de asilamento eram precaríssimas: instalações sanitárias eram insuficientes para atender aos internos, os pátios não tinham calçamento e os pavilhões eram “inadequados e pequenos” para o grande número de doentes. O material das enfermarias também estava corroído pelo tempo e constantemente danificado pelos internos. No relatório do diretor Dr. Fortini, em 1947, estava descrito que “os doentes viviam ali à semelhança de suínos, isto é, tendo de pisar um lamaçal para respirar uma atmosfera impregnada de odores fétidos de fezes e urina”. Acrescentou ainda, “os abrigos ao ar livre não [comportavam] a décima parte da população; em dias de chuva, os pacientes [eram] reclusos [sic] aos pavilhões, ou melhor, em áreas cobertas como se fossem animais em estábulos” (ALVIM, 1956, p. 132).

No relatório de 1948, elaborado pelo diretor do HCB, o Dr. Teixeira, o hospício não dispunha de pavilhões para as moléstias intercorrentes e nem para o isolamento de doenças infecto-contagiosas. Não tinha sequer uma sala de partos: as parturientes davam à luz na enfermaria geral, em meio à confusão reinante. As crianças nascidas no Hospital e que não eram recolhidas pelas famílias das internas ou não eram adotadas por outras famílias, não dispunham de pessoas para acompanhá-las e educá-las: “cresciam sem infância, conhecendo desde o berço as agruras da vida” (ALVIM, 1956, p. 143).

Em relação ao movimento de internos no HCB durante os anos de 1947 a 1952, a TAB. 4 baseada nos Relatórios do Hospital Colônia, enviados ao Departamento Estadual de Saúde, demonstra esse movimento de internos durante os anos de 1947 a 1952.

TABELA 4

MOVIMENTO DE INTERNOS NO HCB POR ANO

MOVIMENTO DOS INTERNOS	ANOS					
	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Existiam no início do ano	1.989	2.126	2.219	2.302	2.479	2.468
Internaram-se	1.898	1.809	1.892	1.102	1.453	2.152
Reinternaram-se	275	127	293	221	371	509
Altas concedidas	1.306	1.048	914	790	1.113	1.355
Evadiram-se	84	102	77	60	16	49
Faleceram	556	693	971	516	706	809
Passaram para o ano seguinte	2.126	2.219	2.302	2.479	2.468	2.916
Porcentagem de óbito	13,352	17,063	22,220	14,220	16,390	15,7
Exame radiológico	-	0	-	-	-	-
Líquor	-	0	-	8	-	-
TOTAL	4.162	4.062	4.364	3.625	4.303	5.129

FONTE: RELATÓRIO DO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA (*apud* ALVIM, 1956, p. 145).

A TAB. 4 aponta o crescimento gradativo do número de internos em todos os anos. Em 1947 o hospício tinha uma capacidade de atendimento correspondente a 2.100 leitos. Todavia, a instituição abrigava 3.000 pacientes. Apesar do número elevado de altas anuais, elas não eram suficientes para diminuir o resíduo daqueles que ficavam de um ano para o outro. Também o crescimento do número de reinternações era muito grande, o que pode denotar a ineficácia das práticas terapêuticas adotadas.

Referindo-se ao vestuário dos internos e ao fornecimento de medicamentos, o relatório do Dr. Teixeira, em 1949, apresentou o seguinte quadro: “os quase 2.300 asilados se vêm obrigados a se despir para que se lave a única muda de roupa que possuem” (ALVIM, 1956, p. 134). Em uma cidade de clima rigorosamente frio e úmido, sobretudo durante o outono e o inverno, o número de falecimentos alcançava índices alarmantes já que os internos não possuíam nenhum tipo de agasalho. Havia ainda a falta de medicamento, o que impedia o tratamento não apenas da doença mental propriamente dita, mas também das doenças intercorrentes ocasionadas pelo clima. Além disso, o relatório registra o desabastecimento dos medicamentos necessários ao tratamento dos asilados por falta de pagamento aos fornecedores.

Além desses problemas, havia ainda outros relativos ao fornecimento de gêneros alimentícios de primeira necessidade. Segundo os psiquiatras, isso constituía “questão delicada para os diretores, pois os armazéns se recusavam a fornecer alimentos diante do atraso de pagamentos por parte do Estado” (ALVIM, 1956, p. 134).

O Estado também não respondia às comunicações feitas pelos diretores do hospício. Por várias vezes, os diretores enviaram ao Departamento de Compras telegramas e

radiogramas solicitando a compra de gêneros alimentícios e pedindo a regularização de pagamentos aos armazéns, a fim de que não ocorresse um desabastecimento no Hospital. Conforme um dos relatórios do diretor, tal situação comprometia seriamente o funcionamento do Hospital:

[...] Não há açúcar nem trigo no hospital; as oficinas de costura estão paralisadas por falta de linha e mescla. A firma A. Nunes & Cia. recusa-se a fornecer os gêneros essenciais, alegando falta de empenho das verbas e pagamento atrasado. As despensas do estabelecimento estão vazias; o almoxarifado desprovido de tudo [...]. Não fora a minguada produção da colônia e os doentes não teriam que comer amanhã. A situação é deveras calamitosa, porque nos pátios, mal vestidos, em estado de verdadeira miséria orgânica há 3.000 bocas famintas. (ALVIM, 1956, p. 134)

Diante da precarização da assistência dispensada aos internos, o Dr. José Jorge Teixeira tentou impedir que se efetivassem novas internações. O apelo foi enviado, por meio de relatório, ao diretor do Departamento de Assistência aos Psicopatas Adultos, Dr. José Cezarini. Como justificativa, o Dr. Teixeira expôs os seguintes motivos:

[...] Como bem sabeis, não dispomos aqui de alojamentos, pessoal, indumentária e medicamentos para tão vultoso número de internados. Resultando tais deficiências se contrastadas com a superlotação. O obituário, neste ano – desnecessário seria dizê-lo – já se faz sentir bem acrescido. Muito a contragosto, mas forçado pelas circunstâncias [...] lanço o meu apelo para que não só sejam sustadas as transferências de doentes para este hospital, mas também todas as internações que não forem de caráter reconhecidamente urgente. (ALVIM, 1956, p. 134)

Os psiquiatras também reclamavam da insuficiência dos recursos destinados aos internos do HCB. Contudo, a dotação orçamentária recebida pelo HCB ainda era insuficiente para atender às necessidades dos internos. Diante dessa situação, o Dr. José Jorge Teixeira se expressou da seguinte forma:

[...] só recursos amplos teriam tornado possível imprimir novos rumos à administração da casa. E como com estes não poderíamos contar, tivemos muitas vezes e a muito ‘mau’ grado nosso, de cruzar os braços impotentes ante os males e desconfortos que quiséramos ver sanados. (TEIXEIRA *apud* ALVIM, 1956, p.133)

Diante desse protesto, o governo autorizou que fossem utilizados recursos provenientes dos internos pensionistas na remodelação dos pavilhões, pois a construção de mais dois prédios que atenderia a 500 internos encontrava-se inacabada. O Professor Baeta Vianna, Secretário de Saúde e Assistência, juntamente com o Dr. Austregésilo de Mendonça, então diretor da Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica da Secretaria de Saúde e Assistência, assinaram um convênio para liberação de recursos destinados à obra dos dois pavilhões.

Apesar desses relatórios, a população de Barbacena parecia já ter se naturalizado às condições precárias de asilamento às quais estavam submetidos os internos. Ao invés de contribuir na reivindicação por soluções para esses problemas junto ao Estado, o semanário da cidade ressaltava e dignificava a benevolência dos funcionários, irmãs de caridade, médicos e diretores. Além disso, o semanário privilegiava noticiar as festividades realizadas nas ocasiões de visita de autoridades médicas e também quando os políticos compareciam para inaugurar alguma obra no HCB.

A atuação dos médicos José Jorge Teixeira e Oswaldo Fortini junto aos órgãos decisórios foi fundamental para que algumas melhorias fossem efetuadas no Hospital. Eles conseguiram, desse modo,

[...] elevar as condições de vida de higiene dos psicopatas ali abrigados. Durante a administração desses diretores foram reformados vários pavilhões, cozinhas, lavanderias, instalações elétricas e telefônicas, de água e de esgoto, montagem de caldeiras para o fornecimento de água quente. (MENSAGENS DO EXECUTIVO AO LEGISLATIVO, 1950)

Apesar disso, a superlotação no Hospital Colônia de Barbacena era constante mesmo com a existência dos vários pavilhões: os pavilhões Júlio de Moura, Rodrigues Caldas, Antônio Carlos, Joaquim Dutra e Zoroastro Passos, localizados no Setor A e que eram destinados à internação de “mulheres indigentes” e pensionistas do sexo feminino; e os pavilhões Artur Bernardes, Afonso Pena e Noraldino, localizados na Colônia e reservados aos “homens indigentes”. Entretanto, as condições nos pavilhões Cunha Lopes e Delfim Moreira, ambos destinados aos internos pensionistas, não ficaram esclarecidas.

Em 1951, foram inaugurados os pavilhões Milton Campos e Baeta Vianna, que passaram a abrigar cerca de 500 internos indigentes. Os novos pavilhões aliviaram, em parte, a superlotação existente, porém, não resolveram os problemas no HCB. Atendendo à reivindicação do Dr. Oswaldo Fortini, foram realizadas as pavimentações dos pátios que serviam aos pavilhões Rodrigues Caldas e Júlio de Moura. Foram instalados ainda dois poços artesianos nas seções masculina e feminina. Além dessas melhorias, foram instalados vários aparelhos técnicos, inclusive gabinete dentário completo, equipamentos enviados pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) ao Departamento de Assistência Neuropsiquiátrica e distribuídos entre os hospitais.

Porém, a liberação de recursos, cujo montante não foi registrado, não atendeu às necessidades do Hospital. Pois, dois anos depois, em 1951, conforme consta nas Mensagens

do Executivo ao Legislativo, cerca de 550 novos internos, oriundos do Instituto Raul Soares, foram transferidos para o HCB⁶⁸.

O primeiro desafio enfrentado pelo Dr. Oswaldo Fortini⁶⁹ ao assumir a direção do HCB, em 1951, foi o de ser aceito por seus pares. Moretzsohn (1989, p. 118) afirma que os psiquiatras do Instituto Raul Soares promoveram um movimento contra a sua nomeação, pois queriam que a direção do HCB fosse ocupada por um especialista e não por um cirurgião. Apesar das resistências iniciais que demonstravam uma preocupação dos psiquiatras em resguardar para si mesmos os cargos de direção nos hospitais psiquiátricos, Fortini demonstrou habilidade para transitar no campo psiquiátrico, algo que já fazia bem na esfera política, quer seja por mandato político nos cargos de vereador e prefeito municipal, quer seja por parentesco de dois concunhados pertencentes a partidos políticos opositores⁷⁰.

Em 1952, Juscelino Kubitschek de Oliveira, então Governador de Minas, discursou ao Legislativo afirmando que era “grave o problema dos hospitais psiquiátricos públicos” em Minas Gerais. Os deputados deveriam avaliar tal gravidade, pois o Serviço de Assistência aos Psicopatas Adultos dispunha de “apenas 4.000 leitos, 3.400 deles no HCB, quando havia necessidade de cerca de 15.000 leitos para suprir as necessidades de novas internações”. Segundo o Governador, era urgente tomar medidas para “a ampliação da rede hospitalar destinada ao Serviço de Assistência a Psicopatas” (MENSAGENS DO EXECUTIVO AO LEGISLATIVO, 1952).

Provavelmente atendendo ao pedido do Governador mineiro e em decorrência do cumprimento do Programa de Metas, o governo federal agilizou então o envio de recursos financeiros para a construção de mais dois novos pavilhões do HCB, posto que o Serviço Nacional de Doenças Mentais que já priorizava a construção de macro-hospitais em diversas localidades e capitais brasileiras ou, quando não fosse possível, buscava expandir os já existentes com a construção de novos pavilhões.

⁶⁸ Cf. MINAS GERAIS. Mensagens do Executivo ao Legislativo. Belo Horizonte: Imprensa Oficial. 1947; 1956 a 1959.

⁶⁹ A posição relacional que o Dr. Oswaldo Fortini detinha deve-se, em parte, ao seu parentesco com os representantes dos dois clãs parentais de Barbacena: o Dr. José Francisco Bias Fortes e Dr. José Bonifácio Lafayete de Andrada. O Dr. Oswaldo Fortini, antes de assumir a direção do HCB, foi vereador da cidade. Logo que saiu da Direção do Hospital. Tornou-se prefeito de Barbacena (1956-1960). Posteriormente, voltou à direção do HCB nos anos de 1967 a 1969, ano em que faleceu em um acidente de carro. Segundo um dos filhos do Dr. Fortini a sua morte e de sua mãe ocorreu em um acidente de carro. Para os populares entretanto essa versão é controversa, pois as condições em que o acidente ocorreu são questionáveis e leva a crer se tratar de um dos crimes do governo durante o período da “ditadura empresarial-militar”. (LEHER, 2005).

⁷⁰ Conforme visto anteriormente, os dois clãs parentais de Barbacena tornaram-se oponentes logo depois da Revolução de 1930. Apesar de Oswaldo Fortini (PSD), José Bonifácio Andrada (UDN) e José Francisco Bias Fortes (PSD) serem concunhados e opositores na política, era o primeiro que, mesmo pertencendo ao partido de Bias, podia transitar e conseguir o apoio de Andrada.

Em 1953, vieram a Barbacena para a inauguração desses pavilhões o Prof. Dr. Adauto Botelho, diretor do SNDM, e os médicos Mario Hugo Ladeira e Austregésilo de Mendonça, Secretário de Saúde e Assistência do Estado e Diretor do Serviço de Assistência Neuropsiquiátrica, respectivamente. Essa comitiva chegou à cidade transportada por um avião da Força Aérea Brasileira (FAB). Além dos médicos, integrava a comitiva vários estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, conforme publicado no *Jornal Cidade de Barbacena*.

As autoridades que vieram a Barbacena visitar o HCB o fizeram por dois motivos: inaugurar mais pavilhões e realizar uma intervenção cirúrgica, a psicocirurgia. Na inauguração dos pavilhões estavam reunidas as mais importantes autoridades da área de saúde e da Psiquiatria no Brasil, o que demonstrou, naquele momento, a facilidade daquele diretor em transitar junto aos órgãos decisórios e a sua capacidade de angariar recursos que serviram tanto para as melhorias físicas nas instalações do HCB quanto para a aquisição de mais equipamentos para o tratamento terapêutico dos internos.

Seguindo a orientação organicista, a psicocirurgia (ou lobotomia) foi praticada no HCB. A prática dessa intervenção cirúrgica pode ser comprovada pela existência dos instrumentos cirúrgicos no Museu da Loucura e por uma entrevista realizada, nesta pesquisa, com médico do HCB Dr. Eloy Henrique Dutra Câmara.

Além disso, há uma notícia veiculada no *Jornal Cidade de Barbacena* em 1953 que atesta tal prática. No jornal foi relatada a presença de médicos de Belo Horizonte no Hospital, em duas diferentes ocasiões. Na primeira delas, o neurocirurgião Dr. Geraldo Albernaz chefiou uma equipe formada por vários médicos, que realizaram a psicocirurgia em internos. Expoentes da Psiquiatria brasileira, como o Prof. Dr. Adauto Botelho, diretor do SNDM, e o Dr. Austregésilo de Mendonça, diretor da Divisão de Assistência Neuropsiquiátrica da Secretaria de Saúde e da Assistência, acompanharam as intervenções. Após a cirurgia, o Dr. Geraldo Albernaz proferiu uma palestra intitulada “*Tumores intracranianos, seus sintomas e diagnósticos*”. Dois meses depois, os neurocirurgiões Moacir Bernardes e Francisco Rocha, membros da equipe do Dr. Geraldo Albernaz, realizaram novas cirurgias de lobotomia em “quatro internados do Hospital Colônia. [...] É a segunda vez que aqui são praticadas intervenções desta natureza, assistidas [...] por elevado número de médicos conterrâneos”, conforme relatado no semanário barbacenense (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 05/08/1953).

A confirmação dessa intervenção cirúrgica em uma dessas ocasiões foi fornecida pelo médico Dr. Eloy Henrique Dutra Câmara. Segundo ele, a “lobotomia foi feita [...]

experimentalmente pelo cirurgião de BH, José Geraldo Albernaz, [e na equipe] tinha o Dr. Osvaldo Fortini que era um dos médicos, e foi diretor do Hospital Colônia” (CÂMARA, 9/11/2004).

A importância desses eventos foi justificada pelo papel social que a instituição representava para a cidade. Conforme afirma o jornal, o Hospital ainda era considerado um dos “centros de maior importância da neuropsiquiatria do Estado de Minas [...]” (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 13/09/1953).

Contudo, já era visível a falência da estrutura nosocomial baseada no macro-hospital. As más condições de asilamento, o tratamento deficiente, a falta de pessoal, a cronificação de internos e a superlotação dos hospitais expunham a falência desse modelo, apesar das autoridades políticas não tomarem medidas adequadas para minimizar esse fato.

Alguns meses depois, em 1953, as comemorações do Cinquentenário do Hospital Colônia de Barbacena não foram marcadas pela ostentação se comparadas às festividades promovidas pela direção da instituição na ocasião da vinda do diretor do SNDM. A comemoração do cinquentenário contou apenas com as presenças do Secretário de Saúde e Assistência do Estado, o diretor do Serviço de Assistência Neuropsiquiátrica e o diretor do HCB. Entretanto, não se tem notícia da participação dos internos nas festividades ou sobre a efetivação de melhorias anteriormente anunciadas que, por sua vez, pudessem ao menos amenizar as precárias condições de asilamento e de tratamento dos pacientes.

Apesar das determinações regulamentadas no Decreto n.6.169 de 1922, no Decreto-Lei n. 11.276 de 1934 e no Regimento Interno do HCB de 1937 prevendo a construção de casas nos terrenos do Hospital somente para aqueles que se tornassem nutrícios ou hospedeiros, isso não aconteceu. Contrariando as normas estabelecidas para a instituição, o governo mineiro, pela voz do Dr. Fortini, comunicou aos convidados e funcionários presentes nas festividades do cinquentenário um documento que continha uma autorização do governo para a construção de 20 casas populares. A justificativa de tal medida baseava-se na necessidade de premiar o trabalho prestado pelos servidores mais antigos do Hospital. Conforme expresso nas Mensagens do Executivo ao Legislativo essa Resolução *resolveria* graves problemas de “habitação no que concerne não só ao setor higiênico, como também econômico, já que as casas oferecerão relativo conforto aos funcionários e serão locadas sem objetivo comercial” (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 13/09/1953).

Nas administrações do Dr. Concesso Filho (1955-1958) e do Dr. Omar de Araújo Lima (1958-1961), as Mensagens do Executivo ao Legislativo destacaram mais uma vez o problema da superlotação de internos e as condições precárias de asilamento do Hospital.

O problema da superlotação exigia providências urgentes por parte do governo, uma vez que o HCB era o hospital que arcava com a maior responsabilidade assistencial no estado de Minas. Contudo, havia um desajuste entre a demanda de leitos e a capacidade de atendimento do Hospital. A pesquisa nos *Livros de Matrículas dos Homens-Loucos e Indigentes e das Mulheres-Loucas e Indigentes* existentes no Arquivo do Museu da Loucura do CHPB reforça a constatação de que havia uma quantidade exorbitante de internos no Hospital. 1959 foi o ano em que efetuou-se o maior número de internações na instituição. O número de internos ultrapassou a cifra de 3.000 pessoas, e dessas, 1.700 eram mulheres.

Para minimizar o problema da superlotação dos hospitais, o chefe de Assistência Neuropsiquiátrica recomendou o uso de um recurso inusitado no que se refere à prática asilar: o *leito-chão*. Segundo Cerqueira, “a proliferação do leito-chão é a filosofia assistencial da qual resulta uma política de mais leitos, e não de mais serviços extra-hospitalares, de mais pessoal, de mais carga horária”. Para o psiquiatra, essa prática atingiu o seu ápice durante a década de 1960, sendo que “do total de pacientes internados nos hospícios públicos, 88% [deles] estavam sobrevivendo nos leitos-chão” (CERQUEIRA, 1989, p. 64).

Entretanto, o *leito-chão* já havia sido implantado no HCB na década de 1950, como ficou explicitado no ofício do chefe de Assistência Neuropsiquiátrica e ex-diretor do HCB, Dr. José Concesso Filho. A correspondência enviada ao diretor do Hospital Raul Soares, de Belo Horizonte, Dr. Sílvio Cunha, merece ser destacada:

Ofício n.1186

Belo Horizonte, 19 de junho de 1959.

Senhor Diretor,

Achando-se o Hospital Colônia de Barbacena, mais do que superlotado de doentes mentais de todos os recantos do Estado, eu e o Sr. Secretário de Saúde lembramos a V. Sa. que até que seja concluído o novo Instituto Raul Soares em construção [...] sugiro que V. Sa. adote a medida de colocar os doentes indigentes desse Hospital em um só leito, retirando as camas deles existentes de modo a comportar em cada um, oito ou doze internados em vez de 3 ou 4 como se encontra atualmente. Na falta de outra alternativa não nos ocorre outra solução a não ser a indicada, que já vem sendo adotada em Barbacena, desde que o Hospital começou a ficar superlotado. Saudações, Dr. José Concesso Filho, Chefe de Assistência Neuropsiquiátrica. (MUSEU DA LOUCURA DO CHPB/FHEMIG)

Na Mensagem do Executivo ao Legislativo de 1959 fica demonstrado o descontrole administrativo do Serviço de Assistência aos Psicopatas Adultos e do HCB em relação ao registro de entrada internos no estabelecimento. Contudo, essas instituições sabiam da precariedade dos serviços fornecidos pelo HCB pelo agravamento da superlotação. Para minimizar esse problema no estado de Minas, o SNDM repassou ao governo a quantia de

CR\$ 10.000.000 (10 milhões de Cruzeiros), para a construção do Hospital Galba Velloso, em Belo Horizonte.

O barbacenense José Francisco Bias Fortes, então Governador de Minas, autorizou ao Departamento Estadual de Saúde o destino de parte dessa verba às reformas e à construção de novos pavilhões no HCB. Assim, foram construídos os pavilhões Chrispim Jacques Bias Fortes e Austregésilo R. de Mendonça, ambos com capacidade para 120 leitos, sendo que o segundo deveria abrigar os internos acometidos de tuberculose. A direção do Hospital também recebeu um trator para a lavoura, dois carros, objetos para a secretaria, além de obras de captação para a água potável e instalação de uma nova cozinha, com capacidade para atender a 3.000 internos.

As realizações do governo resultaram em melhorias “em todas as seções” do Hospital, com isso, “certamente ocorreria [...] um sensível decréscimo do obituário geral em relação aos anos anteriores” (MENSAGEM DO EXECUTIVO AO LEGISLATIVO, 1959). Fato provavelmente equivocado, pois haveria uma demanda ainda maior por gêneros básicos para a alimentação, medicamentos, vestuário e de mais leitos para os 3500 internos que deram entrada no hospício em 1959. Além disso, as doenças infecto-contagiosas se alastravam devido às precárias condições de asilamento dos internos.

As *sensíveis* melhorias no espaço físico do hospício não surtiram efeitos diante da superlotação do Hospital. Em 1961, José Magalhães Pinto, Governador de Minas, em sua Mensagem ao Legislativo fez a seguinte afirmação:

[...] os hospitais para psicopatas estão com capacidade esgotada, abrindo excesso de internos, sem conforto e com falta da assistência indispensável à sua recuperação. É muito elevada a incidência das doenças mentais com manifesta gravidade de seu aspecto social. Reclama o problema providências urgentes e efetivas para o atendimento humano do elevado número de casos de internos desassistidos. Medidas de caráter preventivo, num grande esforço de base administrativa, poderão diminuir a incidência e prevalência dessa enfermidade, o que, além de atingir o objetivo da Saúde Pública aliviará o Estado dos pesados ônus com o seu tratamento. (MENSAGEM DO EXECUTIVO AO LEGISLATIVO, 1961)

Na Mensagem do Executivo ao Legislativo, em 1961, o governo reconhece as deficiências na assistência asilar praticada nos hospitais psiquiátricos públicos. No documento, o governo assim se expressava:

[...] O quadro da assistência ao psicopata no Estado revela um triste aspecto da história da nossa saúde pública. O que ocorre no Hospital Colônia de Barbacena, divulgado pela imprensa de Minas e do país, estareceu a opinião pública. [Internos vivendo] na mais deprimente promiscuidade superlotam pavilhões e pátios, sem as mínimas condições de higiene. Faltava-lhes o vestuário, dormiam sob montes de capim junto aos insanos tuberculosos ou leprosos, expostos a todos os tipos de doenças, com deficiência de alimentação e sem assistência médica, ressentindo-se da falta de medicamentos (MENSAGEM DO EXECUTIVO AO LEGISLATIVO, 1961).

Na tentativa de solucionar os problemas do Hospital, o governo liberou verbas para ampliação de vários pavilhões no HCB e, no ano de 1962, em Belo Horizonte, o Hospital Galba Velloso foi finalmente fundado com o intuito desafogar a superlotação no Instituto Raul Soares e no Hospital Colônia de Barbacena. Contudo, a fundação desse hospital não foi suficiente para atender às demandas de internação.

No caso do HCB, além da precariedade das condições de asilamento e tratamento dos internos, era constante a contratação de funcionários temporários, em detrimento da contratação e/ou nomeação de profissionais qualificados como ocorria em todos os outros hospitais psiquiátricos da rede pública. A contratação temporária alimentava a prática do clientelismo, expediente comum numa cidade sob o domínio de dois clãs parentais na política local: os Bias e o os Andradas. A contratação e/ou a nomeação dos funcionários inseriam-se na lógica do clientelismo⁷¹. Conforme afirmado por Alvim,

[...] como se não bastassem todos estes males, que por si só já fariam a ruína de qualquer hospital, a Colônia se vê batida pelos azares da política e seus diretores sempre assustados com as eleições, que em Barbacena sempre dão azo a exonerações de contrários e as nomeações de afilhados (ALVIM, 1956, p.135).

Quanto ao corpo clínico do HCB, as opiniões dos psiquiatras Clóvis Alvim (1956) e de Paiva Filho (1982) se assemelhavam, apesar de terem sido expressas no intervalo de quase três décadas. Para ambos, os médicos e enfermeiros eram formados por “indivíduos despreparados, sem qualificação para o ofício, além de mal remunerados” (PAIVA FILHO, 1982, mimeo). Essa situação comprometia o funcionamento do hospital e algumas ocorrências escapavam aos olhares dos médicos como as evasões de internos do hospital, as punições e agressões físicas que eram empreendidas pelos enfermeiros ou pelos guardas contra os internos, e ainda as violências que eram praticadas entre os próprios pacientes.

Com o efeito dos baixos salários, os médicos tornaram-se mais ausentes do Hospital, pois eram cada vez mais impelidos a buscar outros locais para trabalho para a complementação do salário. Conseqüentemente passaram a dedicar pouco tempo para a visita às enfermarias e para a atender à ocorrência de novos casos entre os internos.

As Mensagens do Executivo ao Legislativo de Minas (1946-1979) fazem constantes referências à existência de uma assimetria entre o número de médicos e o número de

⁷¹Em entrevista realizada pela autora deste trabalho com uma ex-funcionária subalterna que trabalhava no nosocômio, no período de 1946 a 1979, ela foi enfática ao dizer que as admissões no hospital eram feitas por intermédio de apadrinhamento político. A mesma afirmação pode ser encontrada em outras entrevistas.

pacientes. Mesmo reconhecendo essa assimetria, o documento não menciona a contratação de mais médicos e funcionários para o HCB.

Em relação às práticas terapêuticas adotadas no HCB, merecem destaque a laborterapia e a ergoterapia. A única referência encontrada nas Mensagens do Executivo ao Legislativo foi a de que, no HCB no ano de 1964, “foram confeccionadas 19.328 peças de vestuário e 2.639 colchões; e o setor de agricultura permitiu a colheita de 30 mil kg de legumes e verduras, para complementação de alimentação de doentes, e 24 carros de milho, para manutenção de pocilgas” (MENSAGENS DO EXECUTIVO AO LEGISLATIVO, 1964).

Porém, a laborterapia e a ergoterapia assumiram contornos diferenciados. Ora eram percebidas como mecanismo de resistência utilizado pelos internos, como uma alternativa para se escapar da morte porque sobrevivia quem podia trabalhar; ora, como forma de tirar proveito do trabalho do paciente para outros fins que não os terapêuticos. A esse respeito, Coelho diz que

[...] enquanto isso, muita gente [se] beneficiou da existência da Colônia [...] A própria municipalidade se utiliza da mão-de-obra do louco em calçamentos de rua, na manutenção da limpeza. Fazendeiros utilizam o louco em trabalhos agrícolas nas suas fazendas. Há uma época que os capatazes escondem dos médicos os doidos-trabalhadores para que não tenham alta. Nasceram muitas crianças na colônia. Constrói-se ali uma creche, que dura até 1974. Pessoas caridosas as empregam, quando crescem, nas suas casas como [empregadas] domésticas. (MENSAGENS DO EXECUTIVO AO LEGISLATIVO, 1979)

Em diversos momentos as reivindicações dos diretores do HCB junto aos órgãos decisórios do Estado foram evidenciadas, mesmo que não tenham sido atendidas na maioria das vezes. Por meio de artigos científicos alguns psiquiatras também denunciaram a precariedade das condições do hospício, assim como revelavam as práticas de asilamento e terapêuticas realizadas no HCB.

A superlotação, a deficiência de pessoal especializado, a precariedade das condições de trabalho, a cronificação, os maus tratos, a má alimentação, a deficiência de vestuário e as péssimas condições de hotelaria cristalizaram-se no Hospital. Inevitavelmente, essas características, relativas às práticas asilares, produziram a desumanização tanto dos agentes quanto dos internos do HCB.

Havia também a preocupação de alguns médicos em repassar suas práticas a outros psiquiatras, transmitindo principalmente técnicas cirúrgicas e buscando assegurar a reprodução das concepções e das práticas compartilhadas no campo psiquiátrico, conforme registrado na visita da equipe do Dr. Geraldo Albernaz ao HCB.

É importante notar, portanto, que as antigas práticas perduravam, principalmente o uso do eletrochoque. Na análise do período anterior a 1968 é possível demonstrar que não houve

uma ruptura nas práticas utilizadas no Hospital. Essa continuidade somada a outros problemas, conforme será analisado mais adiante, pode ter contribuído para o surgimento de denúncias veiculadas na imprensa.

3.2.2.2 As denúncias na imprensa

As denúncias feitas pela mídia expõem os problemas da assistência fornecida aos internos. Problemas que, talvez por negligência ou devido a uma supervisão ineficiente por parte da Secretaria de Saúde, não produziram soluções e, por isso, foram avolumando-se. Por outro lado, os funcionários do HCB (médicos, atendentes de enfermagem, irmãs de caridade e guardas, etc.) por impotência ou por resignação não conseguiam reverter os graves problemas que ali se estabeleceram.

Uma das primeiras denúncias sobre as condições de asilamento, como a existência das *câmaras de tortura*, a ação inadequada dos guardas e a falta de peças de cama, mesa e de vestuário, foi feita ao Jornal *Estado de Minas* pelo ex-interno Gladstone Bartolozzi, morador de Belo Horizonte, no ano de 1953. No seu depoimento, o ex-interno do HCB afirmou que ficou internado no Hospital por cerca de cinco meses para tratamento de um esgotamento nervoso. Pagou pela sua internação, porém informou que ali “não fazem distinção entre doentes indigentes e aqueles que custeiam a sua manutenção”. Provavelmente, o pessoal do Hospital que antigamente era designado para a classificação dos pacientes conforme a nosologia das doenças e que os distribuía em pavilhões, dividindo-os em pensionistas ou indigentes, agudos ou crônicos, já não mais obedecia àquelas estratificações, reafirmando aquela *mistura* de pacientes já comumente encontrada no espaço nosocomial em décadas anteriores.

De fato, Bartolozzi descreveu o seu processo de admissão, a trajetória institucional e os problemas encontrados por ele no HCB. Seu depoimento assemelha-se, nos termos de Goffman (1974, p. 24), ao processo de “mutação da identidade do eu” que se realiza por meio de “rebaixamento, degradações, humilhações e profanações do eu”, cujo objetivo é o de funcionar como barreiras através das quais as instituições totais controlam o interno e processam a ruptura entre o internado e o seu mundo exterior.

O ex-interno do Hospital Colônia diz que,

[...] quando um infeliz transpõe os seus muros, é imediatamente despojado de sua roupa, recebendo em troca um macacão azul sujo e úmido. Todos os seus pertences

são paulatinamente furtados pelos guardas, cujo ordenado de 500 cruzeiros não lhes permite tratar da família. Não recebe sapatos, já que sem exceção, todos andam descalços. A desinteria é constante, pois a sujeira impera por todos os cantos e jamais o recinto viu uma lata de desinfetantes. Os leitos, também com os colchões cheios de parasitas e com palha podre, exalando horrível mau cheiro, são unidos e cada um deles serve para três internados que só têm um cobertor fino para se abrigar do frio. Num pavilhão para 200 doentes estão mais ou menos 500. Nas refeições, ninguém tem talheres e mãos sujas são mergulhadas no alimento contribuindo para que continuem a se espalhar as epidemias. Se o alimento é líquido é bebido no prato. As canecas são meras latas, ainda com bordas cortantes, e com elas muitas vezes os mais furiosos atacam os seus companheiros, ferindo-os. Os epiléticos não são separados dos demais e não é raro ver um deles avançar sobre os outros, num ataque de fúria. Há banho uma vez por semana. Contudo, os que não se podem levantar ficam meses sem ver água. Há caso de acidentados permanecerem um ano com a perna fraturada, sem receber uma única visita do médico. (JORNAL ESTADO DE MINAS, 06/02/1963)

O ex-interno também faz referência às práticas cujas penalidades assemelhavam-se àquelas descritas por Foucault (1977, p. 34) e que eram aplicadas em detentos para que confessassem o seu delito ou crime. Assim, as penalidades aplicadas no corpo tratam-se de uma “tecnologia de poder sobre o corpo” cujo objetivo é discipliná-lo e torná-lo dócil e útil ao processo produtivo.

No caso de Bartolozzi, ele relatou aos jornalistas ter ficado preso em celas de quatro metros quadrados por vários dias, sem receber uma gota de água sequer. Ainda mostrou as costelas quebradas por espancamento e revelou que o “tímpano do ouvido esquerdo foi rompido, dados os inúmero bofetões aplicados propositalmente para provocar-lhe a surdez” (JORNAL ESTADO DE MINAS, 06/02/1963).

Contra essa denúncia, o diretor da época, o Dr. Fortini, pediu direito de resposta ao *Estado de Minas* e enviou uma cópia para o jornal *Cidade de Barbacena*, nos seguintes termos:

[...] Não me causa estranheza e nem àqueles que pautam pelo bom senso, mesmo quando leigos em assuntos de psiquiatria, que doentes mentais, revoltados contra o tolhimento de sua liberdade e contra a coibição dos seus propósitos agressivos peculiares à moléstia de que são portadores, irresponsáveis, enfim criem em sua imaginação doentia cenas inquisitoriais ou dantescas como as que foram publicadas nesse jornal do dia 6 corrente e que tiveram origem uma entrevista do Sr. Gladstone Bartolozzi, egresso não curado do Hospital Colônia de Barbacena. O que é de se lamentar sinceramente é que se publicasse em um jornal de grande circulação, uma entrevista sobre assuntos que deviam ser examinados previamente, já que foram colhidos de um doente mental esquizofrênico com várias internações em hospitais públicos e particulares, o qual não podia ser levado a sério, ainda mais pela natureza da moléstia de que é portador, a não ser por lamentável ingenuidade ou por má fé. (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 22/02/1953)

Nota-se na resposta do Dr. Fortini uma preocupação em dar maior destaque às práticas de asilamento do que às práticas propriamente terapêuticas que deveriam ser realizadas no Hospital e que objetivavam a cura do paciente.

Em 1961, outra matéria que causou uma grande repercussão no meio político foi publicada na revista *O Cruzeiro*. Com a autorização do Dr. Roberto Resende, Secretário de Saúde de Minas, alguns jornalistas e fotógrafos da revista retornaram a Barbacena e atualizaram uma matéria escrita em 1959 mas que não fora publicada porque denegriria a imagem de José Francisco Bias Fortes, então Governador de Minas, cujo reduto político encontrava-se em Barbacena. Encomendada pelo seu sucessor, o Governador José Magalhães Pinto (UDN), a reportagem tinha como objetivo expor à opinião pública a falência do sistema de saúde em Minas Gerais, especialmente do HCB, sucateado durante a gestão do Governador Bias Fortes (PSD).

No artigo da Revista *O Cruzeiro*, intitulado “Hospício de Barbacena. Sucursal do Inferno. Brasil-1961. Tratamento heróico da loucura: a morte” foram publicadas várias fotografias do cotidiano dos internos, mostrando desde o pátio apinhado de gente, a falta de higiene, até os caixões, indicando a elevada mortandade no hospício. Na matéria, o HCB era comparado a uma “casa dos horrores” e a um “campo de concentração nazista”. Após terem traçado o quadro da assistência praticada no HCB, os jornalistas eximem o Secretário de Saúde e o diretor do Hospital de responsabilidade pelo abandono que se encontrava este nosocômio, “pois ambos estão começando agora [as suas administrações]. E já têm planos para modificar [o HCB] transformando-o “*num hospital humano*” (REVISTA O CRUZEIRO, 1961). Porém, não deixaram de revelar ao país a gravidade da situação no Hospital. Assim referiram os jornalistas da revista:

[...] Com capacidade máxima para dois mil doentes, o manicômio abriga mais do dobro de sua disponibilidade, de acordo com o último recenseamento feito pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais. 2600 mulheres e 1600 homens amontoando-se nos pavilhões da ‘casa dos horrores’, à espera da morte. O quadro é fantástico, indescritível. O mau cheiro empestia o pátio, os corredores e os imensos galpões ladrilhados, a que dão nome de dormitórios. Dormitórios sem cama, sem colchões na maioria das vezes. O comum são montes de capim fétido, ninho de moscas, espalhados pelo chão, ou simplesmente no ladrilho nu. Aí ‘dormem’ os loucos, jogados a ‘*la diable*’, na mais miserável e desprezível condição de higiene. No pátio dos homens, encanamentos arrebentados deixam escapar detritos do esgoto, nos quais os débeis mentais chafurdam como porcos, levando-os ao rosto e na boca com inocente indiferença. Tal como naquele, o das mulheres retrata bem uma pocilga, cujo mau cheiro atrai urubus que esvoaçam em rondas sinistras. Parecem aves domésticas, tal a familiaridade delas com as pacientes do Hospital-Colônia. A água há muito não corre em alguns dos pavilhões destinados às mulheres. Elas saciam a sede com urina. Tão precária é a condição de higiene que alas inteiras desses pavilhões são tomadas pelas moléstias intercorrentes entre as quais predominam a disenteria bacilar. Doença que poderia ser curada rapidamente, mas deixa de sê-lo porque os pacientes não recebem qualquer tratamento em virtude da absoluta falta de medicamentos. Como conseqüência, esse problema de infecção intestinal conduz o doente para a morte, ou quando isso não acontece, para a diarreia crônica [...]. É uma verdadeira fábrica de cadáveres (cinco, em média por dia) com freguesia certa: Escola de Medicina. (REVISTA O CRUZEIRO, 1961)

A publicização da precariedade da assistência psiquiátrica praticada no HCB também foi mostrada pela televisão no programa de Flávio Cavalcanti da TV Tupi, quando foi exibida uma reportagem com imagens dos internos de diversos hospitais psiquiátricos públicos, inclusive o HCB. Após a reportagem, alguns agentes envolvidos com a assistência psiquiátrica (médicos, enfermeiros e atendentes de enfermagem, etc.) esperavam alguma reação da opinião pública brasileira. Esperavam que a população passasse a exigir providências e medidas que pudessem transformar a realidade hospitalar. Isso não aconteceu. Vários setores importantes da sociedade “manifestaram-se contrários à continuidade das reportagens mostradas pelo programa” (FIRMINO, 1982, p. 76).

Também os jornais *Estado de Minas* e *Diário da Tarde* veicularam matérias sobre as condições asilares do Instituto Raul Soares e, especialmente, sobre o HCB. Segundo o Secretário de Saúde Roberto Resende, a situação “calamitosa” dos pacientes do Hospital Colônia de Barbacena não decorria da falta de recursos, pois, em sua opinião, as dotações para aquele estabelecimento, apesar de não serem o desejável, eram “suficientes para que aqueles enfermos [tivessem] assistência condigna, [e] o fato de viverem em extrema miséria [devia-se], ao que me parece, à irresponsabilidade administrativa” (JORNAL ESTADO DE MINAS, 15/04/1961).

Segundo informações da Secretaria de Saúde repassadas ao Jornal, o montante de recursos destinados ao hospital foi da ordem de “Cr\$55.000.000.000 para compra de gêneros alimentícios e Cr\$ 98.000.000.000 para despesas com material e pessoal”. Além disso, parte dos gastos era financiada pelo hospital, que tinha “[...] renda própria, pois [estava] instalado numa fazenda, composta por 90 alqueires de terras, [e havia] também uma olaria, pequenas plantações agrícolas e horticultura” (DIÁRIO DA TARDE, 15/04/1961). Parte dessa produção era utilizada no próprio hospital e a outra parte “agregada à receita do hospício”, porém o documento não especificou como se fazia a venda desses produtos.

As declarações feitas pelo Dr. Roberto Resende aos jornais *Diário da Tarde* e *Estado de Minas* e as matérias veiculadas por esses dois noticiários, expunham as condições degradantes e de absoluta miséria em que viviam “mais de 5 mil doentes”. Isso repercutiu no cenário político mineiro e, no dia 16 de abril de 1961, o Secretário de Saúde se deslocou até o HCB a fim de visitar todas as dependências do manicômio. Conforme matéria do jornal *Estado de Minas*, o Secretário conversou com o diretor do Hospital, o psiquiatra Dr. Geraldo Xavier (1961-1967), no sentido de verificar as duras condições em que estavam submetidos os doentes, sem alimentação, sem camas, sem medicação. O Secretário de Saúde pôde constatar que não existiam fichas para nenhum doente, que os tuberculosos e até leprosos se

achavam em completa promiscuidade junto com os doentes mentais. A matéria afirmava a necessidade “[...] de cerrar as fileiras em torno desses problemas, porque [era] inadmissível que isto ainda [existisse] em Minas Gerais” (JORNAL ESTADO DE MINAS, 16/04/1961).

Logo depois dessa visita e da repercussão da situação do HCB na imprensa, a Associação Médica de Minas Gerais organizou uma mesa-redonda para tratar do “escândalo” do Hospital Colônia de Barbacena. Diversos médicos e expoentes da psiquiatria mineira foram chamados para debater sobre as práticas institucionais e a política de assistência psiquiátrica pública, particularmente no HCB. Na ocasião, estiveram presentes o Secretário de Saúde de Minas Gerais, Roberto Resende; o ex-Secretário de Saúde, Austregésilo Mendonça; o ex-diretor do HCB e do Hospital de Oliveira, José Jorge Teixeira; o ex-diretor do Instituto Raul Soares, Silvio Cunha; e os psiquiatras Prof. Clóvis Faria Alvim, Fernando Megre Velloso, Prof. Halley Alves Bessa, J. Afonso Moretzsohn, Hélio Alckmin e Jarbas Portela (este adepto da Psicanálise), dentre outros. Porém, nenhum médico do HCB ou o seu diretor, o Dr. Geraldo Xavier, foi convocado para participar da mesa-redonda.

Se verificada a filiação dos psiquiatras presentes no evento, é possível perceber que o encontro foi marcado por lutas concorrenciais entre duas concepções e práticas: a organicista e a psicanalítica. Além disso, o evento pôde confirmar a supremacia dos psiquiatras tradicionais cujo saber e poder se estruturaram a partir do organicismo na Psiquiatria que sustentou o modelo manicomial enquanto espaço de medicalização e assistência ao doente mental.

Entretanto, essa reunião pode ser vista também numa outra dimensão. Apesar das divergências quanto às diferentes concepções e práticas, os psiquiatras tinham em comum a motivação de expor a precariedade da assistência manicomial e de chamar a atenção da sociedade e do Estado para a necessidade do poder público assumir a função de resguardar e garantir os direitos dos cidadãos.

Segundo matéria do *Diário da Tarde*, o debate entre especialistas pôde ser sintetizado nos seguintes pontos:

- 1- Não há psiquiatras no Hospital Colônia de Barbacena;
- 2- As verbas para o HCB são de apenas 50 cruzeiros por leito-dia;
- 3- As despesas com medicamentos no HCB atingem proporcionalmente apenas um tostão por doente;
- 4- O Secretário já enviou remédios e tecidos para o HCB. Mandou construir um poço artesiano na Colônia [...] e ainda [convocou] os psiquiatras presentes para realização de uma triagem geral no HCB. (DIÁRIO DA TARDE, 15/04/1961)

Na mesma reunião foi entregue um relatório ao Secretário de Saúde sobre a situação do HCB. Na ocasião, o Prof. Clóvis Faria Alvim afirmou que no HCB existia apenas um

psiquiatra. Posteriormente, essa afirmação foi acrescida pela confirmação do Prof. Halley Alves Bessa, um dos representantes dos psiquiatras tradicionais, de que todos os médicos do HCB tinham outras especialidades. Contudo, a opinião emitida por alguns psiquiatras de Belo Horizonte era equivocada: no quadro de funcionários da instituição havia três psiquiatras⁷², número insuficiente para atender aos mais de 3500 internos que a instituição abrigava.

As afirmações do Secretário de Saúde e do psiquiatra Clóvis Alvim veiculadas nos jornais *Estado de Minas* e *Diário da Tarde* provocaram reações entre os médicos barbacenenses. Contra a atitude do Secretário de Saúde, o Dr. Roberto Resende, então diretor do HCB, manifestou-se da seguinte forma:

É S^a Ex^a quem o diz: ‘Há alguns dias, um repórter veio pedir-me uma autorização para entrar no Hospital. Furneci-a incontinentemente. Daí a dois dias, vi a reportagem no Diário da Tarde’. Ora, não seria mais elogiável a atitude de S^a Ex^a, se ele próprio, acompanhado de uma equipe de técnicos de sua Secretaria e até mesmo de fotógrafos e de cineastas viessem ao Hospital com o propósito de fazer um levantamento velado da situação? Mas não, o que S^a Ex^a fez foi permitir a divulgação impiedosa, malévola e, em parte, deturpada de fatos e cousas ligadas à vida e à condição de alienados, atentando, assim, frontalmente, contra a dignidade dos nossos seres humanos, revelando detalhes que somente a ciência conhecia, explorando essa mesma condição para estarrecer a opinião pública com as atitudes próprias desses infelizes. Se há doentes despidos, esse número foi aumentado pelos *exibicionistas*, [sic] que com satisfação tiraram o uniforme; se há os que fazem necessidades fisiológicas em presença dos companheiros de infortúnio, esse fato foi fotografado e filmado; se entre eles há aberrações sexuais, foram documentadas e se não publicadas, não se sabe por que; enfim, todas essas situações foram constatadas por uma equipe masculina de gente da imprensa, ávida por aproveitar a ocasião e, por incrível que pareça, os repórteres devassaram a intimidade do Departamento Feminino, onde há cerca de 3.000 dementes, portanto, de 3.000 mulheres solteiras, casadas, viúvas e anciãs. Que dizer de tudo isso? Que pensarão os responsáveis, pessoas das famílias desses e dessas infelizes, acerca de tão revoltante atentado à inviolabilidade e ao pudor? Que dizer de uma devassa dessas se fosse levada a efeito em uma casa de saúde particular com a aquiescência de seu diretor? Fato grave, dos mais graves e injustificáveis de que se tem conhecimento. (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 23/04/1961)

Diante das controvérsias ocasionadas pelas declarações dos psiquiatras na Associação Médica de Belo Horizonte, o também representante dos psiquiatras tradicionais o Prof. Dr. Clóvis Faria Alvim acabou se desculpando com os médicos de Barbacena, por meio de correspondência enviada aos jornais *Estado de Minas* e *Diário da Tarde*. Essa carta também publicada no *Jornal Cidade de Barbacena*, nos seguintes termos:

Belo Horizonte, 26 de abril de 1961.
Sr. Redator:

⁷² Faziam parte do quadro de funcionários do HCB os psiquiatras: Geraldo Xavier, José Theobaldo Tollendal e Hermont Nascimento. Todos eles eram donos de clínicas psiquiátricas na cidade.

Na sua edição do dia 19 do corrente, o ‘Estado de Minas’ e também o ‘Diário da Tarde’, relatando reunião havida na A.M.M.G., atribuíram-me uma expressão pouco lisonjeira em relação aos meus colegas de Barbacena, a qual absolutamente não exprime o meu pensamento. No decorrer dos debates ali havidos ficou esclarecido que em Barbacena não há psiquiatras em número suficiente para atender aos internados e que nem todos os médicos que lá trabalham são especialistas na matéria. É evidente que um grande hospital como o Hospital Colônia de Barbacena deve contar no seu corpo clínico não só com psiquiatras, mas também com internistas,[sic] clínicos, laboratoristas etc. Por outro lado, cumpre-me dizer que não há no Brasil cursos de pós-graduação para a formação de psiquiatras, sendo autodidatas a maioria dos especialistas⁷³. Mas isto não impede, de modo algum, que haja, em nosso meio, grandes nomes, da mesma forma que, não existindo no país Escola de Jornalismo (salvo alguma, de data muito recente), contamos com grandes profissionais da imprensa, que ilustram de maneira expressiva a vida cultural do Brasil. Agradecendo a publicação desta, subscreve, atenciosamente, Clóvis de Faria Alvim. (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 27/04/1961)

Com a repercussão das notícias veiculadas pela imprensa escrita e falada, o Presidente Jânio Quadros, através do Ministro da Saúde, Edward Catete Pinheiro, determinou que fosse oferecida ao governo de Minas Gerais “a ajuda possível para melhorar os serviços do Hospital Colônia de Barbacena”. No memorando, Jânio disse que “o Hospital é do Estado. Estou certo de que só a absoluta ausência de recurso explica o baixo, o calamitoso nível de assistência dada aos internados” (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 05/05/1961).

Em síntese, identificou-se de forma mais precisa as lutas concorrenciais entre os psiquiatras tradicionais e os adeptos da Psicanálise em torno da condução do campo psiquiátrico em mineiro. Caracterizou-se também inúmeros determinantes que incidiram na cristalização da estrutura manicomial do Hospital Colônia. Como pôde ser visto, ao adotar uma política de supervisão, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), através do Departamento Estadual de Saúde e da Divisão de Assistência aos Psicopatas, tornou-se inoperante diante dos inúmeros problemas apresentados no HCB. A superlotação do Hospital era um problema recorrente, contribuindo ainda mais para a falência da estrutura nosocomial, para a precarização das condições de asilamento e de tratamento, para os maus tratos praticados no HCB. Tal ocorrência proporcionou o acirramento de denúncias, como as que foram veiculadas pela imprensa, como pode ser verificado logo adiante.

⁷³ Acreditamos que o Prof. Clóvis Alvim estava se referindo a residência médica – uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada aos médicos, sob a forma de curso de especialização, funcionando em instituições de saúde ou congêneres, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, licenciados por uma instituição de ensino.

3.2.3 As Fundações e as práticas do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena: 1968-1979

3.2.3.1 Nova *reestruturação* para antigas práticas

Até 1979, o Hospital Colônia recebeu várias denominações: Centro Hospitalar Psiquiátrico (CHP) em 1971 e Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), nome que surge com a vinculação do Hospital à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), em 1977. Até então, a trajetória do HCB caracterizou-se por incursões tímidas no campo científico e pelas precárias condições de asilamento, pela superlotação, cronificação dos pacientes, maus-tratos, e pelo alto índice de mortalidade.

Na gestão da FEAP, foram celebrados diversos convênios entre diversas instituições aumentando consideravelmente o número de internos pensionistas desde os pertencentes ao FUNRURAL e os conveniados pelo Estado como o Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), a Cooperativa do Departamento Estadual de Estrada e Rodagens (DEER), a Polícia Militar e também com um grande número de Prefeituras. O pagamento das mensalidades dos internos vinculados a essas instituições deveria ser efetuado diretamente à Tesouraria da FEAP e, posteriormente, à FHEMIG.

É possível que o aumento das internações no Hospital esteja também ligado à criação do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), quando a assistência social e o direito a saúde foram estendidos aos trabalhadores do campo. O convênio firmado entre o FUNRURAL e a Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica (FEAP) permitiu o atendimento aos indivíduos provenientes das zonas rurais, aumentando assim, a sua receita sem, contudo, mexer na estrutura asilar. Conforme registrado nos *prontuários dos internos*, a FEAP transformava os internos oriundos das zonas rurais em pensionistas, para receber os recursos financeiros do FUNRURAL. Entretanto, conforme verificado nos arquivos do CHPB, os internos eram atendidos nas enfermarias dos pavilhões destinados aos pacientes indigentes.

A situação dos internos classificados na categoria dos indigentes era complexa. Em uma visita ao HCB, no ano de 1969, o psiquiatra mineiro, Dr. José Ribeiro de Paiva Filho coletou alguns dados relativos às práticas institucionais do Hospital. Na ocasião, o médico observou que faltavam fichários e prontuários organizados, situação que impossibilitava que se soubesse com precisão o número de internos. Segundo Paiva Filho, “o diretor falava em 2.500, alguns médicos em 3.000 e funcionários da cozinha afirmavam existirem 4.000 [...] a

grande maioria não possuía identificação ou era de domicílio ignorado” (PAIVA FILHO, 1982, mimeo).

Essa ausência de controle administrativo se estendia às práticas psiquiátricas, como falta de cuidados e de assistência ao interno. Vejamos no trecho da entrevista do Dr. Eloy Henrique Dutra Câmara a sua declaração a esse respeito:

[...] Morre um doente no meu pavilhão. Esse doente, coitado, era um doente que estava naquela fase de negativismo total. Se você pusesse aqui, ele ficava; se tirasse ou levasse para onde queria, ele ia. Negativismo total, esquizofrênico já deteriorando. Os doentes ficavam nos pátios durante o dia, para eles tomarem sol. E ali ficavam, ficavam tomando sol. Esse doente no momento de recolher, serem recolhidos os doentes, ficou lá num canto, ninguém viu. Não falava porque estava catatônico... No dia seguinte foi encontrado morto. Aí eu assinei o atestado de óbito. *Causa mortis: congelamento*. Ele morreu foi de frio. Aí o Gil Peixoto brigou comigo (imita o coronel): - Oh! Dr. Eloy, o senhor vai me anarquizar a minha organização com este atestado. Eu respondi: - Oh! Coronel Gil, é muito simples. Você arranja um médico que assuma a responsabilidade pela morte do doente e assine o atestado. Porque o meu é este. E ele ficou aborrecido comigo. Um dia ele teve um desentendimento com a Diretoria do Hospital Colônia e saiu. (CÂMARA, 9/11/2004)

Cabe destacar que além de reafirmar a precariedade das condições de asilamento no Hospital, a declaração do Dr. Eloy Dutra Câmara também evidencia o poder limitado dos médicos. Apesar do médico e/ou psiquiatra constituir, teoricamente, a autoridade primeira na hierarquia hospitalar, no cotidiano da prática asilar, o seu papel tornou-se secundário em relação ao exercício do poder pelas irmãs de caridade, posteriormente, substituídas pelo diretor administrativo.

Segundo o Dr. Eloy Dutra Câmara, as irmãs de caridade estavam na instituição desde 1934. Durante os vários anos de permanência das religiosas na instituição, elas “foram um verdadeiro descalabro dentro do Hospital” pela autoridade que exerciam desde o controle de cargos administrativos, do almoxorifado e ainda no serviço de enfermagem. No exercício da enfermagem também utilizavam, sem o prévio conhecimento dos médicos, recursos terapêuticos como o eletrochoque além da punição dos pacientes isolando-os nas celas. Em suma, as irmãs de caridade exerciam um papel importante na vida hospitalar, porém, suas presenças e influências eram contestadas por este e por outros médicos.

Se havia um conflito entre médicos e as religiosas também havia entre os médicos e a administração do Hospital. Este último fica evidenciado quando da nomeação do Coronel reformado do Exército e também bioquímico Gil Peixoto para o cargo de diretor geral do CHP, pelo então Diretor Executivo da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica, o psiquiatra Jorge Paprocki (1969-1971). Apesar do ato do Dr. Jorge Paprocki estar em consonância com o momento político vivenciado no país, ou seja, recrudescimento do regime

de exceção caracterizado por arbitrariedades, permitindo que vários postos-chaves de diferentes instituições fossem ocupados por indivíduos das Forças Armadas. Esta nomeação não foi aceita pelos médicos do HCB. Após negociações, o Coronel Gil Peixoto recebeu o cargo de diretor administrativo do CHP.

No Hospital Colônia a nomeação de Gil Peixoto foi assim referida pelo médico Eloy Henrique Dutra Câmara. Segundo ele,

[...] Em 1968, o Dr. Jorge Paprocki, que é um grande psiquiatra em Belo Horizonte, foi nomeado diretor executivo da FEAP. Ele trouxe para Barbacena um administrador chamado Coronel Gil Peixoto. Este coronel era farmacêutico, reformado do Exército. Por questões de conhecimento e de amizade, Jorge Paprocki achou que ele seria um bom administrador para o Hospital. [...] Era uma pessoa até tratável, mas ele quis pôr dentro do Hospital Colônia aquela disciplina militar [...]. Ele quis impor dentro do Hospital Colônia um regime militar. Então, determinados funcionários eram encarregados de chefia de setores: (imitando o coronel) - Então, o Setor de Transportes aí vai ficar com quem? - É o fulano de tal. - Mas ele não sabe dirigir? - Então, eu vou arranjar uma Rural. Então, ele mandou o encarregado aprender a dirigir. Ficava aquele homem de munheca dura, porque ele já estava com 50 anos, aprendendo a dirigir e tal, por imposição do Coronel Gil Peixoto. E o Gil agia assim, muito autoritariamente porque o militar adquire aquela coisa que tem que ser assim e não pode ser diferente. [...] Teve uma reunião com ele e com os médicos, que ele queria impor horário, exigir o horário [a ser cumprido]. E como o Hospital pagava muito pouco e a gente não tinha ali a atividade principal porque todos nós clinicávamos na cidade. [Fala imitando o coronel]: - Quem chegar atrasado vai ter o ponto cortado. Todos os médicos se levantaram, foram embora e deixaram-no falando sozinho. (CÂMARA, 9/11/2004)

Quanto às práticas terapêuticas, destaca-se neste período o uso indiscriminado do eletrochoque (ECT). Conforme registrado nas diversas entrevistas com agentes significativos, esses argumentaram que, no Hospital Colônia de Barbacena ou CHP, o ECT era o recurso terapêutico mais utilizado.

Um dos médicos entrevistados neste trabalho, o Dr. Pedro Teixeira Martins fez o seguinte relato: “o meu pavilhão tinha perto de 200 doentes. [...] Eu atendia tratava das intercorrências. Então, não dava para fazer o serviço direito. Eu fazia a intercorrência à base de eletrochoque”. Na aplicação do eletrochoque, os pacientes eram imobilizados pelos assistentes de enfermagem que seguravam a cabeça, os membros superiores e inferiores dos pacientes. Por vezes, na execução desse recurso terapêutico, os atendentes de enfermagem e os guardas eram auxiliados pelos próprios pacientes, conforme informou Maria José Moreira, ex-atendente de enfermagem do HCB, em entrevista realizada em 16 de novembro de 2004.

Continuando a entrevista o sobre o uso do eletrochoque nos pacientes da instituição, o médico afirma:

[...] tudo isso era uma coisa muito empírica. Era muita gente para ter um tratamento humano, sabe? Porque eu via lá que não tinha condição de fazer uma coisa melhor.

Porque não tinha dinheiro, não tinha remédio, não tinha... Entendeu? E quando tinha, gastava tudo em um mês. Em um mês tinha mais nada tamanho era o estado de carência. (MARTINS, 17/07/2006)

Por se tratar de um recurso terapêutico de custo baixo e de efeito rápido, para conter os pacientes, o ECT era aplicado de forma aleatória, “era aplicado em cerca de 50 a 100 de pacientes de um pavilhão, em apenas um único dia,” afirmava o Dr. José Theobaldo Tollendal. Também é este psiquiatra quem faz outra observação sobre o uso do eletrochoque. Segundo ele:

[...] depois que [no HCB] passou a preponderar a internação do alcoólatra. Então, misturava-se esquizofrênico com alcoólatra, você acabava por usar o eletrochoque. Era um tratamento barato e usava-se em quem chegou lá. É alcoólatra? Até o alcoólatra nele dava eletrochoque. E com isso, o que o sujeito tinha que fazer? Ou adaptar ou parar. (TOLLENDAL, 7/11/2004)

No Brasil, a partir da década de 1950, foram introduzidos avanços importantes com o desenvolvimento de novos psicofármacos – tranqüilizantes e antidepressivos, permitindo que pacientes fossem desospitalizados a partir de um atendimento e tratamento extra-hospitalar. O uso desses novos medicamentos modificou as formas de tratamento dos pacientes nos nosocômios, porém não resolveu os problemas, como por exemplo, a internação baseada na longa permanência e a superlotação nos hospitais, como acontecia no HCB.

Em relação a utilização de psicofármacos, registrou-se o experimento realizado com pacientes do HCB, como o uso do enantato de flufenazina destinado ao tratamento dos que sofriam com excitação psicótica, mania e esquizofrenia. Esse medicamento abriu caminhos para o uso de várias outras substâncias derivadas da fenotiziana (vendidos pelos nomes comerciais de *Thorazinem Sparine*, *Compazine*, *Stelazine*). Conhecidos como neurolépticos, passaram a ser administrados, sistematicamente, nos pacientes psiquiátricos como sedativos. Em 1952, o alcalóide de *Rauwolfia*, conhecido pelo nome genérico de *Reserpina*, era indicado para reduzir a dor física, angústia, e a ansiedade mental, contudo seu uso foi recomendado, de forma restrita, devido os efeitos colaterais que causava nos pacientes.

A substância iproniazida, utilizada no tratamento da tuberculose, estimulava os pacientes depressivos, deixando-os mais ativos. O estudo de drogas semelhantes à iproniazida mostrou que poderia se chegar a efeitos colaterais mais brandos e melhores resultados, quando aplicados, nos pacientes. Outros medicamentos, de efeito prolongado, passaram a ser indicados no tratamento psiquiátrico, conforme entrevista do Dr. José Theobaldo Tollendal, psiquiatra e diretor do HCB durante os anos de 1969-1983:

[...] Podemos falar do Luminal. Depois, veio o Gardenal. Até então, praticamente, o tratamento [com neurolépticos] não existia. Isso evoluiu assim até mais ou menos no evento da IIª Guerra Mundial. Com o grande desenvolvimento da medicina na Alemanha é que descobriu-se os primeiros tratamentos. Com o psicotrópico verdadeiro, sendo o primeiro que apareceu chamado Largactil, que é até hoje usado, mas já com o nome de Amptictil. Foi o primeiro psicotrópico que apareceu. E começaram então as experiências. (TOLLENDAL, 7/11/2004)

A entrevista com o Dr. Ronaldo Simões Coelho, Assessor Psiquiátrico da Diretoria Geral da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica, nos anos de 1968 a 1971, demonstrou as expectativas dos médicos em relação aos psicofármacos e suas consequências para os pacientes.

[...] A psicofarmacologia, a psicofarmacoterapia estava iniciando. Tinha-se uma esperança de acabar com as contenções físicas, que eram as contenções de camisa-de-força, de uma série de coisas desse tipo, por remédios que, teoricamente, libertariam [os pacientes] Ao ponto de nos Estados Unidos haver uma expectativa em relação as altas hospitalares. Teriam altas e mais altas, principalmente, a partir da descoberta do *Amptictil*, Acontece que a contenção física foi substituída pela contenção química e as pessoas começaram a tomar altas doses dos remédios, que, dos quais se conheciam pouco os efeitos colaterais e que deram o famoso resultado que os pacientes chamavam de ‘entorta’, pois realmente eles ficavam tortos, com síndromes parecendo doença de Parkinson, até descobrir como aliviar a doença de Parkinson. Aí começou um fenômeno muito interessante. Você dava o remédio e o contra-remédio ao mesmo tempo ao paciente. Você dava o remédio para tirar os delírios, as alucinações e ao mesmo tempo você dava o remédio para que ele não tivesse os efeitos colaterais do remédio. Mas isso não impediu que, durante muitos e muitos anos, apesar da existência da medicação antialucinatória e antidelirante, que continuasse a ser usados os métodos de choques elétricos, o eletrochoque. (COELHO, 25/10/2004)

No HCB realizou-se uma pesquisa sobre o uso do neuroléptico enantato de flufenazina de ação prolongada, conhecido como anatensol depôt. A pesquisa consistiu em observar se os medicamentos administrados a 40 pacientes, por um período de sete meses, se eles provocavam intolerância local ou alterações clínicas, em enfermidades que demandavam continuidade das práticas curativas, como a esquizofrenia. A ação do medicamento deveria, portanto, controlar sintomas como a excitação, agressividade, desagregação, autismo, negativismo, idéias delirantes e alucinações. Segundo o coordenador da pesquisa, o psiquiatra Jorge Paprocki, os pacientes submetidos à medicação melhoraram seu quadro sintomático. Entretanto, a pesquisa não permitiu que os médicos observassem a “relação direta e indiscutível entre a intensidade de impregnação e a melhora clínica nos pacientes tratados” (PAPROCKI, 1968, p. 780).

Outra prática realizada na instituição foi novamente a intervenção cirúrgica para lobotomizar, João Adão da Silva, ex-paciente do HCB. Sua história foi retratada pelo ⁷⁴ no seu documentário *Em nome da razão* de Helvécio Ratton. Produzido em 1979, este filme foi instrumento de denuncia das práticas do referido Hospital teve um caráter pedagógico ao ser exibido em e congressos no Brasil e exterior.

Ratton refez a trajetória do paciente desde a cela onde se encontrava aprisionado até a sua casa, após sua desospitalização. O cineasta também documentou o ex-interno em casa, registrando os depoimentos da mãe e da irmã. Ambas, não sabiam onde ele se encontrava, desconhecendo também o tipo de tratamento que João Adão havia sido submetido no hospital psiquiátrico. Abaixo encontra-se um trecho do depoimento da irmã de João Adão da Silva no filme de Ratton:

[...] - Eles pegaram o meu irmão e levaram como louco para Barbacena [...]. Eles puseram o meu irmão como louco naquele Hospital. Eu não sabia nem o que estava passando com ele lá! Eles fizeram aquela cirurgia sem avisá nós. Acabaram com ele! Era o único filho que mais ajudava [...]. Agora, puseram ele nesta situação. Por que eles fizeram isso? Ele num güenta mais trabalhá no sustento da casa [...]. Eles falam que fui eu que levei. Eles me acusam que fui eu que levei ele pra ser internado lá, em Barbacena. Mas eu nem disso sabia. Nem minha família sabia que ele estava lá, sofrendo, amarrado, todo algemado, no quarto frio e escuro. Molhado, num quarto cheio de cocô e xixi. Tudo molhado. Lá, eles pegaram e fizeram a cirurgia nele. (EM NOME DA RAZÃO, [1979?])

A laborterapia e a ergoterapia deixaram de existir no interior do hospital. As terras destinadas a essas práticas foram cedidas à Prefeitura Municipal de Barbacena que construiu no local um parque de exposição destinado a eventos ligados à agropecuária da região e ao lazer da população.

Ficou demonstrado, portanto, que as práticas existentes no início da gestão do CHPB são as mesmas que existiam anteriormente durante a administração do Hospital Colônia de Barbacena. Também outras práticas foram encontradas na instituição, como pode ser verificado a seguir.

3.2.3.2 Pagamentos de mensalidades dos internos e a venda de cadáveres

Nos anos iniciais de reestruturação do CHP e CHPB, novas denominações recebidas pela instituição durante as gestões da FEAP e FHEMIG, ocorreram problemas relativos a

⁷⁴ Helvécio Ratton é cineasta mineiro. Dirigiu aquele documentário com o apoio do Grupo Novo de Cinema e Associação Mineira de Saúde Mental. O filme foi amplamente divulgado em encontros e congressos, especialmente para os universitários, na década de 1980.

desvios de verbas provenientes de pagamentos das mensalidades dos pensionistas e da comercialização de cadáveres às Faculdades de Medicina. As denúncias de comercialização de peças anatômicas pelos hospitais públicos, no final da década de 1970, se deram por causa da ação de alguns agentes no campo psiquiátrico que denunciaram esta prática estendendo-a para o campo político *locus* privilegiado da luta concorrencial entre agentes pertencentes aos movimentos sociais e aos partidos políticos que passaram a pressionar a direção da instituição e a Secretaria de Saúde de Minas para que cessasse essa ocorrência.

O pagamento das mensalidades dos pensionistas sem vínculos com as instituições conveniadas com a FEAP era feito diretamente à tesouraria do Centro Hospitalar Psiquiátrico (CHP). Conforme consta nos documentos pesquisados no Museu da Loucura, os pagamentos realizados ao Hospital foram desviados por um funcionário, provavelmente o *bode expiatório* desse esquema que propiciava a venda de cadáveres.

Esta ocorrência resultou em sindicância e processo administrativo contra um funcionário, o Sr. G.F.S. Esse funcionário foi nomeado pela Diretoria Executiva da FEAP através do Ofício n. 253, em 15 de setembro de 1969 para se exercer o cargo de Relações Públicas da instituição. O Regimento vigente na época determina que a função deste cargo consistia em recepcionar os responsáveis por internação não pagantes e pensionistas, encaminhando-os às devidas seções. Expedir, arquivar as cópias de correspondências. Controlar a distribuição de peças anatômicas às Faculdades de Medicina conforme conveniadas com a FEAP, conforme pode ser verificado no Anexo VI.

Nos autos do processo de sindicância, estão arquivadas 22 declarações de familiares de internos revelando as diferentes formas de pagamento (depósito bancário e/ou pagamento direto ou efetuado pessoalmente) e de recibos assinados pelo funcionário atestando o recebimento das mensalidades. Sem que houvesse um prévio conhecimento e consentimento de seus familiares e/ou responsáveis, em diversas declarações entregues por eles, observou-se nesses documentos que, os internos que estavam sob a *tutela tesoureiro*, foram transferidos para os pavilhões de indigentes, apesar de pagarem uma quantia maior do que era a mensalidade cobrada pelo hospital. Além da mensalidade contratada os familiares e/ou responsáveis dos pacientes ainda pagavam um outro montante que, segundo o Sr. G.F.S., correspondia aos gastos pessoais do interno, conforme pode ser verificado nas Pastas sobre Sindicâncias relativas aos pagamentos de pensões com fotocópia de recibos bancários existentes no Arquivo do Museu da Loucura localizado no CHPB.

Outra prática da instituição consistia na venda de cadáveres. O controle e a distribuição de cadáveres de internos indigentes já estavam previstos e legitimados pelos Art.

116 do Decreto-Lei n.6.169 de 1922 e pelo Art. 209 do Decreto 11.276, de 27 de março de 1934. Os corpos dos pensionistas, somente seriam autopsiados com autorização prévia da família. Enquanto que, os cadáveres dos indigentes poderiam ser necropsiados, se nisso houvesse interesse científico, podendo ainda ser cedidos às Faculdades de Medicina para trabalhos e aulas de anatomia.

O aumento da demanda por peças anatômicas e a *necessidade do hospício* em aumentar a sua receita fez com que os corpos fossem comercializados, provavelmente com a conivência dos próprios funcionários do HCB e também os da FEAP. O registro das vendas de cadáveres pelo Hospital Colônia de Barbacena às faculdades de Medicina durante os anos de 1969-1975 pode ser verificado no quadro abaixo:

QUADRO 2

VENDAS DE CADÁVERES PELO HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA ÀS FACULDADES DE MEDICINA 1969-1975⁷⁵

INSTITUIÇÃO	NÚMERO DE PEÇAS ANATÔMICAS
Faculdade de Teresópolis (RJ)	141
Faculdade de Medicina da UFMG	311
Faculdade de Medicina de Santos (SP)	96
Faculdade de Medicina de Barbacena	77
Faculdade de Ciências Biológicas da UFMG	165
Faculdade de Medicina de Volta Redonda (RJ)	50
Fundação Educacional D. André Arcoverde. Faculdade de Medicina de Valença (RJ)	295
Fundação Universitária Sul-Fluminense – Vassouras (RJ)	180
Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte. (MG)	105
Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Petrópolis (RJ)	39
Universidade Federal de Juiz de Fora (MG)	68
Faculdade de Medicina de Pouso Alegre (MG)	63
Faculdade de Medicina de Itajubá (MG)	126
Faculdade de Medicina de Uberaba ou do Triângulo Mineiro (MG).	96
TOTAL	1822

Fonte: ARQUIVO DO MUSEU DA LOUCURA. Livros de Apontamentos das Faculdades de Medicina.

⁷⁵ De abril de 1975 até o ano de 1981 foram cedidos 112 corpos às Faculdades de Medicina.

Conforme fica demonstrado no QUADRO 2, diversas Faculdades participavam da compra de cadáveres no Hospital Colônia de Barbacena. Para garantir o fornecimento de peças anatômicas às Faculdades de Medicina e de Ciências Biológicas, alguns médicos, funcionários e internos mencionavam a existência do *chá da meia noite*. Esta prática consistia em uma injeção, geralmente, dada de madrugada aos internos, que em vez de líquido, era injetado ar na veia do paciente, levando-o à morte para depois serem destinados às Faculdades de Medicina. Apesar de não ter sido comprovada essa prática, pois alguns médicos negavam o fato, como foi o caso de Alvim, esse uso predominou e ainda predomina no imaginário social dos indivíduos, quando se faz referência ao HCB.

Nos *Livros de Apontamentos* das Faculdades de Medicina e de uma Faculdade de Ciências Biológicas, alguns livros com papel timbrado da instituição, encontram-se os seguintes registros: data da remessa do cadáver; nome, procedência, número de peças enviadas mensalmente e o total pago pela Faculdade. Geralmente, o valor dos cadáveres variava entre NCr\$ 300,00 a NCr\$ 500, 00, ou Cr\$ 500, 00, valores de moedas vigentes na época. Esse valor diversifica conforme o número de óbitos na instituição bem menor nos meses de primavera e de outono (como pode ser verificado nos documentos). Esta variação também se fazia de acordo com a necessidade da faculdade e a *presteza* do funcionário, talvez não só dele, em liberar as peças anatômicas. (VIDE ANEXOS DE I A V)

O QUADRO 2, portanto, refere-se a movimentação e a venda de cadáveres no período de 1969 a 1975, quando foram comercializados 1822 cadáveres. Entretanto, existem indícios de que este número seja superior ao registrado e de que alguns corpos não foram lançados no movimento de *caixa* realizado pelo *tesoureiro* da instituição, acusado, posteriormente, de desvio de verbas do Hospital.

Após várias denúncias e tentativas de resolver esse problema, agravado ao longo dos anos, a Assembléia Legislativa de Minas Gerais instalou uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI). No dia 17 de julho de 1971, o diretor José Theobaldo Tollendal recebeu o seguinte telegrama do governo:

Dr. José Tollendal. Tenho satisfação comunicar vossa senhoria Assembléia Legislativa intuito de contribuir plano saúde, o Governador Rondon Pacheco se fará representar visita Hospital Colônia dessa cidade mesmo tempo se obter sugestões composta deputado João Ribeiro Navarro, Nelson Lombardi, Haroldo Lopes da Costa, Mário Hugo Ladeira, Ivo Morais e Pinheiro Chagas dia 17 esperando deputados obterem informações sobre deficiências hospital a serem atendidas. Governador do Estado, Secretário Deputado Ronaldo Canedo. (TOLLENDAL, [197-], mimeo)

Com o intuito de verificar a existência do comércio de cadáveres, alguns deputados estaduais visitam ao CHP. O *Jornal Correio da Manhã* expôs a seguinte impressão: “se, não surtir efeito desejado, pelo menos reduzirá o estado de penúria em que vivem os três mil doentes ali internados”. Mas, conforme depoimento de alguns funcionários do Hospital, a “situação permaneceu inalterada” (FIRMINO, 1982, 78).

Considerando que o campo político é o lugar por excelência da luta concorrencial entre agentes, instalou-se um jogo estratégico nessa esfera entre o Deputado Estadual João Navarro, representante do clã parental dos Bias Fortes, e o Deputado José Bonifácio Tamm de Andrada – líder do governo na Câmara dos Deputados, e diretor da Faculdade de Medicina de Barbacena. Este último também era representante do clã parental dos Andradas. Ambos representavam as duas forças da política local de Barbacena que viviam em constante disputa no campo político. Conseqüentemente, os embates por eles travados nos jornais assumiram uma dimensão que envolvia a retórica discursiva, presente na política, não revelando os diversos interesses e trunfos políticos, que se encontram por detrás do jogo político. Para os adversários o que interessava era neutralizar o jogo para que não houvesse muito desgaste político entre as partes.

Durante a vigência da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), o *Jornal Correio da Manhã* publicou que o Deputado Federal José Bonifácio Tamm de Andrada contestou o requerimento do Deputado Estadual João Navarro, que solicitava a suspensão de vendas de cadáveres do Hospital Colônia de Barbacena. A justificativa apresentada por Andrada era a de que “a venda de cadáveres para as Faculdades de Medicina do país constituiu ato legal e que contribui para o avanço das nossas ciências médicas” (FIRMINO, 1982, p. 78).

Em resposta ao protesto de Andrada, o Dr. Haroldo Lopes, um dos integrantes da CPI, manifestou-se da seguinte forma:

[...] há necessidade de uma reformulação total no *staff* que comanda o serviço do HC, não retirando aqueles que já existem, mas injetando uma média de 50 a 80 novos funcionários especializados, técnicos em lavanderia, em padaria, em medicina preventiva. Assim, o hospital poderá contar, realmente, com uma equipe de rapazes, de jovens que poderão injetar um pouco de motivação, um pouco de calor humano. Haverá, assim, um serviço técnico mais eficiente (LOPES *apud* FIRMINO, 1982, p. 79).

Antes da CPI apurar os fatos, o Secretário de Saúde impôs uma medida restritiva ao rescindir o convênio assinado entre o Hospital Colônia de Barbacena e as Faculdades de Medicina, que “permitiam a cessão de cadáveres mediante a retribuição financeira de CR\$200,00”. O Deputado Estadual João Navarro, juntamente com outros membros da Comissão, propôs a readequação dos convênios entre a FEAP e as Faculdades de Medicinas,

onde estas “se obrigarão a fornecer ao Hospital Colônia medicamentos, material permanente, alimentação, bolsas de estudo e acadêmicos de Medicina para estagiar naquele órgão psiquiátrico do Estado” (FIRMINO, 1982, p.82). Já na Mensagem do Executivo ao Legislativo fica expresso que o Hospital Colônia de Barbacena e também os Hospitais Carlos Pinheiro de Oliveira e o Instituto Raul Soares de Belo Horizonte deveriam “atualizar os convênios com as Faculdades de Medicina, com respeito a peças anatômicas, onde [haveria] sua compensação por serviços, ao invés de indenização em dinheiro” (MENSAGEM DO EXECUTIVO AO LEGISLATIVO, 1972).

Paralelamente aos trabalhos realizados pela CPI, o diretor da FEAP, o Dr. Djalma Passos Veloso, mandou abrir um processo de sindicância para apurar o comércio de cadáveres às Faculdades de Medicina. A Fundação solicitou que as Faculdades enviassem à direção cópias dos seguintes documentos: recibo de pagamento pela compra de cadáveres, guia de sepultamentos e de despesas com traslado feito pela funerária. Com isso foram apurados alguns convênios e o papel do Sr. G. F. S. na venda de cadáveres.

Como forma de controlar as práticas que estavam ocorrendo no CHP, a FEAP reeditou parte do Decreto-Lei n. 11.276 de 1934, sob a forma de uma Portaria da Direção Geral da FEAP (DIGE) 49/75 em 15 de abril de 1975. Essa Portaria encontra-se publicada no Boletim de Normas e Ocorrências da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), constando dos seguintes termos:

Art. 1º – Os cadáveres indigentes falecidos nos hospitais da FEAP, cujo sepultamento não for reclamado por familiares ou responsáveis, comunicados a tempo, poderão ser cedidos a Faculdade de Medicina para finalidade de ensino, conforme disposto no artigo 209, parágrafo único do Decreto 11.276, de 27 de março de 1934.

PARÁGRAFO ÚNICO – A cessão de que trata o artigo somente poderá ser feita à Escola de Medicina que tenha convenio de contraprestação de serviços com a FEAP, ficando automaticamente cancelados fornecimentos vinculados a qualquer outro tipo de convênio. (FEAP, 1975)

Este *comércio* só atingia os corpos indigentes apropriados legalmente pela instituição, corpos supliciados, que mesmo após a sua morte, deveriam ter um objetivo, possibilitar o progresso da ciência.

Portanto, a arbitrariedade do poder médico - que ausente se estendia ao funcionário da instituição, era “respaldada em um ato legal, por uma necessidade científica, capaz de transformar o corpo em fonte de experimentação” (DARMON, 1991, p. 164). Subjugando o corpo do internado, sem respeitar-lhe os direitos básicos da cidadania. Engel argumenta que, “a apropriação sistemática e legitimada dos corpos pela medicina, a partir do século XIX, seria levada a últimas conseqüências exatamente nos casos dos indigentes e mendigos, que

teriam os corpos apropriados sem qualquer limitação socialmente assegurada” (ENGEL, 1991, p. 91).

Conforme as Mensagens do Executivo ao Legislativo foram tomadas medidas para reduzir o número de mortos na instituição. Assim, em 1971, foram “registrados 71 falecimentos; 28 em 1972; 19 em 1973; e 5 em 1974”. A diminuição do número de óbitos “deveu-se às denúncias investigadas pela CPI da Assembléia Legislativa” (FIRMINO, 1989, p. 82). Discordamos dessa afirmação, em parte, pois novos modos de tratar o doente mental já estavam sendo introduzidos nos hospitais mineiros, privilegiando novas práticas terapêuticas, o atendimento ambulatorial no tratamento da doença mental e as comunidades terapêuticas, enquanto tentativas e desospitalização. Também novas formas prevenção no tratamento das doenças endêmicas já estavam sendo priorizadas, diminuindo a incidência de mortes nos nospômos.

Até aqui, o estudo consistiu em analisar a trajetória do HCB, as práticas, a expansão do modelo macro-hospitalar e as denúncias relativas à instituição. Na seqüência, o estudo discute a importância da participação de novos agentes no campo psiquiátrico (psicólogos, assistentes sociais, associações de classe, movimentos sociais, etc.), que estimularam as mudanças nas concepções e nas práticas referentes ao tratamento da doença mental, exigindo também melhorias na assistência psiquiátrica, possibilitando condições para o início da Reforma Psiquiátrica em 1979.

3.2.3.3 Crise e início de novos tempos na Psiquiatria mineira

Criada em 1970, a Faculdade de Medicina da fundação José Bonifácio, com seus estudantes e professores dinamizaram o campo psiquiátrico de Barbacena. A primeira turma de alunos passou a promover alguns seminários e encontros. Esses eventos contaram com a participação do Centro de Estudos Psiquiátricos da Clínica Mantiqueira e do Centro de Estudos Psiquiátricos da Clínica Santa Isabel. Assim, no I Seminário foram discutidos os seguintes temas: psicologia médica, medicina psicossomática, psicopatologia, tóxicos, psicoses, neuroses, psicoterapia, psicofarmacologia, sexologia e política assistencial da FEAP. Esta última temática se justificava, pois alguns acadêmicos da Faculdade já davam plantões no HCB e, depois de formados, seguiam para Belo Horizonte para fazer residência médica no Galba Velloso ou no Instituto Raul Soares.

Em 1971 realizou-se também a I Semana de Temas Psiquiátricos de Barbacena e se estendeu por mais dois anos. Os objetivos do evento indicavam uma preocupação da categoria médica em proporcionar aos participantes mais informações, além de congregá-los ao debate, queriam demonstrar que os hospitais de doentes mentais da “nossa terra não [eram] asilos de loucos, mas centros de pesquisas em franco progresso, em prol da ciência psiquiátrica” (JORNAL CIDADE DE BARBACENA, 30/11/1971). Foram as discussões realizadas nos Centros de Estudos e o confronto com a realidade nosocomial do CHP que despertou nos alunos de Medicina a necessidade de promover seminários. Assim, referiu-se um dos integrantes do grupo, o psiquiatra, Jairo Toledo Furtado.

[...] A presença de Silvio Oliveira é que foi fundamental, foi um bom professor, nos incentivou (...) Os debates por ele realizado no Centro de Estudos, juntamente com o Tião e mais 13 colegas nos começou a instigar, abrir para a discussão. Criamos, em Barbacena, as semanas de psiquiatria, fizemos a primeira, a segunda e a terceira semana de psiquiatria. Eu lembro que nós trouxemos aqui Miguel Chalub, trouxemos o Busnello, várias pessoas vieram a Barbacena. As discussões não tinham caráter filosófico, nós queríamos discutir psiquiatria. (FURTADO, 01/04/2004)

Com a criação da Faculdade de Medicina e a presença de psiquiatras recém formados e de outras cidades, exercendo o cargo de professor e coordenando Centros de Estudos, promovendo debates nos mesmo e ainda trazendo outros profissionais que, na época, eram referências sobre a aplicação da psicanálise na psiquiatria como o renomado psicanalista Miguel Chalub, e do psiquiatra Ellis Busnello que após experiência de implantação das comunidades terapêuticas em Murialdo, na Itália, a introduziu no Rio Grande do Sul.

A Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica de Minas (FEAP), a partir de 1973, iniciou uma política de contratação de pessoal. Foram contratados profissionais de outras áreas (psicólogos, assistentes sociais, etc.) e ainda institui-se o Serviço de Assistência Médica (SAME). Através desse serviço, os novos internos deveriam passar por uma triagem, e os seus prontuários preenchidos por vários profissionais (psiquiatras, médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), garantindo assim uma avaliação mais ampla. Essas medidas modificaram, em parte, o funcionamento do Centro Hospitalar Psiquiátrico (CHP) de Barbacena, pois ao fazer a triagem do enfermo, os profissionais da saúde tentavam desospitalizá-lo. Porém, encontravam obstáculos para retorná-lo ao seu local de origem, à sua família, e ao convívio social. Por esse motivo, a grande maioria dos internos permaneceu no hospício.

A FEAP também contratou estagiários da Faculdade de Medicina de Barbacena para o CHP. A manutenção de estudantes de Medicina no CHP, segundo o diretor Dr. José

Theobaldo Tollendal, “era precária”. Conforme salienta Tollendal, o hospício mantinha “oito alunos-estagiários, que eram chamados de bolsistas, mas apenas um aparecia no Hospital uma vez por semana”. Os acadêmicos recebiam “uma bolsa de Cr\$3.400,00 por mês, e se não fosse por isso, nem apareciam” (FIRMINO, 1982, p. 53).

Ao lembrar-se do seu tempo de estudante, o psiquiatra Jairo Toledo Furtado, em entrevista, fala sobre o seu período de estágio no CHP.

[...] começamos a dar plantão no [CHP] da FHEMIG. Era uma remuneração boa, [o estágio] era muito disputado, todo mundo queria ir pra FHEMIG. A FHEMIG inquietava, porque você queria ajudar e você não conseguia fazer nada (...) era grande uma quantidade de gente para ser [atendida]. E uma das coisas que mais me inquietava era atestar óbito, porque não tinha médico no hospital pra plantão, o plantão era dado pelo acadêmico e os acadêmicos éramos nós, aquilo me incomodava. Você vê que não tinha muito [o que fazer]. Às vezes faltavam coisas (sic) pra você salvar vidas. Tanto é que a gente fez algumas campanhas dentro do hospital, campanhas de verminose, no hospital e nas comunidades. Mas, o deixou muito marcado foi a campanha do sangue. O Rotary e [os acadêmicos] nos reunimos para montar [o que se] chamava dia do sangue e recolhíamos sangue da cidade, de parentes, amigos. Esse sangue era imediatamente aplicado nos pacientes da enfermaria, imediatamente, tanta era a carência, que podia guardar na geladeira, não, já ia direto para esses pacientes que estavam lá necessitando. E aí por força do destino que eu me interessei pela psiquiatria. (FURTADO, 01/04/2004)

Portanto, pode-se afirmar que a dinamização do campo psiquiátrico em Barbacena aconteceu a partir da presença desses estagiários e de uma equipe multidisciplinar que trouxeram algumas mudanças na instituição, ou seja, os estudantes e os profissionais psi buscaram imprimir na instituição CHP uma função “mais terapêutica do que asilar,” na tentativa de modificar as palavras ditas por Clóvis Alvim. Desse modo, a equipe multidisciplinar deveria atender e tratar os pacientes, evitando que estes se tornassem cronificados pela instituição meramente asilar.

Provavelmente, aqueles eventos e as presenças de estudantes juntamente com uma equipe multidisciplinar no CHP contribuíram para se processar no campo psiquiátrico barbacenense indícios de uma luta concorrencial. Pois, as inquietações dos estudantes e a observação do diretor do Hospital demonstram posições divergentes entre os antigos psiquiatras e/ou médicos e os futuros profissionais em relação às concepções e práticas na definição daquilo correto ou incorreto na condução do campo psiquiátrico. Contudo, naquele momento, predominará a “estratégia de conservação,” (BOURDIEU, 1983, p. 137), pois os valores da ciência oficial, ou seja, as normas e os valores impostos pelos detentores da ordem científica é que prevaleceram.

Novas formas de racionalização e de reestruturação foram implementadas pela Fundação Hospitalar Psiquiátrica do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Segundo o

Superintendente da FHEMIG, José Ribeiro de Paiva Filho, houve uma série de medidas para garantir a melhoria de sua prática institucional e reduzir a população de internos do CHPB. A partir de 1977, os guardas foram treinados ou substituídos por atendentes de enfermagem. No âmbito da administração, foram instituídas medidas para melhor assegurar o controle das internações, com a identificação dos pacientes, diminuição dos óbitos e do tempo de internação, proporcionando uma maior rotatividade de leitos.

Além disso, o suprimento alimentício passou a ser servido em “quantidade satisfatória,” apesar da dieta, conforme ressalta Paiva Filho, continuar deficiente em termos protéicos. As condições de higiene dos pavilhões melhoraram, mas as condições dos pátios ainda ficaram a desejar. Houve melhorias na estrutura física através da reforma de alguns pavilhões, dos prédios da administração e da cozinha. Em 1978, foram cedidos dois pavilhões à Secretaria do Interior para a internação de menores infratores e de alta periculosidade (PAIVA FILHO, 1982, mimeo.).

Outro fato que tornou visível a falência do modelo nosocomial foi o convênio instituído entre a FHEMIG e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). As triagens eram feitas nos hospitais públicos estaduais vinculados à FHEMIG – o que onerava os cofres do estado, pois o governo federal não repassava verbas necessárias para esse serviço. Descontente com a política centralizadora de assistência à saúde e o montante de recursos destinados à saúde, o Secretário de Saúde Eduardo Levindo Coelho, pressionado por segmentos da sociedade (imprensa e associação dos profissionais da área de saúde), e contando com o apoio das lideranças de movimentos sociais, abriu as portas dos hospícios e a sociedade tomou conhecimento e conscientizou-se das práticas de exclusão dos estabelecimentos psiquiátricos ligados da rede dos hospitais da FHEMIG, especialmente o CHPB.

A coletânea de reportagens publicadas no Jornal Estado de Minas, em 1978, pelo jornalista Hiran Firmino, posteriormente, publicadas no livro *Os porões da loucura e*, o documentário *Em nome da razão*⁷⁶, dirigido por Helvécio Ratton, registraram as práticas do HCB/CHPB, além das mazelas da instituição, ou seja, a superlotação, as condições asilares impróprias à sobrevivência, a falta de higiene, de alimentação e vestuário, etc. Denunciavam

⁷⁶ Segundo Ferro (2006), o uso do filme e/ou documentário assume a função social de pode levar à opinião pública o registro de um momento. O documentário, enquanto estilo cinematográfico, também constitui uma fonte privilegiada ao fornecer, através de imagens, informações, possibilitando uma reflexão sobre um determinado momento. Porém, há de se considerar que as imagens fotográficas e filmadas como produto dos olhares que se escondem atrás das câmeras. In: FERRO, Marc. Nas Fronteiras do Cinema e do Ensino de História. A relação Cinema e História. *Revista o Olho da história*. Salvador: UFba, 2006. Disponível em <<http://www.comciencia.br/especial/cinema/cine01.htm>> Acesso em 19 Set. 2007.

ainda o alto custo dos medicamentos, a utilização de práticas punitivas, a aplicação de eletrochoques, as celas, a lobotomia, os mecanismo de contenção e/ou punição utilizados nos indivíduos considerados agressivos.

O final da década de 1970 é considerado um marco importante para a psiquiatria brasileira. Os movimentos pela reforma psiquiátrica estruturaram-se e questionaram as antigas estruturas asilares e as práticas psiquiátricas, defendendo assim, a adoção de novas concepções e novas práticas psiquiátricas. Os movimentos dos trabalhadores da saúde mental (MSTM), as associações de classe, como a Associação de Saúde Mental, reivindicavam melhorias. Essas organizações também encaminharam diversas denúncias às autoridades, bem como à população, solicitando mudanças no campo psiquiátrico.

No III Congresso Mineiro de Psiquiatria foram apresentados o documentário de Ratton, *Em nome da Razão* e o artigo do psiquiatra Ronaldo Simões Coelho, *Barbacena 1900-1980*. Esse trabalho, segundo o autor, resultou das pesquisas e observações acerca da assistência psiquiátrica pública de Minas Gerais.

Para Coelho, o HCB ao longo dos seus quase oitenta anos de existência representava a “inoperância assistencial dos loucos”. Se, por um lado, o Hospital cumpria bem a função “carcerária,” por outro lado, a “função hoteleira” era de baixa qualidade e a função terapêutica permanecia apenas como “fachada para justificar sua existência” (COELHO, 1979, mimeo).

O destaque que tiveram as denúncias de Coelho e de Firmino, bem como o documentário de Ratton coincidiram com a vinda de Franco Basaglia⁷⁷ ao Brasil e ao HCB/CHPB, reforçando assim, as reivindicações por uma nova Reforma Psiquiátrica, iniciada em 1979.

Em busca da humanização do ambiente hospitalar, uma das primeiras medidas instituídas pela FHEMIG consta da intervenção da Direção Geral da FHEMIG que designou uma Comissão composta de sete membros, entre eles, psiquiatras, médicos e uma administradora, com o intuito de implantar uma série de medidas visando a melhoria das condições assistências e de bem-estar dos pacientes do CHPB. Em um prazo de 60 dias esta Comissão deveria preparar um estudo pormenorizado para redefinir as finalidades do hospital, segundo as diretrizes da FHEMIG, “para os estabelecimentos especializados e de longa

⁷⁷ Franco Basaglia foi um psiquiatra precursor da reforma psiquiátrica na no Hospital Provinciano localizado na cidade de Trieste na Itália. Assumiu uma posição crítica quanto às formas de tratamento e asilamento dos doentes mentais, substituindo essas formas por uma rede territorial de atendimento, ou seja, os serviços de atenção comunitários, as emergências psiquiátricas em hospital geral, as cooperativas de trabalho, bem como os centros de convivência em moradias assistidas. O seu trabalho inspirou a Lei Basaglia, aprovada em 1978, que obriga o fechamento progressivo de hospitais psiquiátrico e impede a construção de outros, na Itália.

permanência”, incluindo reestruturação física e administrativa (OFÍCIO n. 199/ SUPEHO/79 de 30/08/79).

Conforme consta Ofício n. 199/ SUPEHO/79 de 30/08/79 da Superintendência Hospitalar à Comissão, a principal medida a ser introduzida dizia respeito à eliminação da superlotação, através da dinamização de altas e limitação das internações sendo estas somente aceitas em casos de haver rigorosa indicação técnica atestada pelos psiquiatras. Diante das denúncias de más condições de hotelaria que contribuíam para incidência de doenças e em alguns casos ocasionavam a morte dos pacientes, buscou-se melhorar as condições de alimentação, vestuário e utilizar métodos de calefação para prevenir e proteger os pacientes contra o frio existente em Barbacena. Na área física remodelou alguns pavilhões a fim de ampliá-los, incorporando neles área verde, através da utilização mais racional do espaço disponível, inclusive eliminando prédios imprestáveis e irrecuperáveis.

Para romper com a prática asilar da instituição, a proposta que consta no ofício da Superintendência Hospitalar (SUPEHO) é a de se faça uma melhoria necessária das atividades de atenção médica, abrangendo assistência médica especializada e geral, estudo sistemático da mortalidade hospitalar, os serviços de enfermagem e de serviço social e a dinamização do atendimento ambulatorial. Também ficou evidenciado no documento a necessidade de redistribuição dos pacientes pelos pavilhões, utilizando o sistema de cuidados progressivos, selecionando e agrupando os pacientes conforme o seu estado clínico e o grau de intensidade de cuidados requeridos.

Inúmeros problemas foram apontados no Seminário realizado pela Comissão no CHPB. Essa lista refere-se à problemas que vão das questões relativas às internações e readmissões de internos e às práticas terapêuticas, bem como aos problemas ligados aos recursos materiais e de pessoal que incidiam na precarização do trabalho. Todos esses problemas podem ser agrupados e sintetizados da seguinte forma:

A) Internação e reinternação, inexistência de critérios para internação, viabilizando as internações políticas; transferência de pacientes do Instituto Raul Soares e do Hospital Dia de Juiz de Fora; superlotação; alta taxa de reinternação por inexistência de controle dos egressos;

B) Dificuldades de realização das práticas terapêuticas ocasionada pelo relaxamento da assistência médica e de enfermagem insatisfatória tanto quantitativamente quanto qualitativamente; ociosidade dos pacientes, inexistência de terapia ocupacional e praxiterapia, o que impede a ressocialização do paciente e reforça o desajuste e a rejeição social;

C) Recursos materiais e administrativos, decorrentes da estrutura física dos pavilhões do CHPB *arcaica*, ênfase na *economia*, ao ponto de reduzir o custo do paciente-dia; falta

sistemática de medicamentos; demora na realização de exames complementares por falta, inclusive de equipamento adequado, falta de equipamentos como, Raio X, laboratórios, ambulância, etc., administração mais voltada para o controle dos meios prejudicando a eficácia da organização como sistema;

C) Quadro de pessoal e precarização do trabalho, devido ao desentrosamento do pessoal técnico, profissional e atendentes de enfermagem, pois não há reuniões para orientação, cursos de treinamento, supervisão para os acadêmicos, inexistência de um Centro de Estudos, condições desumanas de trabalho proporcionando desgaste físico e psicológico dos funcionários sem estímulo sequer de promoção, desvio e acúmulo de funções, instabilidade nas datas de pagamento.

No Seminário foram aprovadas as seguintes propostas e reivindicações, entre elas destaca-se:

- efetivar providências para transferências dos pacientes asilares para outra unidade da FHEMIG, devidamente preparada para realizar de maneira criteriosa uma avaliação médico-social, bem como sensibilizar os pacientes para que isso se efetivasse;

- cancelar definitivamente as transferências de internos do IRS e do Hospital Dia de Juiz de Fora para o CHPB; preparar e adequar o Departamento B para a finalidade proposta, desativando o Departamento A; eliminar a categoria de pensionistas, mantendo o sistema de pagamento mediante classificação sócio-econômica já vigente em outras unidades da FHEMIG;

- organizar o quadro de pessoal através da adoção de uma política de plano de cargos e salários e compatível com a qualidade assistencial;

- controle dos egressos com vistas à manutenção do paciente na comunidade, em unidades de saúde e nos hospitais;

- dar ênfase no tratamento ambulatorial;

- adotar o regime de semi-internação: hospital-dia, hospital-noite, internação em hospitais gerais;

- reformulação dos Convênios⁷⁸;

- redefinir dos objetivos dos hospitais de psiquiatria de acordo com o conceito moderno de hospital e conseqüente reorganização dos mesmos; de modo que o CHPB se

⁷⁸ Segundo a SUPEHO, algumas medidas apresentadas como propostas já estão sendo realizadas e em fase final de solução. Entre elas podem-se salientar as propostas de reformulação do convênio com o INAMPS incluindo atividade de controle de egressos e do problema de superlotação já identificado, no início deste ano [1979] provocado pela desativação dos dois maiores pavilhões do CHPB, cuja estrutura física estava prestes a desabar. O que sugere que a SUPEHO desconhecia o problema já cristalizado no HCB/CHPB existente desde a década de 1920.

transformasse em Hospital Regional de curta e de média permanência destinado a casos psiquiátricos procedentes da região de Barbacena e Juiz de Fora e aparelhado para atendimento de intercorrências clínicas e cirúrgicas.

Apesar dessas sugestões extraídas no Seminário pela Comissão e com a participação de funcionários do CHPB que apresentaram conjuntamente propostas à Direção da FHEMIG, verificam-se no documento denominado “Considerações da Diretoria do CHPB sobre o Relatório SUPEHO” resistências da Direção do CHPB, sendo que algumas dessas restrições eram relativas a medidas que visavam a desospitalização em oposição ao modelo asilar que, até então, sustentava a instituição, impecilho par a realização da reestruturação do CHPB.

Algumas justificativas encontradas no documento supra-mencionado indicam e reafirmam a condição do hospitalar de exclusão, pois, se os pacientes classificados como agudos ou sub-agudos em decorrência de sua permanência na instituição paulatinamente se transformavam em pacientes cronicados.

É assim que os psiquiatras expressam no documento da SUPEHO sobre as práticas que propiciam a cronificação. Segundo os psiquiatras “há tratamentos esquematizados e não só paliativos e que se não tem seqüência é pela falta de medicamentos que vem ocorrendo”. A natureza da instituição, ou seja, um hospital destinado aos crônicos e irrecuperáveis “dificultava a sua mudança porque muito deles apresentam ‘gatismo’ e coprofagia [por isso] tornam a limpeza e higiene no ‘habitat’ de doentes muito importantes”. O documento ainda, “destaca a exaltação sexual de pacientes mentais para a consideração (sic) de Pavilhões mistos”. Conforme o documento da SUPEHO, a Superintendência manifestou-se favorável à utilização de uma “prática terapêutica radical” para aqueles casos de pacientes tidos como “problemáticos” e reafirma que no “CHPB foram apenas executadas três lobotomias, ética e cientificamente indicadas com resultados apreciáveis”. Com relação “as taxas de mortalidade, analisados os dados encaminhados [...] pode-se verificar que os picos coincidem com a estação invernosa e com as fases de vultosas transferências de pacientes do Instituto Raul Soares” (SUPEHO, 1979).

Contudo, as dificuldades de reestruturação abrangem ainda as questões ligadas à falta de recursos humanos, bem como à qualificação dos profissionais, pois “as atividades dos médicos se desfazem pela deficiência da estrutura de apoio pessoal e material e pela desfavorável relação médico/paciente, bem como a organização do sistema assistencial [que se torna] impossível [diante do] déficit quantitativo de técnicos”. Constitui ainda uma indagação da Direção do CHPB no que se refere a questão da socialização de pacientes em um hospital “sem terapeutas ocupacionais, sem oficinas terapêuticas, sem psicólogos, com

apenas 2 assistentes sociais, sendo que esses últimos lhes impõem a tarefa de contatar com familiares dos pacientes, sendo que “90% dos pacientes [são oriundos] de longínquas cidades de origem, dos quais nunca se vê familiares”, portanto, nos casos de alta hospitalar os responsáveis do interno são procurados e se isso “não se faz, não é por acomodação do Hospital”, mas é porque o mesmo perdeu todo o seu vínculo familiar.

Os problemas apresentados no campo psiquiátrico assemelham aqueles presentes também em outros campos científicos, quando agentes empreendem lutas concorrenciais para impor a sua visão de mundo, as suas concepções e práticas. Dessa forma, a teoria de Bourdieu (1983) pode auxiliar na compreensão de que o campo científico se expressa através de relações de forças atuantes, onde as esferas do saber e do poder estão articuladas. A transformação do campo depende da posição relacional dos agentes (instituição, grupos e indivíduos), associada à sua capacidade de trânsito nas diferentes esferas sociais. Assim, o capital científico que confere poder, legitimidade, *status* e prestígio aos médicos e/ou psiquiatras para interferir nas políticas assistenciais também lhes permite sobressair na luta concorrencial interna, marcada pela disputa de diferentes agentes pela hegemonia do campo científico, quer seja através de “estratégias de conservação”, quer seja, através de “estratégias de subversão” (BOURDIEU, 1983, p. 137 et seq.). Parece que no HCB/CHPB as estratégias que marcaram o campo psiquiátrico da instituição foram as de conservação, pois pouco se percebe em termos de mudanças no modelo que se fundamentou no asilar e nosocomial.

Os indícios de luta concorrencial entre os agentes no campo psiquiátrico barbacenense, portanto, não provocaram “estratégias de subversão” (BOURDIEU, 1983, p. 138) para impor uma redefinição de princípios sobre o monopólio dos detentores da ordem científica estabelecida na instituição. Somente alguns poucos profissionais passaram a discutir e incorporar conhecimentos de outras áreas e de outras concepções e práticas de como lidar com o doente mental. Permitindo que ideologicamente aderissem às novas concepções e/ou modelos, como por exemplo, o de Comunidades Terapêuticas e da Psiquiatria Democrática. Contudo, em razão da estrutura e da organização do HCB/CHPB essas práticas não foram implantadas, pois a concepção e as práticas no Hospital eram aquelas ligadas ao modelo manicomial.

Diante da análise das concepções e práticas do HCB/CHPB que fizeram desta uma instituição asilar e de segregação e para muitos pacientes um local de exclusão, pode-se parafrasear o médico francês Garsonnet, que em 1860 anteviu a falência do modelo asilar, o hospício “cronifica e mata” (CASTEL, 1978, p.256). Tal raciocínio pode ser complementado com as palavras de Ronaldo Simões Coelho ao afirmar que, “no HCB não somente pacientes

eram cronificados, eram cronificados os médicos, os enfermeiros, os assistentes, se é que houvesse médicos, enfermeiros, porque não havia” (COELHO, 25/10/2004).

Os problemas institucionais – quando revelados pelos médicos (Baeta Vianna e Alvim), e pela imprensa (*O Cruzeiro* e jornais *Estado de Minas*, *Diário da Tarde* e *Correio da Manhã*) nos finais das décadas de 1950 e 1970 – fizeram com que se ressaltassem atributos negativos ao hospital, desqualificando-o ainda mais. A imagem do hospício assemelhava-se à de um campo de concentração, onde as relações de poder evidenciavam o caráter repressivo ou o limite dos mecanismos de suplício para lembrar Foucault (1977), presentes não só na instituição, mas enquanto reflexo de uma sociedade autoritária e excludente, tal como a vigente durante a ditadura militar.

A presença de Basaglia e de outros agentes sociais no hospício de Barbacena, cuja a prática é asilar, denota a penetração e a assimilação de outras concepções e práticas no campo psiquiátrico. A contratação de novos agentes, como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de saúde, possibilitou também o debate e a participação desses novos agentes, no questionamento da estrutura já falida das instituições psiquiátricas asilares. A articulação desses profissionais e de psiquiatras envolvidos em movimentos sociais e em seus sindicatos, bem como a presença de técnicos junto aos órgãos decisórios foram importantes para as mudanças nas políticas públicas de saúde mental, que culminaram com a Reforma Psiquiátrica ainda em curso.

Em suma, durante a gestão do SNDM (1941-1968), que passou a supervisionar as instituições psiquiátricas, têm-se a construção e reformas de macro-hospitais e de pavilhões. O macro-hospital, porém, foi incapaz de abarcar todo o contingente de indivíduos que precisava de internação. As concepções e as práticas psiquiátricas adotadas no período de 1946 a 1979 resultaram na falência das estruturas do campo psiquiátrico. No âmbito hospitalar, a revolução dos neurolépticos não foi capaz de diminuir o número de internos. Também as políticas adotadas pelas Fundações a partir de 1968 não atenuaram os problemas da estrutura nosocomial predominando as más condições de asilamento, tratamento deficiente, cronificação dos pacientes, falta de pessoal qualificado, superlotação do hospício.

Além desses problemas, foram identificados outros, como a apropriação indevida de pagamentos de mensalidades de pensionistas e a comercialização de cadáveres. O início do desmonte dessa estrutura só foi possível com os embates, os conflitos no campo psiquiátrico e a exposição midiática dos problemas relatados, bem como a partir da organização dos trabalhadores da saúde e das mudanças políticas do final da década de 1970.

CONCLUSÃO

Neste trabalho buscou-se identificar e analisar a assistência prestada pelas políticas de saúde e de saúde mental e seus respectivos impactos nas instituições psiquiátricas a partir de um estudo de caso sobre a história do Hospital Colônia de Barbacena, primeira colônia psiquiátrica implantada no estado de Minas Gerais e portadora de uma das mais emblemáticas histórias manicomiais do país. Nesse sentido, as abordagens de diversos autores foram importantes para demonstrar as transformações econômicas, sociais e políticas ocorridas no Brasil no período de 1946 a 1979. Essas fontes forneceram substrato teórico que possibilitou uma articulação sobre os desenvolvimentos político (construção da Nação) e desenvolvimento econômico (planos de desenvolvimento econômico).

Quanto ao desenvolvimento econômico, o Plano SALTE foi o primeiro a se preocupar com a emergência de um programa para a Saúde Pública, num contexto em que os problemas sanitários constituíam um freio para o desenvolvimento econômico do Brasil.

Diversos outros planos de desenvolvimento econômicos também interferiram na implementação e condução das políticas de saúde e de saúde mental, elaboradas durante o governo empresarial-militar. Em linhas gerais, pode-se dizer que os tecnoburocratas, visando ao desenvolvimento econômico e à industrialização, adotaram uma lógica tecnicista, distanciada dos problemas da saúde e da melhoria dos padrões de qualidade de vida da população brasileira. Além disso, observou-se que as disputas no interior do campo político foram caracterizadas pelos embates em torno do monopólio do poder simbólico e sobre a condução das políticas de saúde e de assistência médica que aconteceram entre as diferentes esferas representadas pelos Ministérios, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais e entre União, Estados e Municípios. Nesse sentido, pode-se pontuar algumas discontinuidades presentes nos planos de desenvolvimento econômicos que incidiram sobre as políticas de saúde mental.

Ficou caracterizado também que o Ministério da Previdência e Assistência Social

(MPAS) detinha a hegemonia na execução das políticas de saúde individual, geralmente subvencionadas pelos seguros e pelos salários dos trabalhadores. Sem dúvida, o setor privado-empresarial foi o que mais lucrou com as políticas públicas instituídas pelo Ministério enfatizando a prática de assistência médica curativa e individual. Acresce ainda que a formação de um mercado consumidor para a utilização dos produtos das indústrias farmacêuticas, geralmente ligados ao capital estrangeiro e ao capital consorciado, contou, por sua vez, com a contribuição fundamental dos técnicos e médicos. O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) atuava somente na regulação dos produtos e consumo de bens e de serviços, favorecendo o empresariamento da Saúde Pública, contribuindo cada vez mais para o crescimento dos hospitais privados baseados no modelo de macro-hospitais.

Quanto às políticas de saúde coletiva, a cargo do Ministério da Saúde, constatou-se que a sua implementação na maioria das vezes não foi efetivada ou não teve continuidade por falta de recursos financeiros e também pelos problemas decorrentes da burocracia e da sobreposição de funções que se davam entre as esferas federal, estadual e municipal. Foi nesse contexto de regulação e de subordinação das políticas de saúde aos planos de desenvolvimento econômico que se inscreveram as políticas de saúde mental no Brasil coordenadas pelo SNDM e DINSAM e que no Estado de Minas Gerais foram administradas respectivamente pelo Departamento Estadual de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde e pelas Fundações (FEAPs e FHEMIG).

Ficou também evidenciada a abrangência do espaço de atuação e intervenção da Psiquiatria brasileira. Primeiramente, fundamentando-se no conceito de degenerescência associado à classificação de Kraepelin foi possível patologizar todos aqueles indivíduos considerados anormais. Novas atualizações permitiram à Psiquiatria intervir na sociedade através da higiene mental e do preventivismo. A higiene mental possibilitou a divulgação das teorias higienistas e eugênicas, que permitiram a educação psicopedagógica dos indivíduos nas famílias, escolas, casernas, fábricas e demais instituições, bem como a promoção de campanhas e formação de Ligas que visavam à prevenção da doença mental, dirigidas principalmente àqueles indivíduos considerados como desviantes sociais. A Psiquiatria Preventiva, ao transformar o conceito de prevenção em promoção da saúde mental através de um projeto de medicalização da ordem social, expandiu os preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais buscando atingir toda a sociedade.

Em diferentes passagens deste estudo ficou demonstrado o caráter de politização do campo científico proporcionado pelo deslocamento da Psiquiatria na tentativa de estabelecer uma unidade entre a assistência a pacientes do hospício e as atividades de prevenção com

fraco suporte institucional. Isso contribuiu para a perda de autonomia no campo psiquiátrico, posto que, se um campo for dependente e condicionado por outro, ele conseqüentemente estará suscetível e submetido às pressões e às demandas externas. Além disso, percebe-se que quanto mais os agentes (grupos/instituições) estiverem defasados dos centros de produção do saber, mais afastados eles estarão dos processos decisórios na execução de políticas de saúde mental.

Ora, o que se percebeu no campo psiquiátrico mineiro foi uma série de condicionantes que não deveriam ocorrer, pois quando uma ciência é autônoma, ela está livre de injunções e de demandas sociais que, diante das pressões externas advindas das esferas política e econômica, são capazes de determinar a heteronomia do campo científico. Dessa forma, as pressões existentes no campo psiquiátrico mineiro, especialmente no HCB, deveram-se à não-percepção dos agentes que não souberam, quando necessário, observar as influências coercitivas das leis, regras, costumes inerentes ao campo científico. Sendo assim, os agentes ficaram submetidos às diversas exigências impostas por outros campos porque não souberam agir com autonomia, pois, como é sabido, as relações sociais são mescladas e se entrecruzam em muitos níveis e instâncias sociais que acabam determinando escolhas, decisões ou omissões dos agentes.

Por outro lado, ficou demonstrado que o *habitus* não condiciona os agentes a agirem de acordo com as imposições sociais e políticas existentes no campo. Isso porque no campo científico as relações de força se manifestam objetivando o acúmulo de capital simbólico de seus participantes, que irão transformar ou conservar uma determinada estrutura, como foi o caso dos adeptos da Psicanálise e da Fenomenologia, e dos pesquisadores. Nos dois casos, os psiquiatras que se assemelhavam aos “pesquisadores aplicados” e aos “pesquisadores puros”, na perspectiva de Bourdieu (2004), que ocuparam posições políticas importantes nas instituições psiquiátricas em decorrência do reconhecimento de seus pares no interior do campo psiquiátrico, o mesmo não acontecendo com os prescritores ou ainda com aqueles que mantinham uma postura ligada à Psiquiatria tradicional.

Com relação ao Hospital Colônia de Barbacena especificamente, uma das características mais cruciais identificada por este estudo foi a não-incorporação de inovações de concepções e práticas psiquiátricas pelos médicos e/ou psiquiatras dessa instituição. Percebe-se neste campo as presenças dos adeptos da Psiquiatria tradicional e dos prescritores, médicos que se submetiam às concepções e práticas ditadas por seus pares que ocupam posição mais alta no campo. Contudo, não permitiam que a direção geral fosse ocupada por outros agentes que não fossem aqueles estritamente ligados ao campo psiquiátrico. Exemplo

disso são os indícios de conflito que ocorreram em duas ocasiões no HCB representados: pela indicação e posse de um cirurgião geral no qual vestígios desse conflito foram minimizados devido a posição relacional que médico ocupava em outras esferas do campo social; e pela indicação do Diretor Executivo da FEAP que indicou um coronel farmacêutico durante o governo empresarial-militar, porém não foi empossado.

Porém, o que foi marcante na instituição, contribuindo para a heteronomia do campo psiquiátrico, foi a não assimilação dos embates, dos conflitos e das estratégias inerentes ao campo que pudessem provocar a reestruturação do saber e do poder no interior da própria instituição. Sendo assim, o Hospital tornou-se primordialmente uma instituição manicomial com característica de “guardiã da sociedade”, buscando controlar todos aqueles atos, atitudes, hábitos, comportamentos, crenças e valores tidos como anormais, desviando-se do escopo de realizar a cura de pacientes que passaram a morrer por outras causas que não a doença mental.

As condições para o começo dessa heteronomia podem ser encontradas na institucionalização do Regulamento da Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais de 1934, quando o Hospital Colônia de Barbacena assumiu um papel secundário por estar afastado dos centros de produção do poder e do saber. Coube ao Instituto Raul Soares desenvolver pesquisas científicas, apesar de ficarem restritas ao final da década de 1930 e início de 1940. A partir de então, seria acentuada cada vez mais a característica assumida pelo Hospital Colônia de Barbacena, ou seja, uma instituição que seria destinada a receber pacientes crônicos que deveriam ser “ressocializados” através da assistência hetero-familiar junto às famílias de nutrícios e, além disso, deveriam também ser “recuperados” pelo trabalho na Colônia em atividades de ergoterapia e laborterapia, o que objetivava também a minimização dos gastos financeiros e, ainda, supria parte da parca receita que o Estado enviava ao Hospital.

Quanto à relação da história da cidade de Barbacena com o Hospital Colônia, procurou-se estabelecer laços entre a política local e a prática de recrutamento do quadro de funcionários na *Terra dos Bias e Andradas*. Pôde-se constatar que o Hospital representou um dos instrumentos políticos que serviu para assegurar, por várias décadas, o mandonismo local caracterizado pelo clientelismo na contratação de cargos temporários e nomeação de funcionários no Hospital, contribuindo conseqüentemente na sua ineficiência, uma vez que priorizava a contratação de correligionários em vez de pessoal qualificado para a função hospitalar.

A ineficiência do HCB deveu-se às sucessivas reinternações, à cronificação dos pacientes e à superlotação e, além disso, resultou na precarização das práticas presentes no

Hospital que, diante da dimensão de seus problemas, tornou Barbacena conhecida entre as demais como *Terra dos Doidos*. Pode-se acrescentar ainda que diversas práticas foram a comprovação cabal da ineficiência do modelo manicomial: os maus tratos aos internos, o expediente do leito-chão, a utilização pela municipalidade da mão-de-obra praticamente gratuita do *doente mental* em calçamentos de rua e na manutenção da limpeza, a transformação do *doente mental* em trabalhador agrícola pelos fazendeiros e sitiantes, a utilização das *pacientes* para servir a outras famílias em serviços domésticos. Tudo isso realizado com a conivência de alguns funcionários e de alguns munícipes, pois não se tem conhecimento de registros da efetivação da categoria do nutrício e muito menos de acordos trabalhistas entre as partes. Por outro lado, alguns barbacenenses que utilizavam a mão-de-obra dos internos do HCB acreditavam estar realizando filantropia, porque os retiravam de um local onde predominava a superlotação e a precarização das condições de asilamento, entre outros problemas. Pela suposta aquiescência, talvez seja possível inferir que essa condição seria para eles uma forma de resistência, pois estar fora do Hospital, mesmo sem receber pagamento pelos seus serviços, os impedia de contrair doenças endêmicas que poderiam levá-los à morte.

A impunidade das práticas ilícitas de funcionários colaborou para o uso indevido dos recursos financeiros obtidos na instituição. Essa condescendência do Estado em não punir os funcionários públicos supostamente apadrinhados, possibilitou que outras práticas, algumas até legalizadas pela instituição, aparecessem, como é o caso da *venda de peças anatômicas* para as Faculdades de Medicina do país, cujo lucro, como ficou constatado, não era destinado à instituição. Sabe-se, contudo, que somente um funcionário passou por um processo de sindicância por ter atuado como *bode expiatório* nessas transações. Entretanto, mesmo sendo comprovado o seu envolvimento na venda de cadáveres, ele não foi demitido.

Apesar das tentativas esparsas de se instituir concepções e práticas psiquiátricas, programas e políticas de saúde mental que visavam à desospitalização intra e extramuros, essas não se efetivaram devido à inoperância do Estado, como foi visto. A implantação no Hospital Galba Velloso da experiência de *open door*, vista erroneamente como modalidade *comunidade terapêutica*, consistiu numa tentativa de provocar mudanças nos rumos da Psiquiatria em Minas, porém, em sua experiência, o Dr. Paprocki buscava somente a redução do tempo médio de internação no HGV. Aquelas pacientes que extrapolavam esse tempo eram prontamente transferidas para o HCB. Assim, nota-se que a influência do *open door* ou *comunidade terapêutica* – como foi denominada a experiência – no Hospital Colônia de

Barbacena foi nula, ou seja, ele continuou exercendo a mesma função de receber pacientes crônicos, agravando ainda mais os problemas do Hospital.

Pode-se concluir, portanto, que, no período que abrange este estudo, 1946 a 1979, ocorreu uma perversa transformação no interior do Hospital Colônia de Barbacena. Quando analisadas as práticas do HCB constatou-se que a violência simbólica expressa nas concepções e nas práticas e também legitimada pelas políticas de saúde mental, bem como pelos regulamentos das instituições psiquiátricas, teve os seus contornos extrapolados. Verificou-se ali o uso de mecanismos punitivos no controle dos pacientes que consistia no emprego de práticas explícitas de violência física e moral. Por isso, o Hospital foi chamado de *inferno humano*, *fábrica de cadáveres* e *campo de concentração* por diversos autores que denunciaram as condições precárias e subumanas dos internos, e que inclusive apontaram a existência de um comércio de *peças anatômicas* para diversas Faculdades de Medicina do Brasil.

No entanto, é importante lembrar que o Hospital Colônia de Barbacena foi concebido para que os doentes ali internados recebessem *ares e luzes*, sendo caracterizado como um hospital construído dentro das normas modernas da Engenharia que projetou um espaço asilar no interior do estado, localizado na periferia da cidade e semelhante à zona rural donde a maioria dos internos era proveniente. *Ares e luzes* também se refere às novas propostas que se ajustavam à Psiquiatria moderna e que combinavam tratamento, ressocialização e recuperação dos pacientes por meio do convívio social e pelo trabalho, tornando-os indivíduos ajustados e produtivos. Contudo, o Hospital Colônia de Barbacena foi paulatinamente tornando-se um instrumento obscuro de práticas que, para os pacientes, representavam dor, terror e morte. Um *Inferno Humano*, como muitos deles diziam, donde apenas a morte, enfim, os libertaria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FONTES

Leis, Decretos e Decretos-lei

BRASIL. Decreto n. 24.559 de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

_____. Decreto n. 48.959-A, de 10 de setembro de 1960, aprovou o Regulamento Geral da Previdência Social.

_____. Decreto n. 48.959-A - De 19 de setembro de 1960. Aprova o Regulamento Geral da Previdência Social.

_____. Decreto n. 60.501 de 14 de março de 1967. Dá nova redação ao Artigo 43 do Decreto-lei n. 72 que cria o INPS.

_____. Decreto n. 61.784, de 28 de novembro de 1967. Aprova nova redação do Regulamento Geral da Previdência Social.

_____. Decreto n. 66.623 de 1970. Dispõe sobre a transformação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) em Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM).

_____. Decreto n. 69.014, de 4 de agosto de 1971, estruturou o Ministério do Trabalho e Previdência Social- MTPS.

_____. Decreto n. 71 307, de 03 de novembro de 1972. Reconhece a FEAP como utilidade pública pelo poder Executivo da União.

_____. Decreto-lei n. 3.171 de 2 de abril de 1941. Reorganiza o Departamento Nacional do Ministério da Educação e Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 13 dez. de 2007.

_____. Decreto-lei n. 7.055 de 18 de novembro de 1941. Regulamenta o Serviço Nacional de Doenças Mentais. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 13 dez. de 2007.

_____. Decreto-lei n. 72 de 26 de novembro de 1966. Decreto-Lei n. 72, de 21 de novembro de 1966. Reúne os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.

_____. Decreto-lei n. 200, de 25 de fevereiro de 1967, Art. 39, Inciso IV. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 13 dez. de 2008.

_____. Lei n. 1.102 de 18 de maio de 1950. Aprova o Plano SALTE e dispõe sobre sua execução.

_____. Lei n. 1.504 de 15 de dezembro de 1951. Modifica a Lei n. 1.102, de 18 de maio de 1950, e dá outras providências (Plano Salte).

_____. Lei n. 1.920 de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências.

_____. Lei n. 3.807 de 26 de agosto de 1960, criou a Lei Orgânica de Previdência Social - LOPS, que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

_____. Lei n. 4.214 no ano de 1963. Cria o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural – FUNRURAL.

_____. Lei n. 6.036 de 1º de maio de 1974, cria o Ministério da Previdência e Assistência Social, desmembrado do Ministério do Trabalho e Previdência Social.

_____. Lei 6.229 de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Serviço Nacional de Saúde.

_____. Lei n. 6.439 de 1º de setembro de 1977, instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social - SINPAS, orientado, coordenado e controlado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

_____. Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social -1963/1965. (Síntese). Presidência da República, Brasília, Imprensa Oficial, dez. de 1962, 195p.

_____. Portaria n. 32 de 24 de janeiro de 1974.

_____. Portaria n. 5 de outubro de 1974.

MINAS GERAIS. Decreto n. 290 de 16 de agosto de 1900. Dispõe sobre o Regulamento da Assistência a Alienados a que se refere o Decreto n.1.579A.

_____. Decreto n.1.579A de 21 de fevereiro de 1903. Aprova o Regulamento que organiza a Assistência a Alienados.

_____. Decreto n.6.169 de 31 de agosto de 1922. Aprova o Regulamento de Assistência a Alienados em Minas Gerais.

_____. Decreto n.10.566 de 18 de outubro de 1932. Cria a Inspetoria Geral de Assistência Hospitalar e de Alienados; dá outras providências.

_____. Decreto n. 14.539 de 3 de março de 1972. Estabelece o Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social.

_____. Decreto n. 14.359 de 3 de março de 1972. Institui o Sistema Estadual de Reforma Administrativa, dispõe sobre as diretrizes para sua execução e dá outras providências.

_____. Decreto n. 14.446 de 13 de abril de 1972. Indica os Sistemas Operacionais da Administração Pública Estadual e dá outras providências.

_____. Decreto-lei n.11.276 de 27 de março de 1934. Regulamento que dispõe sobre a Assistência Hospitalar do Estado de Minas Gerais e dá providências à assistência a psicopatas e à atribuição de seus estabelecimentos.

_____. Decreto-lei n.1.724, de 29 de abril de 1946. Dá autonomia e nova denominação à Diretoria de Saúde Pública.

_____. Decreto-lei n. 1.751 de 3 de junho de 1946. Reorganiza o Departamento Estadual de Saúde.

_____. Lei n. 4.953, de 25 de setembro de 1968. Autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica, com sede em Belo Horizonte, e dá outras providências.

_____. Lei n. 5.207 de 25 de junho de 1969. Altera o § 3º e o artigo 11, da Lei n. 4.953 de 25 de setembro de 1968, que autorizam o Poder Executivo a instituir a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica.

_____. Lei n. 5.804 de 13 de dezembro de 1971. Dispõe sobre a Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica, alterando os dispositivos da Lei n. 4.953, de 25 de setembro de 1968.

_____. Lei n. 7.088 de 3 de outubro de 1977. Autoriza o Poder Executivo a unificar as Fundações assistenciais e hospitalares que menciona, sob a denominação de Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, e dá outras providências.

_____. Lei 7.088 de 3 de outubro de 1977. Dispõe sobre a mudança do nome Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica para Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica.

_____. Mensagens do Executivo ao Legislativo. Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1946 a 1979.

_____. Portaria n. 22 de 26 de julho de 1973.

_____. Portaria n. 32 de 21 de dezembro de 1973.

_____. Regimento da Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica (FEAP), de 31 de março de 1974.

_____. Portaria da Direção Geral da FEAP (DIGE) 49/75 em 15 de abril de 1975. Regulamenta a venda de cadáveres.

_____. Regulamento de residência em Psiquiatria da Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica. 20 de setembro de 1974.

Fontes primárias

ARQUIVO GUSTAVO CAPANEMA. Pastas I - VII, 1934-1945.

ARQUIVO DO INSTITUTO RAUL SOARES. BOLETIM DE NORMAS E OCORRÊNCIAS da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

ARQUIVO DO MUSEU DA LOUCURA CHPB/FHEMIG. Circular 03/73 da FEAP, Protocolo n.002348, de 24 de dezembro de 1973.

_____. Carta anônima enviada à Direção do Museu da Loucura sobre a assistência no HCB.

_____. Pasta sobre Sindicância relativa aos pagamentos de pensões. Declarações de parentes de pensionistas durante os anos de 1973 e 1974.

_____. Pasta sobre Sindicância relativa aos pagamentos de pensões. Fotocópia de recibos bancários.

_____. Pasta sobre Sindicância relativa aos pagamentos e cessão de cadáveres. Ofícios enviados para o Diretor Geral da Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica e/ou Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena do pelas Universidades e/ou Faculdades de Medicina.

_____. Pasta sobre Sindicância relativa aos pagamentos e cessão de cadáveres. Ofícios enviados pelas Universidades e/ou Faculdades de Medicina ao Diretor do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena. Dez. de 1973 a jan. 1974.

_____. Pasta sobre Sindicância. Correspondências relativas aos pagamentos e cessão de cadáveres. Ofícios enviados pelo Chefe da Divisão Administrativa ao Diretor Geral da Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (DIGE/FEAP). out./dez. de 1973 e fev. de 1974.

_____. Ofício n. 1186 do Dr. José Concesso Filho, Chefe de Assistência Neuropsiquiátrica. Belo Horizonte, 19 de jun. de 1959.

_____. Livros de Apontamentos das Faculdades de Medicina. Barbacena, CHPB/FHEMIG.

ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO. Secretaria do Interior do Estado de Minas Gerais. Assistência a Alienados. Papéis Findos, Belo Horizonte. vol. 1-2, 1924.

COLEÇÃO DE LEIS DO ARQUIVO PÚBLICO DE MINAS GERAIS: 1946-1979.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. A FHEMIG e a Assistência Psiquiátrica Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1979.9f.

_____. FHEMIG e Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1979.8f.

_____. Primeiro Regulamento Geral da FHEMIG. Aprovado em 01 de dezembro de 1977.

_____. Ofício n. 199/ SUPEHO/79 de 30/08/79. Do Superintendente Hospitalar Dr. Ribeiro de Paiva Filho para o Dr. Rubens Guimarães da Comissão encarregada de estudar e propor solução para a superlotação do CHPB.

_____. Segundo Relatório da Comissão constituída pela CI-SUPEHO 199 de 30 de agosto de 1979, responsável pela coordenação das atividades de reestruturação do CHPB. 21 a 13 de Setembro de 1978.

_____. Considerações da Diretoria do CHPB sobre o Relatório SUPEHO, 1979.

SECRETARIA DE ESTADO E PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO GERAL DE MINAS GERAIS. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social*, 1972-1976. 2v.

_____. *Políticas e Diretrizes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 1977.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBACENA. *Plano de Ação Imediata de Barbacena*. SERFHAU/CENPLAN, vol. 1 e 2, 197[-].

Entrevistas

BARRETO, Francisco Paes. Belo Horizonte. Entrevista concedida em 20 de junho de 2006. Entrevista cedida pela Prof. Dra. Izabel Christina Friche Passos.

CÂMARA, Eloy Henrique Dutra. Barbacena. Entrevista concedida em 9 de novembro de 2004.

COELHO, Ronaldo Simões. Belo Horizonte. Entrevista concedida em 25 de outubro de 2004.

FURTADO, Jairo Toledo Furtado. Barbacena. Entrevista concedida em 01 de abril de 2004.

MARTINS, Pedro Teixeira. Barbacena. Entrevista realizada no dia 16 de novembro de 2004.

MOREIRA, Maria José. Barbacena. Entrevista concedida em 17 de julho de 2006.

TOLLENDAL, José Theobaldo. Barbacena. Entrevista concedida em 7 de novembro de 2004.

Jornais e Revista

DIÁRIO DA TARDE. *Escândalo de Barbacena*. Foi Mesa-Redonda. Êxito total. Belo Horizonte, 15 abr. 1961, p. 1.

_____. *Secretário de Saúde na mesa-redonda*. A situação do Hospital Colônia é um insulto à dignidade humana. Belo Horizonte, 19 abr. 1961, p.10.

JORNAL CIDADE DE BARBACENA. *O Novo Director do Hospital Colônia de Barbacena*. 13 fev. 1937, p. 1

_____. *Triste e decepcionante*. Barbacena, 16 set. 1941, p. 1.

_____. *Com a presença do Secretário da Saúde Assistência do Estado foram inaugurados vários melhoramentos no Hospital Colônia*. Barbacena, 5 ago. 1953, p.1.

_____. *O Diretor do Hospital Colônia convida “O Estado de Minas” para verificar como são assistidos os internados nesse estabelecimento de alienados*. Barbacena, 22 de fev. de 1953, p. 1.

_____. *O Secretário de Saúde e Assistência e do Estado e altas autoridades da Neuropsiquiatria Federal e Estadual visitaram o Hospital Colônia de Barbacena*. Barbacena, 13 set. 1953, p. 1.

_____. *Barbacena: Dramática situação do Hospital Colônia*. Barbacena, 15 abr. 1961, p. 1.

_____. *Escândalo causado pela reportagem no Hospital Colônia*. Barbacena, 27 abr. 1961, p. 7.

_____. *O escândalo da reportagem do Hospital Colônia ajuda o Hospital*. Barbacena, 5 mai. 1961, p. 1.

_____. *Governo rescindiu contrato com o Hospital Colônia*. Barbacena, 15 ago. de 1971.

_____. *Bonifácio é contra a reforma*. Barbacena, 28 de maio de 1974, p. 1.

JORNAL ESTADO DE MINAS. *Calabouço medieval em pleno século XX: sombrio depoimento sobre o velho Hospital Colônia de Barbacena*. Belo Horizonte, 06 fev. 1953, p.5.

_____. *Datam de longe as graves deficientes da assistência aos alienados mentais*. Belo Horizonte, 19 abr. 1961. p.12.

_____. *Secretário de Saúde foi a Barbacena*. Belo Horizonte, 16 abr. 1961, p. 1.

_____. *Barbacena: dramática situação do Hospital Colônia*. Belo Horizonte, 19 abr. 1961.

_____. *Secretário abre hospícios para imprensa*. Belo Horizonte, 13 set. 1979.

_____. *Semana de temas psiquiátricos terminou com êxito*. Belo Horizonte, 30 nov. 1961, p. 1.

JORNAL O NACIONALISTA. Um pavoroso desastre com o *noturno*. Barbacena. 19/20 dez. 1938. p. 1.

REVISTA O CRUZEIRO. *Barbacena*. Sucursal do Inferno. Brasil-1961. Tratamento heróico da loucura: morte. Rio de Janeiro, 1961.

Documentário

EM NOME da razão. Direção: Helvécio Ratton. [1979?]. Belo Horizonte, VHS, p&b.

Cd-Rom

PROJETO MEMÓRIA DA PSIQUIATRIA NO BRASIL, FIOCRUZ, 2001. CD-ROM.

Livros, Periódicos e Documentos Eletrônicos

ADORNO, Sérgio. A gestão filantrópica da pobreza. *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, v. 4, n. 2, p.6-17, abr./jun. 1990.

ALBUQUERQUE, Guilhon de. *Metáforas da Desordem*: o contexto social da doença mental. Rio de Janeiro: 1978. 119 p.

ALEXANDER, Franz G. e SELENISCK, SHELDON T. *História da Psiquiatria*: uma avaliação do pensamento e da prática desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo: IBRASA. 1966. 573 p.

ALVIM, Clóvis Faria de. Assistência ao Doente Mental. *Revista da Associação Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 7, n.3-4, p. 119-53, set./dez. 1956.

_____. As Psicoterapias. *Anais da Academia de Medicina*, Belo Horizonte, Ano V, p. 209-227, 1974.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Community Mental Health Programs, 1981, p. 1-4. Disponível em:
<http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/tfr/TFRcmhp.pdf> Acesso em 17 nov. 2007.

AMARANTE, Paulo (Coord.). *Loucos pela vida: a reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 132 p.

AROUCA, Sérgio. *O Dilema Preventista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo:UNESP, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.268 p.

ARRUDA, Maria Arminda do Nascimento Maria Arminda do Nascimento. Revisitar Florestan. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 30, p.11-15, 1996.

BAGGIO, Marco Aurélio. Uma história da psiquiatria mineira: a turma do Galba 1993. *Jornal Mineiro de Psiquiatria*: Belo Horizonte, ano VI, ed., 16. Disponível em:<http://www.jmpsiquiatria.com.br/edicao_16/historia_16.htm> Acesso em: 13 jul. 2007.

BARRETO, Francisco Paes. Evolução do conceito de assistência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 2, p.1-7, jun.1971.

_____. Sobre o Ensino e a Assistência no Instituto Raul Soares. Arquivo da Biblioteca do Instituto Raul Soares, [1974 ?], mimeo.

_____. Sinopse Histórica da residência em Psiquiatria da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e da Faculdade de Ciências Médicas. *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*. Belo Horizonte, n.5, p. 3-5, jun/dez, 1979.

_____. *Reforma Psiquiátrica & Movimento Lacaniano*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BARBACENA. *Enciclopédia Wikipédia*. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Barbacena>>. Acesso em 5 jun. 2008.

BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p.99-133.

BASTOS, Aurélio Wander. Arquivos judiciais: a fonte esquecida da história dos conflitos. *Acervo: Revista do Arquivo Nacional*. Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 55-66, jul./dez, 1988.

BERCHERIE, Paul. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 332 p.

BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 453 p.

BOURDIEU, Pierre. *A Economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1974. 346p.

_____. *Coisas Ditas*. São Paulo: Brasiliense, 1987. 234 p.

_____. *O poder simbólico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. 361 p.

_____. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Editora UNESP, 2004. 86 p.

_____. *A dominação masculina*. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. 160p.

BOTELHO, Adauto. Cardioloterapia dos esquizofrênicos. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*. Rio de Janeiro, n. 3 e 4, p. 69-75, mai/ago, 1938.

_____. Atividades do Serviço Nacional de Doenças Mentais em 1951, 1952 e 1953. *Revista Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. Rio de Janeiro, v. 4, p.192-246, mar. 1955.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. O conceito de desenvolvimento do ISEB rediscutido. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.47, n.1, p.49-84, 2004.

_____. Do ISEB e da CEPAL à teoria da dependência. In: TOLEDO, Caio Navarro de. (org.). *Intelectuais e Política no Brasil: A Experiência do ISEB*. Rio de Janeiro: Revan, 2005. p. 201- 232.

CAMARANO, Ana Amélia e ABRAMOVAY, Ricardo. Êxodo Rural, Envelhecimento e Masculinização no Brasil: Panorama dos últimos 50 anos. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. Rio de Janeiro, 1999. 23p. Acesso em 22 nov. 2007.

CANTON, Orlando E. Enantato de flufenazina. *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*. Belo Horizonte, n. 2, , p.43-49, jan/jun.1970.

CARDOSO, Fernando Henrique Cardoso & FALETTO, Enzo. *Dependência e desenvolvimento na América Latina: ensaio de interpretação sociológica*. Rio de Janeiro; Zahar, 1970. 143 p.

CARDOSO, Fernando Henrique. Análise e memória (recordações de Enzo Faletto). *Tempo Social*. Revista da USP. São Paulo, v. 19, n. 1, p.215-221, jun.2007.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. *O elemento psychico no trabalho humano: a Liga Brasileira de Higiene Mental e o processo de produção discursiva do campo Trabalho e Higiene Mental no Brasil entre 1925 e 1934*. 1997. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

CARVALHO, Carlos Alberto Penna Rodrigues de. As eleições de 1974 em Barbacena. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*. Belo Horizonte. n.43, p.362-398, jul., 1976..

CARVALHO, José Murilo de. Barbacena: a Família, a Política e uma hipótese. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*. Belo Horizonte. n.20, p.153-193, jan. 1966..

_____. *Cidadania no Brasil: O longo caminho*. 6.ed. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2004. 236 p.

_____. Entrevista com José Murilo. Entrevista concedida a 9 de outubro de 1998 a Lúcia Lippi et al. *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro. v. 12, p. 357- 378, 1998.

CARVALHO, Carlos Alberto Penna Rodrigues de. As eleições de 1974. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*. Belo Horizonte. n.43, p.361-398, jul. 1976.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 329 p.

CERQUEIRA, Luiz. *Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental*. Rio de Janeiro/ São Paulo: Atheneu, 1989. 305p.

CHARAM, Isaac. *A Legislação sobre doentes mentais no Brasil: revisão e estudo crítico*. 196f. Dissertação. Curso de Pós Graduação em Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1986..

CHARTIER, Roger. *História Cultural: Entre práticas e representações*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. 244p.

_____. Pierre Bourdieu e a História. *Topoi4: Revista de História*. Rio de Janeiro, mar.2202, p. 139-182.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983. 282 p.

_____. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 4. ed. rev. e ampliada, 1989. 187 p.

_____. Comentários sobre “Pensamentos da Loucura” do Fórum Mineiro de Saúde Mental. *Extensão. Cadernos da Pró-Reitoria de Extensão da PUC Minas*. Belo Horizonte, n.35/36, v. 11, p.116-118, ago/dez., 2001.

COELHO, Ronaldo Simões. Primeira unidade psiquiátrica em hospital-geral no Brasil; informação histórica. *Instituto Histórico e Geográfico de São João del-Rei*, São João del-Rei, n. 1, p. 4-9, 1973.

_____. *Barbacena: 1900-1980*. Belo Horizonte: 1979. Trabalho apresentado no III Congresso Mineiro de Psiquiatria (mimeo).

_____. Evolução do conceito de assistência psiquiátrica. *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*. Belo Horizonte, n.5, p. 30-31, jun/dez., 1979.

CORDEIRO, José Mário Simil. Um momento crítico na assistência psiquiátrica em Minas Gerais. *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*. Belo Horizonte, n.5, p. 35, jun/dez., 1979.

CÔRREA, Antonio Carlos et al. Gerais. Assistência Psiquiátrica Pública em Minas. *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*. Belo Horizonte, v.2, n. 4, p. 41-68, jan./jun., 1971.

CUNHA LOPES. Aperfeiçoamento da Raça: Problemas Eugênicos e Psico-Higiênicos. *Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais*. Rio de Janeiro. Imprensa Oficial. Ministério da Educação e Departamento Nacional de Saúde. p. 210-31, 1943.

_____. Sobre a Terapia da Esquizofrenia. *Archivos da Assistência Hospitalar do Estado de Minas*. Inspetoria de Assistência Hospitalar e de Alienados. Belo Horizonte, n.1, p.39-53, set.,1933.

CUNHA, Maria Clementina P. *O espelho do mundo - Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 217 p.

CUNHA LOPES. Sobre a Terapia da Esquizofrenia. *Arquivos de Assistência Hospitalar do Estado de Minas*. Inspetoria de Assistência Hospitalar e de Alienados. Belo Horizonte, n.1, p.39-53, set.,1933.

DARMON, Pierre. *Médicos e assassinos na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. 316p.

DELGADO, Pedro Gabriel G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar. In: TUNDIS, Silvério A.; COSTA, Nilson R. (Org.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1990. p.171-202.

_____. *As razões da tutela: Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*, Rio de Janeiro, 1992. 231 p.

DESVIAT, Manuel A *Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 167 p.

DIAS, Paula Barros. *Arte, loucura e ciência no Brasil: As Origens do Museu de Imagens do Inconsciente*. 170 f. Rio de Janeiro, Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2003.

DUARTE, Maristela Nascimento. *Ares e luzes para mentes obscuras*. O Caso do Hospital Colônia de Barbacena. 1922-1946. 172f. Belo Horizonte, Dissertação (Mestrado em Ciência Política), DCP/FAFICH/UFMG, 1996. (enc.).

_____. SILVA, Cristiano Lima e. Assistência a alienados na Santa Casa de São João del-Rei no século XIX. Trabalho apresentado na Semana de Estudos e Divulgação de Pesquisas – UFSJ. São João del-Rei, 1998.

DUTRA, Joaquim A. Assistência a Alienados. *Jornal Cidade de Barbacena*. Barbacena. 26 out. 1923. p. 1.

_____. Notícia Histórica sobre a Assistência a Alienados em Minas Gerais. *Arquivos de Assistência Hospitalar do Estado de Minas*. Belo Horizonte. Inspetoria de Assistência Hospitalar de Alienados. n.2., p. 6-8, set. 1933.

DREIFUSS, René Armand. *1964: A conquista do Estado*. Ação política, poder e golpe de classe. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1987. 814p.

ENGEL, Magali Gouveia. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, Mary. *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1997.. p.322-61

_____. História e Sexualidade. In: Ciro Flamarion Santana Cardoso; Ronaldo Vainfas. (Org.). *Domínios da História*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. 508p.

_____. As fronteiras da 'anormalidade': psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.5, n.3, p. 547-63, nov. 1998/fev.1999.

_____. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios*. (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 351 p.

ESCOREL, Sarah e BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p- 83-115.

FACCHINETTI, Cristiana. O brasileiro e seu louco. Notas preliminares para uma análise de diagnósticos. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo & CARVALHO Diana Maul de. (org.) *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004. p.295- 307.

FERNANDES, Florestan. *A revolução burguesa no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976, 413 p.

FERREIRA, Jorge. O governo Goulart e o golpe civil-militar de 1964. In: FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucília de Almeida Neves. *O Brasil Republicano. O tempo da experiência democrática*. Da democratização de 1945 ao golpe de 1964. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.⁷⁹ p. 303-342.

FIRMINO, Hiram. *Os porões da loucura*. Rio de Janeiro: Codecri, 1982. 109p.

FONTES, Virginia Maria. Capitalismo, Exclusões e Inclusão Forçada. *Tempo*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 34-58, 1996.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Nascimento das prisões. Petrópolis: Vozes, 1977.280p.

_____. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. 79 p.

_____. *A História da Loucura*. 3. ed. São Paulo: Perspectiva. 1993. 551p.

_____. *Microfísica do poder*. 11. ed. Rio de Janeiro:Graal, 1998. 295 p.

FRANÇA, Jean Marcel Carvalho. *A higienização do povo: construção da ordem social no Rio de Janeiro oitocentista*. 137f. Belo Horizonte: FAFICH/ UFMG, 1990.

FREITAS, Fernando Ferreira Porto de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n.12, p. 75-91, jan./abr. 2004.

FROTA, Leopoldo Hugo. *Cinqüenta anos de medicamentos antipsicóticos em Psiquiatria*. 489f. Disponível em:

<<http://www.medicina.ufrj.br/cursos/LH%20FROTA%20-%201%20Ed%20-%2050%20ANOS%20DE%20MEDICAMENTOS%20ANTIPSIOTICOS.pdf>>. Acesso em 27 out. 2007.

GARCIA, J. Alves et. al. Experiências psicofarmacológicas com novo derivado fenotiazínico de ação prolongada. *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*. Belo Horizonte, n. 2, Jan/Jun.1970, p.9-20.

GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as idéias de um moleiro perseguido pela inquisição*. São Paulo: Cia das Letras, 1989. 309 p.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.315p.

GOMES, Ângela de Castro. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro/São Paulo: IUPERJ/Vértice, 1988, 341p.

GOULART, Maria Stella Brandão et al. Hospital Galba Velloso e as vicissitudes da história da reforma psiquiátrica mineira nos anos 60. FAPEMIG/ FIP/PUC Minas, Belo Horizonte, 2008, (prelo).

GUIMARÃES ROSA. João. Sôroco, sua mãe, sua filha. In: *Primeiras histórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, s.d., p.18-21.

HAMILTON, W. e FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3: p. 791-825, set./dez. 2003.

HUNT, Lynn. *A Nova História Cultural*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

IANNI, Octávio. *Estado e Planejamento econômico no Brasil*. 4 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986. 316p.

IGNATIEFF, Michel. Instituições totais e classes trabalhadoras. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v.7, n.14, p.185-193, mar/ago.1987.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *A Prática Psiquiátrica na Bahia (1874-1947)*. Estudo histórico do Asilo São João de Deus/Hospital Juliano Moreira. 2 v. 543 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

JERVIS, Giovani. A crise da Psiquiatria e as contradições institucionais In: BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p.251- 283.

JONES, Maxwell. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Vozes. 1972, 196p.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Reforma Sanitária e saúde do trabalhador. *Revista Saúde e sociedade* São Paulo, v.3, n.1, p.41-59, jan./jul., 1994.

LANZA, Ivo. Conceituação moderna da sífilis. *Revista da Associação Médica de Minas Gerais*, v. 3-4, n. 4, p. 167-173, 1953.

LEHER, Roberto. A sociedade civil contra a esfera pública. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís: EDUFMA, v.9, n.1, p-129-156, jan./jun. 2005.

LEITE, Cláudio Pêrsio Carvalho. O enantato de flufenazina como anti-psicótico de rotina em enfermarias psiquiátricas superlotadas. *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*. Belo Horizonte, n. 2, p. 82-89. jan/jun.1970.

LENHARO, Alcir. *Sacralização da Política*. Campinas: Papirus, 1986, 216p.

LE GOFF, Jacques. *Documento/monumento*. Enciclopédia Einaudi, vol. 1, Memória-História. Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1984, pp. 95-106.

LOPES, Cunha. Sobre a Terapia da Esquizofrenia. *Arquivos de Assistência Hospitalar do Estado de Minas*. Inspeção de Assistência Hospitalar e de Alienados. Belo Horizonte, n.1, p.39-53, set.1933.

LOPES RODRIGUES, Ermelindo. *Instituto Raul Soares : primeira memória medico-administrativa dos serviços de “Assistencia a Alienados”*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial de Minas Gerais, 1929.

LOUGON, Maurício. *Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2006. 226 p.

LOZANO, Jorge Eduardo Aceves. Prática e estilos de pesquisa na história oral contemporânea. In: FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaína. *Usos & abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV, 1987, 304p.

LUZ, T. Madel. *As instituições médicas no Brasil: Instituição e estratégia de hegemonia*. 3. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1983, 295p.

MACEDO, Gilberto. *Psiquiatria e crise social*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, nv.XX, n. 30, p. 156-164, 1976.

MACHADO, Roberto et al. *(Da) Nação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559 p.

_____. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982, 218 p.

MADALENA, J. Caruso. *Lições de Psiquiatria*. São Paulo: Mestre Jou, 1981, 365 p.

MAGRO FILHO, João Baptista. *A Tradição da Loucura. Minas Gerais: 1870- 1964*. Belo Horizonte: COOPMED/UFMG, 1992.159p.

MAIA, Antônio C. Sobre a analítica do poder de Foucault. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 7, n.1-2, p.83-103, out., 1995.

MASSENA, Nestor. *A Igreja em Barbacena: achegos para uma cronografia*. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico IBGE, 1952.

_____. *A Terra e o Homem*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1985, 2v., 81p.

MEDEIROS, Jarbas. *Ideologia Autoritária no Brasil: 1930-1945*. Rio de Janeiro: FGV, 1978. 625p.

_____. TÁCITO. *Formação do Modelo Assistencial Psiquiátrico*. 165f. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria), Instituto de Psiquiatria/UFRJ, 1977. (enc.).

MENDONÇA, Sonia Regina de e FONTES, Virginia Maria. *História do Brasil recente: 1964-1980*. São Paulo: Ática, 1988, 87 p.

MINAYO, Maria. C.S. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1996. 269p.

MOREIRA, Diva et al. *Assistência Psiquiátrica em Minas*. Belo Horizonte: Secretaria do Estado e Planejamento e Coordenação Geral/ Fundação João Pinheiro. 1978,. 291p.

MOREL, Benedict-Augustin. Tratado das degenerescências na espécie humana. (Clássicos da Psicopatologia: Ensaio). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. v.11, n..3, p. 497-501, São Paulo, Sept.2008.

MORETZSOHN, J. A *História da Psiquiatria Mineira*. Belo Horizonte: COPEMED/UFMG, 1989. 206 p.

NAS FRONTEIRAS DO CINEMA E DO ENSINO de História. *A relação Cinema-História e em foco Entrevista com Marc Ferro*. *Revista o Olho da história* Salvador: UFba. Disponível em <<http://www.comciencia.br/especial/cinema/cine01.htm>.> Acesso em 19.set.2007.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo e TEIXEIRA, Sônia M. Fleury. *(Im)previdência Social*. 60 anos de história da Previdência Social. Petrópolis, Vozes, 1985. 357p.

ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1983. 191 p.

PAES BARRETO, Sobre o Ensino e Assistência no Instituto Raul Soares. *Biblioteca do Instituto Raul Soares*. Fl. Sep., 1983.

PAIM, Jairnilson, Silva. Do “Dilema Preventivista à Saúde Coletiva. In: AROUCA, Sérgio. *O Dilema Preventivista*. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo/ UNES, Rio de Janeiro/FIOCRUZ, 2003.p.151-56.

PAPROCKI, J. Fenotiazínicos de ação prolongada (enantato de flufenazina – Anatenzol Depot). *Revista A Folha Médica*, Rio de Janeiro, v. 27, n.5, p.774-781, nov.1968.

PAPROCKI, J e SEABRA, Fernando et. al. Trabalhos Científicos. Emprego de anestesia e curarizante sintético em convulsoterapia por eletrochoque. *Revista Médica de Juiz de Fora*. Juiz de Fora, v. 6, n.21-24, p. 604-609, mai./dez. 1960.

_____. VELLOSO, Fernando M. Ensaio clínico com neuroléptico fenotiazínico de ação prolongada: enantato de flufenazina (SQ16.144). *Revista O Hospital*, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 87-96, jul.1965.

_____. RANGEL, Eunice. “Open door” integral em Hospital Psiquiátrico público. *Folha Médica*. Rio de Janeiro. v. 58, n.5, p. 604-609, mai.91-106, 1969.

_____. Alguns aspectos da Psiquiatria em Minas Gerais. *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*. Belo Horizonte, n. 2, p. 105-124, jan/jun.1970.

PASSOS, Izabel Christina Friche. *Políticas e Práticas de Cuidado em Saúde Mental: Experiências e “Modelos” em Discussão*. 249 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

_____. As Instituições Universitárias e a Construção da Reforma Psiquiátrica Mineira nas Décadas de 60, 70 e 80. Relatório de pesquisa da FAPEMIG, Belo Horizonte, 2007.

PASTERNOSTRO, Júlio. A Incidência dos Distúrbios Mentais dos Ferroviários. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*. Rio de Janeiro: v. 15, n. 1, p.43-54, nov. 1944.

PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. *História e Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.11 n.2, p.241-258, mai./ ago. 2004.

PENA, Maria Valéria Junho. Saúde nos planos nacionais de desenvolvimento. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro: s.n, n. 16, p. 69-96, 1977.

PEREIRA, Helder Rodrigues. *As políticas esquadrihadoras diante da loucura: a alienação mental em São João del-Rei. A Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei*. Monografia do Curso de Especialização em História, Universidade federal de São João Del-Rei, 2002.

PÉRES, Heitor et al. Assistência psiquiátrica hospitalar e extra hospitalar. Mesa Redonda realizada no III Congresso da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora de 20 a 24 de agosto de 1958. *Revista Médica de Juiz de Fora*. v. 5, n. 17-20, p. 529-542, mar./dez. de 1959.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. Muito além do espaço: por uma história cultural do urbano. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 16, 1995, p.278-309.

PESSOTTI, Isaías. *O Século dos Manicômios*. 1.ed. São Paulo: Editora 34, 1996. 294 p.

PICCININI, Walmor J. História da Psiquiatria: A Casa da Lapinha e outras histórias. In: *Psychiatry on line*. v.9, n. 10, out. 2004/ v.12, nov. de 2007. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano04/wal1004.php>>. Acesso em: 22 nov. 2007.

_____. História da Psiquiatria: Apontamentos para a história da Psiquiatria mineira á luz das suas publicações (III). *Psychiatry on line Brasli*.v.11, n. 6, Jun. de 2006. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano06/wal0606.php>>. Acesso em 22 nov. 2007.

_____. PICCININI, Walmor J. . História da Psiquiatria. *Psychiatry on line Brasli*, v. 12 , nov. de 2007. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano04/wal1004.php>> Acesso em: 5 nov. 2007.

PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio Janeiro; Editora FIOCRUZ, 2002. 152p.

POHL, Johann Baptist Emanuel. *Viagem no interior do Brasil (1817-1821)*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1976.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.. In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). *Cidadania e Loucura*. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1990. p.15-74.

RIBEIRO, Ivan, RIBEIRO, Antônio e PORTELA, Jarbas M. Implicações teórico - praticas do eletrochoque sob narcose e curarização. *Revista da Associação Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, v. 1, n. 14, p. 7-12, 1963.

RODRIGUÈ, Emilio. *Biografia de uma comunidad terapéutica*. Buenos Aires, Edueba, 1965, 194p.

RODRIGUES, Bartholomeu Gerônimo. *Histórico dos pacientes transferidos do Hospital Infantil de Oliveira, MG para o Centro Hospitalar psiquiátrico de Barbacena, MG (CHPB), em janeiro de 1974*. 22f. Belo Horizonte, Monografia (Curso de Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde), UNAERP, 2002. (mimeo).

ROSEN, George. *Da polícia médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 401 p.

ROXO, Henrique. Problemas de Higiene Mental. *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*, Rio de Janeiro, n. 1,2,3 e 4, p. 2-11, jan./dez. 1938.

SABBATINI, Renato M. E. A Descoberta das Drogas para Tratamento de Doenças Mentais. Disponível em: <<http://www.academialetrasbrasil.org.br/histdrogas.htm>>. Acesso em: 25 out. 2007.

SADER, Eder. *Quando novos personagens entrarem em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-80)*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 329 p.

SAINT-HILAIRE, Auguste de. *Viagem pelas províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo USP, 1975. 378p.

SANTOS, Elmo Perez et al. Documento do Grupo de Trabalho de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica –*FHEMIG*. Belo Horizonte, jul. de 1979.

SANTOS, Nádia Maria Weber. *História de Vidas Ausentes*. A tênue fronteira entre a saúde e a doença mental. Passo Fundo: UFP, 2005.191p.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987. 89 p.

SAVASSI, Altair José. *Barbacena: 200 anos*. Belo Horizonte: Lemi, 1991, 2v.

SÁ PIRES, F. de. Dois casos de psicose post-malarioterapica. *Arquivos de Assistência*

Hospitalar do Estado de Minas. Inspetoria de Assistência Hospitalar e de Alienados. Belo Horizonte, n.1, p.115-19. set. 1933.

_____. Dados Estatísticos sobre Demência Paralítica no Instituto Raul Soares. *Arquivos de Assistência Hospitalar do Estado de Minas*. Inspetoria de Assistência Hospitalar e de Alienados. Belo Horizonte, n.1, p. 89-92, set. 1933.

_____. Punção Cisternal. *Arquivos de Assistência Hospitalar do Estado Minas*. Inspetoria de Assistência Hospitalar e de Alienados. Belo Horizonte, n.1, p. 33-40, set.1933.

SILVA, MARY CRISTINA BARBOSA. *Repensando os porões da loucura: um estudo sobre o Hospital Colônia de Barbacena*. 129 f. Belo Horizonte, Dissertação (Mestrado em História, FAFICH/UFMG), 2005. (enc.).

SILVA FILHO, João Ferreira da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (orgs.). *Cidadania e Loucura*. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1990. p.75-102.

SIMÕES, Anete Pereira. Os Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 2, n.4, p.553-560. out./dez. 1986.

SIMÕES, Rubens Nery. Os novos rumos da assistência psiquiátrica. *Revista da Associação Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, v.1e 2, n. 27, mar/jun., 1976.

SINGER, Paul. A evolução da situação de saúde no Brasil. In: SINGER, Paul et al.. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: 1981. p. 88-137.

SOARES, Eliane Veras et al. O dilema racial brasileiro: de Roger Bastide a Florestan Fernandes ou da explicação teórica à proposição política. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 5, n. 1, p. 35-52, jan./jun. 2002.

SOUZA, Guilherme. Problema Médico-social da Psiquiatria atual: Higiene Mental e terapêuticas. *Revista Médica de Juiz de Fora*. Juiz de Fora, v. 4, n.13-16, p. 501-504, mai./dez. 1958.

RAGO, Margareth L. *Do Cabaré ao Lar: a utopia da cidade disciplinar - Brasil: 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. 209 p.

REIS, José Carlos Reis. *As identidades do Brasil: de Varnhagen a FHC*. 4. ed., Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004, 278 p.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 401 p.

TEIXEIRA, Adriano Braga. Viajando pela Vila de Barbacena: possibilidades de história regional para Minas oitocentista sob olhar dos viajantes.

Disponível em: <<http://www.anpuh.uepg.br/xxiii-simposio/anais/textos/ADRIANO%20BRAGA%20TEIXEIRA.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2008.

_____. TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury . Assistência médica na previdência social. Evolução e crise de uma política social, 1976. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, IUPERJ, 1976.

THINES, G. e LEMPEREUR A. (orgs.). *Dicionário Geral das Ciências Humanas*. Lisboa: Edições 70, 1984. 954 p.

TOLEDO, Caio Navarro de. *ISEB: Fábrica de ideologias*. 2. ed. São Paulo: Ática, 1982, 195p.

TOLLENDAL, Ricardo. *A História do Hospital-Colônia*. [197-]. (mimeo).

TRALDI, Sérgio. Emprego do enantato de flufenzina em esquizofrênicos crônicos. *Revista do Centro de Estudos Galba Velloso*. Belo Horizonte, n. 2, p.60-73. jan/jun.1970.

VAINFAS, Ronaldo. História das Mentalidades e História Cultural. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (Org.). *Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia*. 10. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2002. 508p.

VAISMAN, Magda. *Assistência Psiquiátrica e Previdência Social: análise da política de saúde mental nos anos 70*. 116f. Rio de Janeiro, Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1983.

VELLOSO, Fernando Megre. Assistência a Psicopatas. *Anais do Centro de Estudos Galba Velloso*, Belo Horizonte, v. 1, p. 138 -147, 1963.

VENANCIO, Ana Teresa A. *A Colônia Juliano Moreira na década de 1940: política assistencial, exclusão e vida social*. Disponível em:
<http://www.fundamentalpsychopathology.org/8_cong_anais/MR_34c.pdf >. Acesso em: 27 mai. 2008.

VIANNA OLIVEIRA. *Instituições Políticas Brasileira*. Rio de Janeiro: UFF, 1987. 2 vols.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal. *Reforma Psiquiátrica e Serviços Residenciais Terapêuticos – A Experiência de Barbacena, MG*, 114f. Belo Horizonte, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

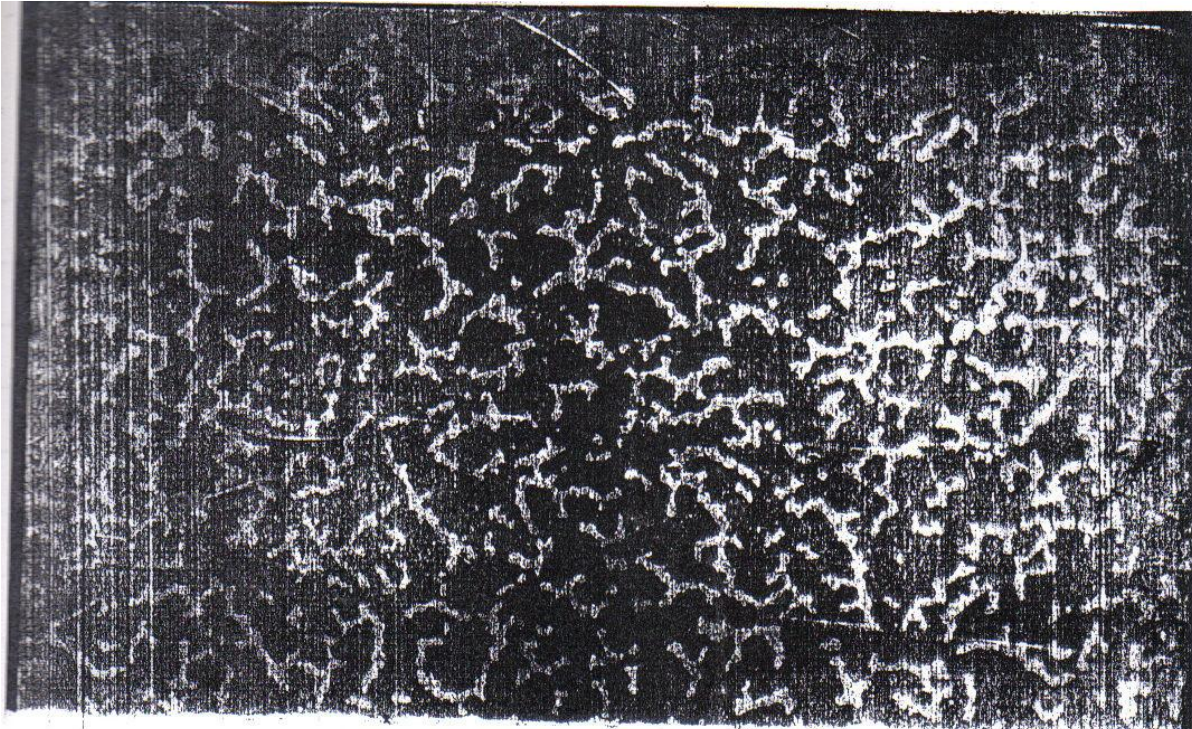
VILHENA, Cynthia P. de Sousa. Práticas eugênicas, medicina social e família no Brasil. *Revista da Faculdade de Educação*. São Paulo, v. 19, n.1, p. 79-96, jan./jun. 1993.

WADI, Yonissa Marmit. *Palácio para guardar doidos: Uma história das lutas pela construção do hospital de alienados da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora Universitária/UFRGS. 256p.

ANEXOS

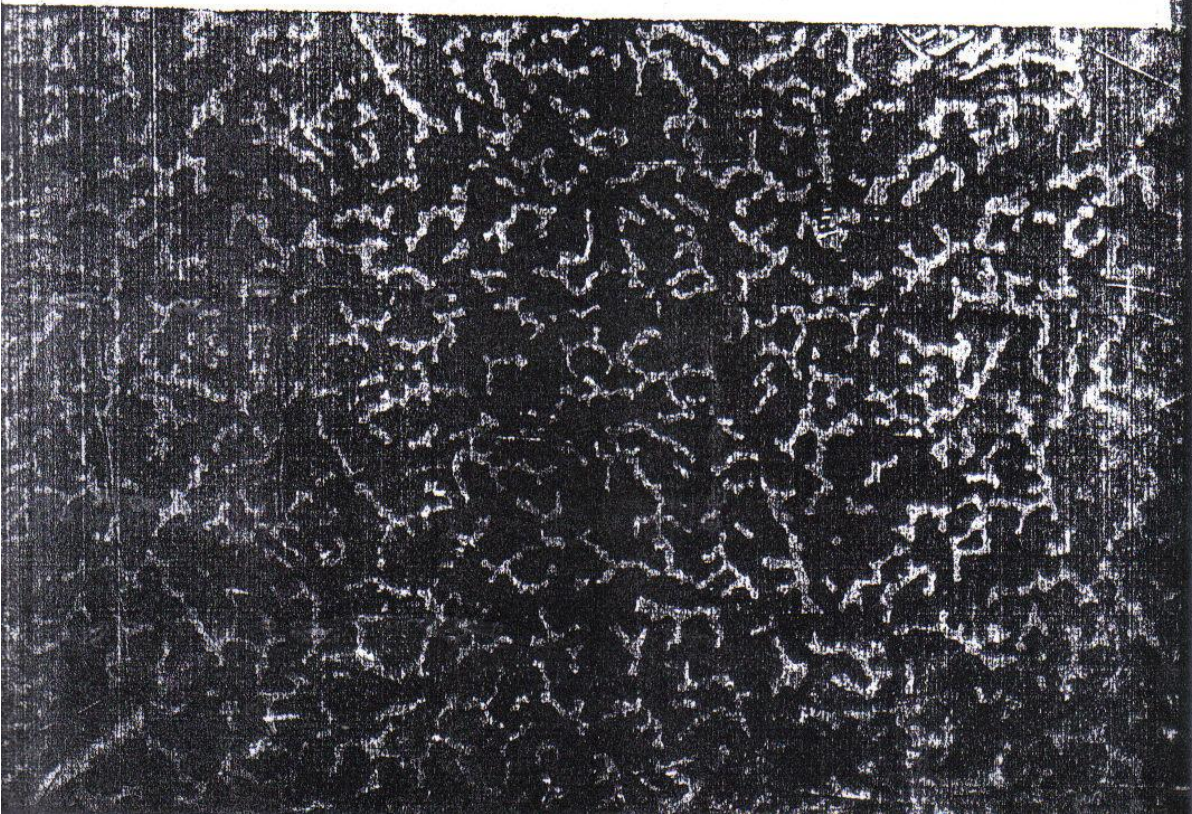
Anexo I - Fotocópias da relação das <i>peças anatômicas</i> enviadas à Fundação Universitária Sul-Fluminense.....	253
Anexo II - Fotocópias da relação das <i>peças anatômicas</i> enviadas à Fundação Educacional D. André Arcoverde	257
Anexo III - Fotocópias do Ofício n. 104/73 da Faculdade de Medicina de Itajubá. Encomenda de <i>peças anatômicas</i>	262
Anexo IV - Fotocópias da carta do Diretor da Faculdade de Medicina de Itajubá ao Diretor da FEAP. Esclarecimento sobre o pagamento de peças ao funcionário do CHPB.....	264
Anexo V - Fotocópias da carta do Sub-secretário da Escola de Reabilitação da Universidade Católica de Petrópolis ao Diretor do CHPB. Convênio e cessão de cadáveres.....	267
Anexo VI - Fotocópias da carta do Diretor do CHP ao Superintendente Administrativo da FEAP.....	270

Anexo I - Fotocópias da relação das *peças anatômicas* enviadas à Fundação Universitária Sul-Fluminense



Fundação Universitária Sul-Fluminense

Vassouras — Estado do Rio — Brasil



Agosto 1969

Vassouras

<u>Remessa</u>	<u>Nomes</u>	<u>Procedência</u>
8.8.69	1 M ^a Leopoldina de sa dos Santos	Rio Pomba
8.8.69	2 Antônio Lopes	Belo Horizonte
8.8.69	3 Joaquim Berachio	Curvelo
8.8.69	4 Yandira Damiano	Minas Nova
8.8.69	5 Salvina Luciana de Jesus	Lambari
8.8.69	6 José Mateus dos Reis	Belo Horizonte
8.8.69	7 João Araújo	Pel. Fabricia
15.8.69	8 Maria José Faria	guiz de Fora
15.8.69	9 Maria da Conceição	Trépolis - RS
15.8.69	10 Maria Rodrigues Coelho	
15.8.69	11 Wilson de Oliveira Silva	
15.8.69	12 Sebastião Jerônimo de Oliveira	
14.8.69	13 Luiza Lapa de Moraes	Coração de Je
24.8.69	14 Maria José dos Campos	Novada Iove
24.8.69	15 Maria Bernadete	S. G. de R. Rein
24.8.69	16 Teresinha Lucília de Oliveira	Santos Dum
24.8.69	17 Josefa Natalina de Andrade	Ferros
24.8.69	18 Emília Rosa de Jesus	Conselheiro Pe
24.8.69	19 Maria da Conceição Costa	Senhora do Pe
24.8.69	20 Corina Ana das Divas Pires	guiz de Fora
29.8.69	21 Francisco José da Cunha	Capitolio

Agosto 1969

Vassouras.

<u>Remessa</u>	<u>Nomes</u>	<u>Procedência</u>
29-8-69 22	Raimundo Serrano de Castro	Atalaia
29-8-69 23	José Domingos	Itajubá
29-8-69 24	José Nunes da Silva	Rio Itouzente
29-8-69 25	Ilda da Silveira	São Geraldo
29-8-69 26	Alvina de Paula Martins	Ituapira
29-8-69 27	Isabel Bonifácio de Andrade	Senhora dos Remédios
29-8-69 28	Aparecida Silva	Alterosa
	Total 28	
	Total em cruzeiros R\$ 1.400,00	
	Barbacena, Agosto de 1969	

Anexo II - Fotocópias da relação das *peças anatômicas* enviadas à Fundação Educacional D.
André Arcoverde



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL D. ANDRÉ ARCOVERDE
FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA
(Autorizada pelo Conselho Estadual de Educação)
VALENÇA - RJ

FIALNO

Marco - 1971		Valença
<u>Remessa</u>	<u>Nome</u>	<u>Procedência</u>
1º 3.71	1 Joana M ^a Pereira	Pracá
"	2 Raimundo Rodrigues Fries	S. José da Lapa
"	3 Tereza Alves	Murici
"	4 Antônia Domingos	Cássia
"	5 M ^a de Lourdes Costa	Oliveira
"	6 José de Oliveira Barbosa	Carna Cajuru
"	7 Estelvina M ^{te} Jesus	Cachoeira do Mato
"	8 Maria de Souza	Padre Paraíso
"	9 Vapdeir Rosa da Silva	B. Horizonte
"	10 Nazim Rodrigues	Piranga
"	11 Otacilio Alves de Souza	Delphinópolis
"	12 Augusta de Souza	Cláudio
"	13 José Alves Marques	Corinto
"	14 José Angela Fries	Murici
"	15 Conceição Luiz	Braz Fries
"	16 Terezinha de Paula	Pouso Alegre
"	17 Virginia Gonçalves Paveda	Guaranabara
"	18 Maria Lopes	B. Horizonte
"	19 Rosa Alves	"
"	20 M ^a Odília Rosa	Pracá

Marco de 1971		Valores
Remessa	Nome	Procedência
1-3-71	21 Sebastiana M ^{re} de Jesus	Parangassu
"	22 Ina Rosa de Jesus	Pulim
"	23 Euclides Epifânio A. Filho	Visc. P. Branco
"	24 Eugênia Pereira dos Santos	Montes Claros
8-3-71	25 José Fico dos Reis	Belo Horizonte
"	26 José Tomas de Aquino	" "
"	27 Joana Domingas	Manana
"	28 Juscelina de São José	Córrego Santos
"	29 Olga Rocha dos Santos	Belo Horizonte
"	30 Antônio Martins	Três Corações
"	31 José Carlos Filho	Sta. Rita Siqueira
"	32 M ^{re} Luzia	Tombos
"	33 M ^{re} Madalena Rocha	S. Vic. da Estrada
"	34 Etelvina Gomes da Silva	Paraná
"	35 Lázara Catarina de Jesus	Campo Belo
"	36 Ina Aguiar de Sá	Cons. Pina
"	37 Domingos da Costa Lima	Brasília de Minas
"	38 José Rodrigues Evangelista	Itabai
"	39 M ^{re} de Nazaré Santos	Belo Horizonte
"	40 M ^{re} Luiza Dias	Guasupe

Março de 1971 - Valença		
<u>Remessa</u>	<u>Nome</u>	<u>Procedência</u>
8.3.71	41 Ely Guimarães de Oliveira	Lavras
"	42 M ^a de Tal	Belo Horizonte
"	43 Jma Bernardino	Cel. Fabriciano
"	44 Jma M ^a de Souza	Bambui
"	45 Carmindo Pereira da Silva	Belo Horizonte
	total de peças	45
	total em dinheiro	cr\$ 2.500,00
	Barbacena, março de 1971	

Anexo III - Fotocópias do Ofício n. 104/73 da Faculdade de Medicina de Itajubá. Encomenda de *peças anatômicas*

IMC/mtrt Itajubá(MG), 10 de setembro/73

OF. N. 104/73

Ilmo. Sr.

Geraldo Fialho de Souza

Centro Hospitalar de

BARBACENA - MG

agf
J. F. de Souza
25/9/73

Prezado Senhor,

O portador da presente é o nosso serven-
tuário Sr. José do Carmo Pereira que vai a esse Centro Hospitalar apa-
nhar as quatro (4) peças anatômicas restantes do pagamento de
Cr\$ 5.000,00 que fizemos antecipadamente a V.Sa. no dia 15 de agosto
p. findo, podendo nos enviar por esta mesma viagem, caso isso seja pos-
sível, maior numero de peças por conta da nova encomenda de dez (10) T
unidades confirmada por esta e paga c/remessa de numerario que ora fa-
zemos.

Estamos de posse do recibo oficial
n. 032 de Cr\$ 3.000,00 daquele pagamento que V.Sa. mandou nos enviar
com a entrega no dia 27 do mesmo mês de agosto das seis (6) peças ana-
tômicas. Pedimos-lhe mandar nos enviar, com a remessa de hoje, o reci-
bo oficial complementar de Cr\$ 2.000,00. Na próxima viagem devolvere-
mos à V.Sa. o s/recibo particular de Cr\$ 5.000,00 datado de 15.08.1973,
então substituído pelos recibos oficiais de que falamos.

A fim de atender ao s/pedido telefônico
do dia 05 do mês em curso, recebido por esta Secretaria, estamos lhe
enviando um novo cheque de cinco mil cruzeiros (Cr\$ 5.000,00) de n.
174437, contra o Banco Real SA o a favor de V.Sa. para o pagamento an-
tecipado de mais dez (10) peças anatômicas que, como da vez passada,
V.Sa. vai fazer a fineza de se esforçar para nos fornecer dentro no má-
ximo de vinte (20) dias dada a premenencia em que nos encontramos des-
ses elementos de estudo para completar o curso de anatomia deste ano
letivo.

Com a natural relutância do n/Diretor
Administrativo, Sr. João Aldano da Silva, responsável pelo n/Departa-
mento do Patrimônio e Financeiro, cujo regulamento exige que as saídas
de numerario sejam feitas exclusivamente por meio de saques bancarios
e, preferentemente, contra cheque de n/emissão e devendo ainda constar
do s/verso a especificação da s/destinação, isto é, do pagamento que
com o seu produto se faz, ou se vai fazer como procedemos no cheque an-
terior de n. 175814, atendemos aquele s/pedido verbal feito no instan-
te da citada ligação telefônica do dia 05, deixando de anotar no verso
desse cheque n. 174437 desta remessa aquela s/destinação de pagamento,
o que fazemos ao arrepio de n/normas regimentais próprias, com o obje-
tivo exclusivo de facilitar o seu trabalho do desembaraço dentro do
mais curto tempo possível de mais estas dez (10) peças anatômicas de
que trata esta n/confirmação de encomenda anterior e o presente paga-
mento.

Segue junto o recibo particular de cin-
co mil cruzeiros desta nova remessa de numerario que lhe pedimos o fa-
vor de assinar e nós devolver, para a posterior substituição por reci-
bo ou recibos oficiais em formulario próprio desse Centro, caso esse
recibo próprio e oficial nao possa ser extraído com essa antecedência
em que fazemos o respectivo pagamento de que ele tratara.

Sem outro particular e com estima, somos

mui

Cordialmente,

Visto

Associação de Integração Social de Itajubá
FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ

LUOY MARTINS GORREA
Secretaria de Escho

Anexo IV - Fotocópias da carta do Diretor da Faculdade de Medicina de Itajubá ao Diretor da FEAP. Esclarecimento sobre o pagamento de peças ao funcionário do CHPB

ASSOCIAÇÃO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL DE ITAJUBÁ
FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ

CGC do MF 91040596/002 - INPS 11-194 00815/82
Autorizada pelo Decreto Federal 69.498, de 01.04.1968
Rua Cel. Renó Júnior, 368 - Caixa Postal 320 - Tel. 3100
ITAJUBÁ - MINAS GERAIS - BRASIL

Arg/Imm/ITAJUBÁ(MG), 12 de dezembro de 1973

FEAP - DIREÇÃO GERAL
URGENTE

Ilmo. Sr.

Dr. DJALMA PASSOS VELOSO

DD. Diretor Geral da Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica

Gameleira - Rua 15, n. 104

BELO HORIZONTE - Est. de Minas Gerais

Do Treinador

informar com urgência

12/12/73.

W. J. N. S. L.

Recebido
a 27/11/73

27/12/73

Prezado Sr. Diretor:

O Convênio celebrado em primeiro de março do corrente ano, entre a FEAP e esta Faculdade, tem sido executado com grande proveito para o ensino das disciplinas que utilizam peças anatómicas e a Faculdade está interessada na sua renovação nos termos da cláusula 7a. do instrumento concernente.

Ocorre, entretanto, uma situação que julgo imprescindível levar ao conhecimento do ilustre colega e esclarecido diretor.

O Sr. Geraldo Fialho de Souza, funcionário do Centro Hospitalar de Barbacena, esteve nesta Faculdade para pessoalmente instruir-nos sobre a execução do acordo, na parte relativa aos pagamentos previstos na cláusula 4a., determinando que estes pagamentos fossem feitos antecipadamente em dinheiro ou em cheque ao portador, com o que a Diretoria da Faculdade não concordou, por colidir com nossas normas administrativas. O Sr. Geraldo Fialho de Souza concordou com a emissão de cheques em seu nome, mas não abriu mão dos pagamentos antecipados, exigindo porém, que dos cheques não constasse a destinação da importância respectiva. Esta destinação figura sistematicamente no verso de cada cheque, conforme norma da Diretoria Administrativa, e foi lançado no verso do primeiro cheque enviado ao mencionado funcionário. Nos cheques subsequentes, a Faculdade abriu mão da norma emitindo-os em nome do Sr. Geraldo Fialho de Souza, sem a anotação de praxe.

Os documentos, de que lhe envio cópia xerográfica junto, mostram que a Faculdade fez três pagamentos antecipados de cinco mil cruzeiros cada, em 15 de agosto, 10 de setembro e 01 de outubro do corrente ano e mais um pagamento de hum mil cruzeiros (cheque n. 175813) para ressarcimento de despesas constantes do recibo n. 0029 de 06 de agosto. Portanto, foram feitos pagamentos antecipados no total de quinze mil cruzeiros e mais um de hum mil cruzeiros, somando todos dezesseis mil cruzeiros, correspondentes a trinta e duas peças anatómicas. Entretanto, a Faculdade só recebeu até hoje vinte e seis peças, conforme consta dos recibos 0029 (já referido acima), 0032, 0034, 0040 e 0047, devendo ainda receber, por conta dos pagamentos antecipados, seis peças anatómicas, correspondendo aos três mil cruzeiros pagos adiantadamente ao Sr. Geraldo Fialho de Souza.

Tivemos notícia de que o Sr. Geraldo Fialho de Souza não é mais encarregado das remessas de peças anatómicas, razão pela qual achamos conveniente trazer ao seu conhecimento os fatos e as circunstâncias acima relatados, pois a importância de três mil cruzeiros de saldo a favor da Faculdade ficou em mãos do referido Sr. Geraldo Fialho de Souza.

cont. na Fl. 02

003930 175813

PROT. GERAL - FEAP

Associação de Integração Social de Itajubá
FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ
DR. ITALO MANOELSI FILHO
DIRETOR GERAL

ASSOCIAÇÃO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL DE ITAJUBÁ
FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ

CGC de MF 91040696/009 - INPS 11-394 00.815/92
Autorizada pelo Decreto federal 69.498, de 01.04.1968
Rua Cel. Ranô Júnior, 368 - Caixa Postal 320 - Tel. 3100
ITAJUBÁ - MINAS GERAIS - BRASIL

Cont.de n/carta de 12.12.1973 ao Dr. Djalma Passos Veloso-B.Horizonte, MG

O Sr. Paulo Morais, Tesoureiro do Centro Hospitalar de Barbacena, informou ao nosso emissário que por ultimo esteve naquele estabelecimento, não saber quando poderiam ser-nos remetidas as 6 peças restantes, das quais, porém, a Faculdade tem grande necessidade para os trabalhos previstos para o próximo periodo de férias escolares, quando um certo número de alunos e professores continuará trabalhando nos laboratórios para complementação de atividades curriculares.

Certo de que o prezado colega compreenderá nossa preocupação, envio-lhe a minha renovada expressão de alta estima e distinta consideração.

Associação de Integração Social de Itajubá
FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ

DR. ITALO MANDOLESI FILHO
DIRETOR GERAL

Anexo V - Fotocópias da carta do Sub-secretário da Escola de Reabilitação da Universidade Católica de Petrópolis ao Diretor do CHPB. Convênio e cessão de cadáveres



Universidade Católica de Petrópolis

Rua Benjamin Constant, 213 - Telefone 42-5062
Av. Barão do Amazonas, 124 - Telefone 42-5858

CAIXA POSTAL 944
25.600 - PETRÓPOLIS

Of. 01/74 TSGC-R

Petrópolis, 7 de janeiro de 1974.

Do: Sub-Secretário da Escola de Reabilitação da Universidade
Católica de Petrópolis

Ao: Diretor do Centro Hospitalar Psiquiátrico
Barbacena, MG

Prezado Senhor,

Conforme contato telefônico e orientação do Sr. Paulo, passamos a relatar os acontecimentos desde nosso primeiro entendimento com esse Centro Hospitalar na pessoa do Sr. Geraldo Fialho / de Souza.

- Em junho de 1973 foi solicitado ao Centro Hospitalar Psiquiátrico a cessão de 4 peças anatômicas;
- Conforme orientação recebida enviamos a esse Centro o Dr. Giorgio Mazzantini para a assinatura de um convênio entre nossas entidades. Nessa ocasião foi paga a importância de Cr\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos cruzeiros), sendo Cr\$ 2.000,00 pelas 4 peças e Cr\$ 500,00 para despesas de transporte, guias de sepultamento e gratificação.
- Por ordem do Dr. Elson (vide vale em anexo) só nos foi enviado 2 (duas) peças, ficando a importância paga assim distribuída:

2 peças
transporte
Guias
gratificação

Cr\$ 1.000,00
Cr\$ 630,00
Cr\$ 20,00
Cr\$ 100,00

T o t a l

Cr\$ 1.750,00

Do total pago (Cr\$ 2.500,00) recebemos a diferença das despesas (Cr\$ 750,00) em um vale (vide xerox anexo).



Universidade Católica de Petrópolis

Rua Benjamin Constant, 213 - Telefone 42-5062
Av. Barão do Amazonas, 124 - Telefone 42-5858

CAIXA POSTAL 944
25.600 - PETRÓPOLIS

fl. 2

- Em 12 de setembro de 1973 conforme orientação do Sr. Geraldo Fialho de Souza, enviamos a quantia de Cr\$ 2.580,00 (dois mil quinhentos e oitenta cruzeiros) em ordem de pagamento (vide ~~x~~o rox anexo) para a aquisição de mais 5 peças, tendo sido a importância assim distribuída:

5 peças	Cr\$ 2.500,00
transporte	Cr\$ 630,00
5 guias	Cr\$ 100,00
gratificação	Cr\$ 100,00

sub-total Cr\$ 3.330,00

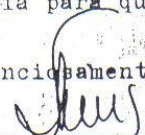
-Vale(vide xerox) Cr\$ 750,00

T o t a l Cr\$ 2.580,00 (remetido conforme ordem de pagamento em anexo).

Em virtude desses acontecimentos, solicitamos a especial atenção de Vossa Senhoria para a solução desses problemas.

Sem mais para o momento, aproveitamos a oportunidade para colocar mo-nos à disposição de Vossa Senhoria para quaisquer outros esclarecimentos,

atenciosamente,


Luiz Henrique Schaefer Lima
Sub-Secretário

Anexo VI - Fotocópias da carta do Diretor do CHP ao Superintendente Administrativo da FEAP

Ofício N.º

Data 06 de novembro de 1973

De: Diretor do CHP

Ao: Superintendente Administrativo da FEAP

Assunto: Envia resultados de Sindicância e anexa comprovantes

Senhor Superintendente.

Atendendo o que determina o Memo SUPA/154/73 de 12 de outubro do corrente ano, passamos a esta Superintendência o seguinte:

Ficha funcional de Geraldo Fialho de Souza:

Cart. Identidade: 616.962 - Tit. Eleitoral: 5.362 - Cargo: Auxiliar de Escritório nível V - Nascido em 24/08/33 - Natural de Pedra do Anta, Mg. / Filho de Joaquim Angelo Fialho e Da. Emilia Fialho de Souza, Solteiro - Data de posse: 08/07/63 - Exercício em 1º/07/63 - Nomeado em 21/06/63 - À disposição da FEAP por um ano em 28/06/68 com prorrogação pelo Decreto 12.777 de 01/07/70. Pela Portaria nº 46 de 13/02/51, fôra admitido como Serviçal pelo então Diretor do "Hospital- Colônia de Barbacena", Dr. José Jorge Teixeira e pela Portaria nº 63 de 26/11/51 foi também contratado / como Serviçal pelo Diretor do HCB, Dr. Oswaldo Fortini. Pelo Ofício 253/69 da "Direção Executiva" da FEAP, foi indicado para exercer as funções de "Relações Públicas", a partir de 15/09/69, gratificado com R\$ 259,61, naquela época. No Regimento do CHP vigente na época, determina que são funções do "Relações Públicas": Recepcionar os responsáveis por Internados não pagantes e ou pensionistas, encaminhando-os às devidas Seções / para atendimento. Expedir correspondência dos internados e ou referentes a estes, após visada pelo Diretor. Preparar para arquivamento as cópias de correspondência expedida e recebida. Controlar a Distribuição de Peças Anatômicas às Faculdades de Medicina conveniadas com a FEAP.

Embora o funcionário Geraldo Fialho de Souza já houvesse sofrido duas sindicâncias sobre sua atuação no Hospital, nada / consta em seu Prontuário que o desabonasse funcional ou moralmente e / assim, mantinha-se no bom conceito.

Aos 7 de setembro de 1973 aconteceu o fato relatado na declaração nº 16 - art. 4º que coincidindo com a reestruturação administrativa do CHP, levou esta Diretoria a retirar o Sr. Geraldo Fialho do Serviço de Relações Públicas que se tornava parte do Serviço Social com sua negativa de participar da nova estrutura (Decl. 16-D).

De imediato requereu a dispensa da gratificação que recebia da FEAP, solicitou férias regulamentares e em seguida requereu transferência do CHP, para a unidade Sanitária de Barbacena. (Já em poder do DIP/FEAP)

Atendendo circular expedida aos responsáveis por



FUNDAÇÃO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

R. 15, S/N.º - Gameleira - C. P. 1283 - Tel. 35-4671 - B. Horizonte

Ofício N.º

Data

De:

À:

(Continuação)

Assunto:

sada do setor competente para pagamentos. 4 - Emissão de vale pessoal (8-C) como comprovante de recebimento de mensalidade.

Documento 09:

Irregularidades: 1 - Retenção de mensalidades de Maio a Outubro/73 ocasionando transferência indevida de pensionista para a indigência. 2 - Cobrança da taxa acima da mensalidade estipulada: Cobrava R\$ 200,00 e recolhida à Tesouraria de R\$ 150,00. (Comparar de 9-B a 9-G com 9-H). 3 - Emissão de correspondência em caráter particular e solicitação de envio / de correspondência para endereço pessoal.

Documento 10:

Irregularidades: 1 - Retenção de pagamentos mensais, por muitos meses. 2 - Retenção de correspondência de cobrança oficial, por saber que não havia atraso de pagamento. 3 - Solicitação de pagamento indevido. 4 - Detenção, digo, Retenção do pagamento de setembro/73.

Documento 11:

Irregularidades: 1 - Retenção de pagamentos mensais por muitos meses fazendo o recolhimento à Tesouraria de uma só vez. 2 - Retenção de mensalidades a partir de 23/04/73, ocasionando alta indevida do pensionista.

Documento 12:

Irregularidades: 1 - Retenção de correspondência oficial de cobrança por saber que o responsável nada devia. 2 - Retenção do pagamento de três meses.

Documento 13:

Irregularidade: 1 - Desvio da parte interessada para a área particular. 2 - Envio de correspondência não oficial.

Documento 14:

Irregularidades: 1 - Retenção por 10 (Dez) meses de pagamentos enviados mensalmente. 2 - Retenção de correspondência oficial. 3 - Cobrança e / recebimento de R\$ 620,00 para compra de medicamentos, em caráter particular. (Não hpa, digo, há receitas do médico assistente e nem notas de venda da / Farmácia que comprovem tais despesas.

Documento 18:

Irregularidades: 1 - Deixou de recolher à Tesouraria do CHP, mensalidades de Abril a Outubro/73 acarretando a transferência indevida do pensionista para a indigência. 2 - Cobrança de R\$ 200,00 de débito inexistente.

Documento 19:

Irregularidades: 1 - Deixou de recolher à Tesouraria, mensalidades de Abril a Outubro/73. 2 - Retenção de correspondência oficial de cobrança /



FUNDAÇÃO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

R. 15, S/N.º - Gameleira - C. P. 1283 - Tel. 35-4671 - B. Horizonte

Ofício N.º

Data

De:

(Continuação)

Ao:

Assunto:

por reconhecer que a parte enviara as importâncias correspondentes. 3 - Emissão de correspondência particular, tratando de assuntos do hospital. 4 - Cobrança indevida de medicamentos e solicitação de crédito para despesas / inexistentes. 5 - Deixou de recolher à Tesouraria do CHP de sete meses de pensão, no período de Abril a Outubro/73. 6 - Retenção de correspondência oficial de cobrança por saber que o responsável mandara a importância das mensalidades. 7 - Ocasinou a transferência indevida do pensionista para a indigência e posterior alta, sem aviso prévio ao responsável.

Sendo o que foi apurado até o momento, despedimo-nos

Cordialmente,

José Manoel da Rosa Lucinda
Chefe da Divisão Administrativa

Paulo Ferreira de Moraes
Tesoureiro

Visto: Dr. José Theobaldo Tollendal
Diretor do CHP

Ilmo. Sr.

Dr. Elson Vilela Nogueira

DD. Superintendente Administrativo da FEAP

Belo Horizonte

JTT/JMRL