

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em História

**Loucos (nem sempre) mansos da estância: controle e resistência no cotidiano
do Centro Agrícola de Reabilitação (Viamão/RS, 1972-1982)**

Viviane Trindade Borges

Orientador: Prof. Dr. Benito Bisso Schmidt

Porto Alegre, janeiro de 2007.

Agradecimentos

A trajetória da pesquisa que resultou nesta Dissertação começou ainda na graduação e contou com a ajuda e o carinho de várias pessoas.

Em primeiro lugar, quero agradecer a meu orientador, Dr. Benito Bisso Schmidt, cujo trabalho admiro muito. Acho que neste momento de agradecimentos cabe registrar que, na maioria das vezes que respondo à pergunta “quem é seu orientador?”, ouço o mesmo comentário: “que sorte!”. Concordo plenamente, tive a sorte e o privilégio de tê-lo como orientador, além da honra de ser sua primeira orientanda, e quem o conhece sabe que não estou exagerando. Agradeço a orientação atenciosa, meticulosa e paciente; as importantes sugestões, as conversas sérias (e também as descontraídas), os livros emprestados, a amizade e as aulas que inspiraram a construção deste trabalho e semearam novas idéias que já começam a brotar.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela acolhida e ao CNPQ pela bolsa de mestrado.

À dedicação e carinho da Secretária do PPG, à Marília e ao Sandro.

Agradeço à professora Isabel Bilhão, pelo apoio, estímulo e, principalmente, por ter me apresentado ao Benito (que sorte!).

Aos historiadores Arselle de Andrade da Fontoura e Arthur Henrique Barcellos, pela oportunidade de estagiar no Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapuã.

Aos pacientes moradores do Hospital Colônia Itapuã, principalmente a João Carlos Gomes, que deixou muita saudade e me ensinou que a felicidade está nas pequenas coisas.

À direção do HCI, por ter permitido o acesso à documentação e aprovado o ensaio fotográfico, especialmente ao Edu.

Ao Cláudio, ouvinte atento.

Agradeço aos “membros da equipe dirigente” entrevistados, pela atenção, interesse e cooperação.

Às amigas e amigos, colegas de Mestrado, cúmplices nas angústias e devaneios. Agradeço pelas conversas sérias e também pelos papos enlouquecidos,

que tornaram esta etapa da vida mais descontraída. Em ordem alfabética para não haver ciúme: Ailana, Aristeu, Artur, Carla Renata, Letícia, Luciana e Nóris.

À colega historiadora e jornalista Clarice Esperança, pela reportagem de Sérgio Caparelli.

Às professoras Marluza Harres, Sílvia Petersen e Yonissa Wadi, pelas colocações feitas na ocasião da minha defesa.

À Cristina, que fez fotografias lindas do Hospital e seus moradores.

Ao Capra e à Fabiana, que acompanham este trabalho desde a faculdade, e ainda conseguem me ouvir com atenção e carinho.

Ao Tobias, amigo e confidente desde sempre. Ouvinte atento que foi morar longe e me deixa com muita saudade.

Ao Ivan, insuportavelmente amigo e querido, agradeço pelas oportunidades, pelo interesse, pela generosidade, pelo companheirismo e principalmente pelos momentos engraçados.

À Lolita por tornar a minha vida menos séria e mais caótica.

Agradeço ainda à minha família, principalmente à mãe, ao Marcos e à Vovó Eva, por se mostrarem sempre tão orgulhosos da mestrandia!

Ao Rodrigo, sempre perto nos momentos mais difíceis e também nos mais felizes, responsável por tornar minha vida um lugar melhor e mais bonito. Companheiro e cúmplice, ouvindo meus devaneios com paciência e bom humor, sem se incomodar com os livros espalhados por todos os cantos da casa, acalmando minhas angústias com otimismo. Sem ele, talvez nada disso fosse possível!

A Deus por mais esta conquista.

Obrigada!

*Peço que prestem atenção
No que eu vou dizer agora
Me pôr no hospital pro resto da vida
Sem pode sair pra fora
Se doutor de medicina é Deus
Então eu sou Nossa Senhora*

Poema do paciente "Alceu" (nome fictício), registrado em um Livro de Ocorrência do CAR -1973.

Loucos (nem sempre) mansos da estância: controle e resistência no cotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação (Viamão/RS, 1972-1982)

Resumo: A dissertação analisa o processo de institucionalização e a dinâmica interna de funcionamento do Centro Agrícola de Reabilitação, fundado em 1972 no município de Viamão/RS para atender à necessidade do Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre) de reduzir o número de internados. A instituição respondeu ainda a concepções da época que objetivavam um tratamento mais humano para a loucura. Assim, a singularidade do Centro pode ser percebida, entre outros aspectos, na valorização da identidade cultural dos pacientes (homens oriundos do meio rural), além de privilegiar a transferência daqueles que realmente tinham afinidade com atividades agrícolas. No início da década de 1980, marco cronológico final da pesquisa, o Centro passou por uma reorientação administrativa que alterou seus objetivos iniciais.

A respeito da institucionalização, procurei analisar a história pregressa das colônias agrícolas. Tal análise remeteu a pesquisa a tempos e espaços variados. Alguns envolveram uma duração mais longa, remontando, no mínimo, ao século XIX e às primeiras colônias agrícolas fundadas na Europa e, posteriormente, no Brasil. Outros dizem respeito a um período mais curto e a um deslocamento espacial mais próximo, como o da criação das duas primeiras colônias voltadas aos alienados no Rio Grande do Sul em 1917 e 1949. Por fim, busquei localizar a proposta do Centro no modelo de assistência pública à saúde na América Latina nos anos 1960 e 1970.

No que se refere à dinâmica interna do Centro Agrícola de Reabilitação procurei analisar o cotidiano institucional sob a perspectiva de dois conceitos propostos por Michel de Certeau no livro “A invenção do cotidiano”: o de estratégias e o de táticas. Assim, busquei perceber a tensão entre as **estratégias**, que procuravam legitimar a terapêutica empregada no dia-a-dia da instituição tanto para os internos quanto para a “sociedade externa”, e as **táticas** de resistência daqueles que não se deixavam homogeneizar.

Insane (not always) docile people from the farm: control and resistance in daily routines of Centro Agrícola de Reabilitação¹ (Viamão/RS, 1972-1982)

Abstract: This dissertation analyses the process of institutionalization and inner working dynamics in *Centro Agrícola de Reabilitação*, founded in 1972 in Viamão/RS-Brazil, to meet the needs of Hospital Psiquiátrico São Pedro (in Porto Alegre) for reducing the number of internees. This institution followed conceptions of that period, which aimed at a more human treatment for insanity. Thus, the remarkable aspect of the Center can be seen not only in valuing cultural identity of patients (men coming from rural environment), but also in providing the transference of those patients who were really related to agricultural activities. In the early 80's, limit time of our research, the Center went through an administration reform which changed its former directions.

As for institutionalization, I tried to check the former history of agricultural farms. Such analysis has taken this research to distinct times and places. Some of them involved early ages, like the 19th and the first agricultural colonies founded in Europe and then in Brazil. Others concern a shorter period of time and a closer space, like the creation of the two first colonies for insane patients in Rio Grande do Sul, in 1917 and 1949. Finally, I tried to find the Center's proposal in the model of public health attendance in Latin America in the years 1960 and 1970.

As for inner dynamics of *Centro Agrícola de Reabilitação*, I tried to analyse daily institutional routines under the perspective of two concepts suggested by Michel de Certeau in "A invenção do cotidiano": strategies and tactics. Thus, I attempted to understand tensions between strategies to legitimate treatments applied in daily routines to internees and "external community", and tactics of resistance of those patients who refused to be homogenized.

¹ Agricultural Center for Rehabilitation.

Sumário

Introdução	8
Capítulo 1: Diferentes temporalidades, variadas espacialidades: as condições que permitiram o surgimento do Centro Agrícola de Reabilitação	37
1.1. “Aqui não é uma colônia de férias, sim um Hospital”: o surgimento das colônias agrícolas na Europa e no Brasil e os conflitos por elas suscitados.....	38
1.2. Aproveitando o trabalho dos psicopatas tranquilos: as colônias agrícolas no Rio Grande do Sul.....	52
1.3. Os loucos mansos voltam para a estância: o Centro de Reabilitação.....	58
1.4. Entre enfiar quinino na boca dos nativos e planejar: o Dr. Gabriel e o modelo CENDES/OPS.....	72
Capítulo 2: Tornar os loucos mansos	70
2.1. A vitória do lugar sobre o tempo: limites da proposta “anti-São Pedro”.....	80
2.2. Um domínio dos lugares pela vista.....	91
2.3. A legitimação do espaço institucional.....	106
Capítulo 3: Nem tão mansos assim: o cotidiano e as táticas de resistência	128
3.1. A arte da guerra cotidiana: da violência à sutileza.....	131
3.2. A arte de dar golpes no campo do outro: resistências na fala e na escrita.....	143
3.3. A flexibilidade das normas: a (ins)estabilidade do espaço asilar.....	157
Considerações finais	166
Bibliografia e fontes consultadas	172

Introdução

A compreensão do contexto que permitiu a criação e o funcionamento de uma colônia agrícola para alienados com objetivos mais humanistas, que procurava se diferenciar dos preceitos “totalizantes” do manicômio tradicional, entre 1972 e 1982, constitui uma das preocupações que nortearam este estudo. Ao longo destas páginas, procurou-se também estabelecer uma análise a respeito do cotidiano e seu “politeísmo de práticas disseminadas” (DE CERTEAU, 2003, p. 115). Neste sentido, objetivou-se conseguir enxergar além do tênue véu de homogeneidade que cobre as instituições psiquiátricas para desvendar suas relações sociais de controle e resistência.

O Centro Agrícola de Reabilitação² foi fundado em 07 de julho de 1972 atendendo principalmente às necessidades do Hospital Psiquiátrico São Pedro de reduzir o número de internados e respondendo a concepções da época que objetivavam criar uma colônia agrícola que se diferenciasse das anteriores³ em alguns sentidos, conforme será visto posteriormente. O local escolhido foi o Hospital Colônia Itapuã⁴, um antigo leprosário, à 60 KM de Porto Alegre, em Itapuã, no município de Viamão/RS.

A criação do Hospital Colônia, em 1940, derivou de uma política nacional de controle e prevenção da lepra implantada nas primeiras décadas do século XX e que viabilizou a construção de diversos leprosários, com características similares, em vários estados do país. Os portadores do Mal de Hansen eram localizados pelo Serviço de Profilaxia da Lepra, ao qual cabia identificar e providenciar a internação dos casos em que houvesse risco de contágio (BORGES, 2002, p. 117).

2 A respeito do Centro Agrícola de Reabilitação (CAR), ver: BARCELOS e BORGES, 1999-2000, p.143-158; BORGES, 2002, p.116-124.

3 Houve duas colônias agrícolas anteriores ao Centro Agrícola de Reabilitação no Rio Grande do Sul: a primeira, fundada em 1917, denominava-se Colônia Jacuhy; a segunda, cujo nome não é citado nas fontes consultadas, foi criada em 1949. In: Mensagem enviada por Antonio Augusto Borges de Medeiros à Assembléia dos Representantes do Estado do Rio Grande do Sul. 20 de setembro de 1918. AHRG; e GODOY, 1955.

4 Sobre o Hospital Colônia Itapuã, ver: SERRES (2004), QUEVEDO (2005) e PROENÇA (2005). Outro trabalho sobre a instituição está sendo desenvolvido no Doutorado em História da UNISINOS, por Juliane Serres.

Com o avanço no tratamento da doença e a diminuição da incidência desta no Rio Grande do Sul no final da década de 50, não fazia-se mais necessário o internamento compulsório e, conseqüentemente, os pacientes poderiam voltar a seus locais de origem. Isto levou a uma diminuição do número de internados no Hospital Colônia Itapuã, que passou de 700 para 340 em 1960, tornando-se necessário repensar as finalidades daquele espaço agora ocioso (BORGES, 2002, p. 117).

Um dos problemas encontrados pelos pacientes hansenianos foi a dificuldade de reintegração social. Os que não conseguiram se reintegrar à sociedade exterior acabaram retornando ao Hospital Colônia, juntando-se àqueles que não ousaram de lá sair. Todo o caráter segregador daquele espaço foi reforçado com o início do funcionamento do projeto Centro de Reabilitação para Doentes Mentais Crônicos, como era denominado inicialmente o Centro Agrícola de Reabilitação.

A proposta difundida pela equipe médica do Centro era a de reabilitar pacientes psiquiátricos crônicos, possibilitando o retorno às suas comunidades de origem. Eram os “loucos mansos da estância”, segundo um dos psiquiatras que atuou no Centro, ou seja, pacientes de origem rural e do sexo masculino que superlotavam o São Pedro. Segundo o Relatório de Atividades do Setor de Psicologia (197-?, p. 3), o Projeto visava resgatar o vínculo dos internados com a sociedade através do trabalho a fim de que este auxiliasse a reparar “o mundo interno do paciente”. A equipe médica do Centro acreditava que “um paciente com capacidade laborativa é um paciente com mais chances de integração social e de deixar a cronicidade”.

A proposta de criação de colônias agrícolas para alienados remete às concepções de Pinel⁵, na primeira metade do século XIX. O alienista via “o trabalho como um poderoso recurso de tratamento” (PESSOTTI, 1996, p. 189). A primeira colônia teria sido criada por um discípulo de Pinel, André Marie Ferrus, em Sainte-Anne, na França, em 1828, “onde trabalharam, ao longo de vários anos, os pacientes de Bicêtre, em número de duzentos, aproximadamente” (PESSOTTI, 1996, p. 189). O sistema se disseminou por toda a França e em outros países. Contudo, o sentido desta

5 Philippe Pinel foi um pioneiro no tratamento dos doentes mentais. Diplomou-se em Medicina na Faculdade de Toulouse, aos 28 anos, em 1773. Trabalhou no Manicômio Bicêtre e no Hospital de Salpêtrière. Introduziu importantes melhoras no tratamento dos doentes mentais e lutou para que a psiquiatria fosse considerada uma disciplina independente da medicina geral. É considerado o pai da psiquiatria francesa.

nova proposta visava principalmente a redução dos custos do manicômio. Assim, segundo Pessotti (1996, p. 190):

As propostas de desinternação, embora acompanhadas de algum louvor às propriedades terapêuticas das colônias e de outras formas de distribuição dos alienados, não configuravam uma contestação ao manicômio, como se ele fosse incapaz, ou fosse, por algum motivo médico, digno de rejeição e substituição radical por outros sistemas de assistência psiquiátrica.

No Brasil, a política de adesão à construção de colônias agrícolas para alienados encontrou um “ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento” (RESENDE, 1987, p. 47). Tal proposta atendia aos interesses capitalistas que buscavam reverter a idéia tradicional da “moleza” do povo brasileiro, presente desde o período colonial e reforçada pelas concepções alienistas como sendo uma característica da índole de determinados grupos sociais (RESENDE, 1987, p. 47)⁶. As colônias agrícolas ligavam-se, ainda, à concepção que defendia a vocação agrária do Brasil.

Conforme será analisado no primeiro capítulo, a fundação das primeiras colônias agrícolas brasileiras foi impulsionada pela intensificação das críticas em relação ao modelo asilar fechado a partir da última metade do século XIX (AMARANTE, 1982, p. 50). Surgidas como uma alternativa ao Hospício tradicional, as colônias traziam a perspectiva da modernidade envolvendo o tratamento moral, o isolamento e o trabalho terapêutico. Assim, de 1841 a 1950, verifica-se a criação de 41 instituições psiquiátricas no país, sendo que, ao longo deste período, a maior parte dos estados brasileiros estabeleceu colônias, em alguns casos, como a única opção para o tratamento dos pacientes psiquiátricos (RESENDE, 1987, p. 48-49).

Em grande parte das vezes, as colônias agrícolas funcionavam como um suporte às instituições urbanas, abrigando os pacientes crônicos que superlotavam os hospitais psiquiátricos. Porém, apesar das propostas de reabilitação presentes nos discursos de seus fundadores, o que ocorreu, segundo Resende (198, p. 52), foi a exclusão do

6 Segundo Mauch (2004, p. 25), “um dos temas centrais da historiografia brasileira nos anos 1980 foi o processo de valorização do trabalho a partir do século XIX. Com a percepção do problema de uma escassez de braços provocada pela proibição do tráfico de escravos em 1850, as elites brasileiras teriam passado a se preocupar cada vez mais com a propalada e pressuposta tendência à vadiagem e à imoralidade do trabalhador ‘nacional’ (leia-se negros, mestiços e brancos pobres)”.

doente mental, reforçada pela distância em relação à cidade, escondendo o alienado dos olhos dos cidadãos “normais”.

Neste sentido, a proposição das primeiras colônias agrícolas no Rio Grande do Sul aproxima-se da idéia inicial, difundida por Pinel, de reduzir os gastos, não primando pela reabilitação; além de contribuir para a segregação dos doentes, devido à distância em que eram localizadas, sempre longe do meio urbano (GODOY, 1955, p. 219-220). Já a proposta da equipe dirigente do Centro Agrícola de Reabilitação aqui estudado, apesar de ter mantido no seu discurso a idéia da redução dos gastos do Estado com os doentes mentais, reforçava que sua principal preocupação era com a reabilitação dos pacientes (CASTELLARIN, 1983). Além disso, a equipe médica procurava ressaltar seu caráter verdadeiramente “anti-São Pedro”, valorizando o ambiente em que o paciente vivia e sua singularidade, colocando-se em uma posição contrária ao Manicômio. Pessotti (1996, p. 190), contudo, salienta que, apesar de outros sistemas terem sido implantados, os manicômios sobreviveram como o principal meio de tratamento da insanidade.

A transferência dos pacientes oriundos do Hospital Psiquiátrico São Pedro para Itapuã provocou uma reorganização do espaço institucional. Foi erguida uma cerca dividindo o Hospital, circunscrevendo os limites entre leprosos e loucos. Assim como nos estudos de Foucault (2000, p. 16) sobre a loucura nos séculos XVIII e XIX, a experiência do Centro Agrícola pode ser percebida como uma “continuação rigorosa da lepra”. Semelhante ao que ocorreu no período analisado pelo autor francês, o Centro apropria-se de um espaço destinado inicialmente aos portadores do Mal de Hansen, confirmando a sua vocação segregadora. Os loucos “herdam os bens” dos leprosos (FOUCAULT, 2000, p. 52), motivando a indignação destes últimos, antigos habitantes do asilo. Pode-se perceber através das entrevistas realizadas pelo projeto de história oral do Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapuã⁷, que os

7 A proposta do CEDOPE/HCI era criar um acervo de fontes orais que serviria, inicialmente, como material de pesquisa para a elaboração da exposição “HCI: 60 anos de História”, organizada no ano 2000. Com o desenvolvimento da idéia, realizaram-se cerca de 21 entrevistas com os pacientes hansenianos, entre homens e mulheres. Nesta mesma perspectiva, foram feitas seis entrevistas com os pacientes psiquiátricos. Todos estes depoimentos foram transcritos e pertencem ao acervo de história oral do CEDOPE/HCI, hoje desativado. Conforme já mencionado, pretendo, ao longo do texto, aprofundar as questões que nortearam o trabalho com as fontes orais e a forma de transcrição adotada. Sobre o CEDOPE/HCI, ver BARCELOS, BORGES e FONTOURA (2003).

pacientes do Centro Agrícola de Reabilitação não eram bem vistos, principalmente pelos hansenianos. A esse respeito, cabe citar alguns trechos de depoimentos de pacientes acometidos pela lepra:

Houve reação do pessoal que já estava aqui contra esses mental... mas depois se davam bem. (L.)

...eles chegaram e tomaram conta do que era nosso. Isso aí já deu revolta em muitas pessoas por causa disso... eu acho que eles não têm direito de chegar e agarrar as nossas coisa, nós tinha mesa de ping-pong agora tá lá no CAR. (E.)

Conforme mencionado anteriormente, o Projeto Centro Agrícola de Reabilitação procurou se diferenciar das colônias agrícolas anteriores, entre outras razões, por enfatizar aspectos culturais dos pacientes, como o churrasco e as rodas de chimarrão, além de privilegiar a transferência daqueles que realmente tinham afinidade com atividades agrícolas. Porém, sua mudança de objetivos no início da década de 1980, marco cronológico final de meu estudo, acabou por engendrar processos de individualização para marcar exclusões, ou seja, a terapêutica inicialmente voltada à reabilitação retornou à forma de assistência asilar adotada no São Pedro na medida em que os pacientes que permaneceram no Centro Agrícola foram tachados de inaptos à reabilitação. Assim, segundo um relatório da equipe da Unidade de Internamento Psiquiátrico (1989): “a idade avançada da maioria, a doença crônica incurável que requer tratamento ininterrupto e a ausência de suporte familiar consistente acaba impossibilitando a reintegração à sociedade [e] caracterizam a UIP como área asilar”⁸.

A mudança de rumo do Projeto pode estar relacionada também ao surgimento de novas propostas a respeito do modelo de assistência asilar, como a restrição de internações a casos estritamente necessários e a implantação de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais (DIAS, 1997, p. 49). Nesta perspectiva, limitava-se o número de internações o que acabou levando o Centro a uma situação de impasse, pois já não havia mais pacientes com as características estabelecidas pela equipe médica, dificultando a seleção dos que seriam transferidos. Diante disso, acabaram sendo selecionados indivíduos cujas chances de reabilitação, segundo os psiquiatras

8 Segundo documento intitulado “Histórico do CAR” (1991), no início da década de 1990 o Centro Agrícola passou a se chamar Unidade de Internamento Psiquiátrico (UIP), vinculando-se ao Hospital Colônia Itapuã.

envolvidos, eram reduzidas ou inexistentes. Outro fator que revela a decadência do Projeto no início da década de 1980 é o retrocesso na produção agrícola da instituição, a qual, segundo a equipe médica, não era o objetivo central do tratamento, mas foi muito significativa durante alguns anos conforme poderá ser percebido posteriormente. De acordo com o “Programa de ampliação e reestruturação do CAR” (198-?), isto ocorria devido à “falta de recursos e desinteresse da Secretaria da Saúde”, salientando ainda o documento que o Centro Agrícola não estava produzindo “nem para atender às necessidades do Hospital”. A partir, portanto, da década de 80, o Projeto caminhou lentamente para seu final e o Centro tornou-se um depósito de internados abandonados por suas famílias e esquecidos pela sociedade. Desta forma, o Centro Agrícola atualmente denomina-se Unidade de Internamento Psiquiátrico, não recebe mais nenhum paciente, nem possibilita altas, assemelhando-se assim às demais instituições asilares das quais procurou se diferenciar.

Após situar o leitor nos caminhos sinuosos da instituição, cabe refletir a respeito da importância deste trabalho do ponto de vista acadêmico e social. Em primeiro lugar, está a tentativa de preencher o vazio historiográfico a respeito das práticas psiquiátricas que se apresentavam como alternativas ao hospício e que se propunham a reabilitar o louco. Este trabalho de preencher lacunas é necessário, pois não existem estudos relacionados especificamente às colônias agrícolas no Rio Grande do Sul, daí a originalidade e, ao mesmo tempo, a dificuldade de se pesquisar o tema.

Durante meu estágio no Centro de Documentação, foi possível trabalhar com algumas das memórias do Centro Agrícola de Reabilitação. Desta forma, me deparei com uma parte da história da psiquiatria no Rio Grande do Sul que estava esquecida. Perdido nas memórias do Hospital Colônia Itapuã, o Centro de Reabilitação poderá mostrar os caminhos que possibilitaram a criação de uma colônia agrícola para alienados, com objetivos mais humanistas, conforme pode ser percebido não apenas na documentação escrita, mas também nas falas dos entrevistados. Nesta perspectiva, a presente pesquisa examina um novo acervo, abrindo um campo inédito para as investigações históricas.

Do ponto de vista acadêmico, o estudo do cotidiano do Centro Agrícola gaúcho revela diferentes e, por vezes, ínfimas formas de resistência que acabam tornando

relativa a idéia de “instituição total”, proposta por Goffman⁹. Somente através da apreensão destas relações sociais de controle e resistência, pode-se compreender como se dava o dia-a-dia institucional, permitindo uma aproximação das limitações e do próprio alcance do Projeto Centro Agrícola de Reabilitação.

Após a exposição de algumas justificativas que legitimam este estudo, pretende-se analisar determinadas contribuições historiográficas¹⁰ decisivas à sua realização. Em primeiro lugar, cabe ressaltar três artigos que escrevi¹¹, dois deles juntamente com historiadores que trabalharam no Centro de Documentação e Pesquisa, que são tentativas iniciais de sistematizar um histórico da instituição, visando principalmente o maior conhecimento das fontes.

As colônias agrícolas, conforme colocado anteriormente, são um tema ainda pouco explorado. Assim, as contribuições para que esta pesquisa ganhasse forma referem-se, primeiramente, no caso da historiografia gaúcha recente, a trabalhos relacionados sobretudo ao São Pedro.

Neste sentido, a obra de Wadi, “Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do Hospital de Alienados e da Psiquiatria no Rio Grande do Sul”¹² (2002), foi de grande importância à efetivação desta pesquisa. Segundo a autora, a constituição do saber psiquiátrico seria a forma mais radical de um processo de dominação da doença mental que estaria em curso antes mesmo da configuração deste saber, auxiliado por condições tanto práticas como teóricas.

O estudo abrange o período compreendido entre os anos de 1860 e 1930, traçando a trajetória da construção do Hospício São Pedro. Mostra a necessidade de

9 Os trabalhos do sociólogo canadense Erving Goffman começam a ser mais conhecidos no Brasil na metade dos anos 60. Porém, é a partir do final desta década que se intensifica o interesse por uma análise política do cotidiano, permitindo uma maior abertura aos estudos classificados como “micro”. Segundo Gilberto Velho (2004, p. 38), “essa mudança ocorre com a valorização de outros tipos de preocupação como significativamente, a obra de Michel Foucault (1961). É época da contracultura, de maio de 1968, de estilos de vida alternativos. É dentro desse quadro, que, sobretudo, antropólogos e profissionais da área psi passaram a se interessar por Goffman”. Posteriormente, analisarei a importância e as limitações da obra do autor para esta pesquisa.

10 Devido às limitações de tempo e de recursos para a elaboração desta Dissertação, não foi possível a realização de uma pesquisa mais detalhada dos estudos internacionais referentes ao tema.

11 Os artigos a que me refiro são: “Segregar para curar? A experiência do HCI” (BARCELOS e BORGES, 1999-2000); “Projeto CAR: o Centro Agrícola de Reabilitação do Hospital Colônia Itapuã” (BORGES, 2002) e “Desvendando uma história de exclusão: a experiência do CEDOPE/HCI” (BARCELOS, BORGES e FONTOURA, 2003).

12 Dissertação de Mestrado defendida em 1994 e publicada em 2002.

um espaço destinado somente ao tratamento e à internação da loucura e a consolidação do saber psiquiátrico através da fundação do Hospício. Wadi dedica ainda um capítulo à criação da primeira colônia agrícola para alienados no Rio Grande do Sul, no final da década de 1910, a Colônia Jacuhy. O principal instrumento do tratamento moral já se encontrava ali presente: a terapêutica do trabalho (WADI, 2002, p. 190). Retomando a idéia de que o Centro Agrícola foi criado com a finalidade de se diferenciar das colônias agrícolas anteriores, que pareciam mais preocupadas em obter mão-de-obra barata do que em reabilitar seus internados, torna-se essencial o conhecimento a respeito da criação e do funcionamento destes antigos espaços “supostamente” terapêuticos.

Seguindo esta perspectiva de estudos relacionados à história da loucura no Rio Grande do Sul, cabe mencionar a dissertação de Alexandre Schiavoni, “A institucionalização da loucura no Rio Grande do Sul: o Hospício São Pedro e a Faculdade de Medicina” (1997). O autor mostra, através da análise dos discursos e das práticas médicas do período compreendido entre 1880 e 1920, a consolidação do saber psiquiátrico através da criação da Faculdade de Medicina e da fundação do Hospício São Pedro. Enquanto o Hospício tinha o papel de guardar os loucos, à Faculdade de Medicina cabia conceber maneiras de fazê-los permanecer no manicômio; ambas complementavam-se e serviam para legitimar o saber psiquiátrico.

Outra obra pertinente à proposta desta pesquisa é a Tese de Doutorado de Vera Lucia Miron, intitulada “Loucos, nervosos e esquisitos: memórias da loucura em Ijuí (RS)” (1998), abrangendo o período de 1890 a 1990. Nela, a autora procura reconstituir o cotidiano em Ijuí salientando o significado social de comportamentos considerados anormais pela maioria da população, sendo que os “desviantes” acabavam segregados pela própria sociedade.

Cabe ainda apontar a dissertação de Nádia Weber Santos, “A tênue fronteira entre a saúde e a doença mental: um estudo de casos psiquiátricos à luz da nova história cultural”¹³ (2000), também uma referência relevante a este estudo, pois aborda o tema da doença mental a partir da perspectiva da nova história cultural, interagindo com diversas áreas, como a psicologia e a antropologia. A autora procura traçar um

13 A dissertação de Santos foi publicada recentemente (2005).

paralelo entre o imaginário sobre a loucura e o tratamento médico utilizado no período de 1937 a 1950.

Os trabalhos citados foram relevantes para a construção do presente estudo na medida em que ajudaram a pensar os percursos e impasses do São Pedro, os quais resultaram, entre outras coisas, na criação de colônias agrícolas. Além disso, existe, nas pesquisas mencionadas, uma série de reflexões que contribuíram para enriquecer esta pesquisa, tais como a análise da legitimação social de um espaço destinado à loucura, dos mecanismos que levam à permanência dos internados na instituição, dos tratamentos utilizados e da segregação estabelecida.

Seguindo uma ordem cronológica, faz-se necessário voltar a primeira autora citada, Yonissa Marmitt Wadi, agora devido à sua Tese de Doutorado, “Louca pela vida: a história de Pierina” (2002). O trabalho aborda a história de uma paciente internada no Hospital Psiquiátrico São Pedro em 1909 depois de ter sido acusada de assassinar sua filha pequena. A autora procura, através das fontes deixadas pela própria personagem, entre outros documentos, elucidar aspectos do cotidiano permeado por relações de gênero e relações sociais.

Por fim, cabe mencionar novamente Nádia Weber Santos, agora por sua Tese de Doutorado, “Historia de sensibilidades: espaços e narrativas da loucura em três tempos” (2005). A autora propõe uma análise articulada a respeito das cartas de um paciente do Hospital Psiquiátrico São Pedro, dos livros “Cemitério dos vivos” e “Diário de hospício” de Lima Barreto, e da obra literária de Rocha Pombo sobre um hospício fictício.

As teses de Wadi e Santos são relevantes principalmente por utilizarem como fonte principal os rastros dos próprios habitantes do Hospício, semelhantes aos documentos examinados neste estudo. Estas fontes revelaram novas perspectivas a respeito da loucura e mostraram que a homogeneidade asilar era apenas aparente.

O estudo a respeito do Centro Agrícola de Reabilitação passa necessariamente pela história do Hospital Colônia Itapuã¹⁴. Neste sentido, a Dissertação de Mestrado de Juliane Serres, “Nós não caminhamos sós: o Hospital Colônia Itapuã e o combate à

14 Os trabalhos sobre o Hospital Colônia Itapuã de SERRES (2004), QUEVEDO (2005) e PROENÇA (2005) utilizam entrevistas realizadas com pacientes da Unidade de Internamento Hanseniano pelo Centro de Documentação e Pesquisa, algumas das quais também servem como fonte a esta Dissertação.

lepra no Rio Grande do Sul” (2004), é de grande valia. Em seu trabalho, a autora aborda a campanha contra a lepra no Rio Grande do Sul que levou à criação do Hospital Colônia Itapuã.

Outro estudo, não menos importante, a respeito deste Hospital é a Dissertação de Mestrado de Everton Quevedo, “Isolamento, isolamento e ainda isolamento: o Hospital Colônia e o Amparo Santa Cruz na profilaxia da lepra no Rio Grande do Sul” (2005). O autor também aborda a constituição do Hospital Colônia Itapuã através da campanha contra a lepra no estado e a fundação do Amparo, o qual abrigava os filhos de casais de hansenianos internados na instituição. Tal medida era vista como de caráter profilático criando, ao mesmo tempo, um conflito na constituição familiar dos doentes.

A respeito do Hospital Colônia Itapuã, cabe mencionar ainda a Dissertação de Fernanda Proença, “Os protegidos de São Francisco: aliança entre Estado e Igreja na criação e no cotidiano do Hospital Colônia Itapuã para a profilaxia da lepra” (2005). A autora trata da aliança entre o Estado e as Irmãs Franciscanas que atuavam na instituição, analisando os reflexos desta relação na fundação e no dia-a-dia de tal espaço.

O presente estudo guarda um pouco da motivação dos trabalhos citados, na medida em que também aborda um local de internamento. Ainda que por caminhos diferenciados, procura, assim como as demais pesquisas, examinar as idéias que nortearam a criação de uma instituição asilar. Contudo, sua singularidade está na prioridade dada a uma análise a respeito do cotidiano e seus conflitos em um espaço retratado, na maioria das vezes, como homogêneo. Além disso, fazer emergir a história das colônias agrícolas revela novas perspectivas a respeito da loucura no Rio Grande do Sul, até então desconhecidas.

Na tentativa de compreender a apropriação e o uso desta forma de tratamento psiquiátrico no Brasil, a Dissertação de Mestrado em Medicina Social do psiquiatra Paulo Duarte de Carvalho Amarante (1982), “Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)”, foi de fundamental importância. Trata-se do único estudo localizado que enfoca de forma geral as colônias agrícolas brasileiras. O autor aborda

as motivações que levaram à criação das primeiras colônias e as concepções de trabalho nestes espaços, as quais “representavam uma ruptura ao nível da práxis psiquiátrica, partindo de uma tecnologia disciplinar distinta daquela característica das instituições asilares” (AMARANTE, 1982, p. 8).

No que tange à historiografia nacional, o estudo de Maria Clementina P. Cunha, “O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo” (1986), é o grande pioneiro em historicizar a loucura no país e uma grande fonte de inspiração para meu trabalho. A autora aborda o Hospício Juquery em São Paulo, a segunda colônia agrícola do Brasil¹⁵, no final do século XIX. A semelhança entre os objetivos do Juquery e os do Centro Agrícola de Reabilitação relativiza o caráter “inovador” reivindicado pela equipe médica deste último, pois ambos retomam a perspectiva das primeiras colônias inspiradas por Pinel. Segundo Cunha (1986, p. 70):

a intenção era de que, através do trabalho “terapêutico” dos internos, se atingisse o estágio da auto-suficiência e, possivelmente, mesmo um pequeno excedente destinado ao mercado. O louco, que constituía até então um ônus sobre os ombros do governo ou da família, seria de alguma forma reintegrado a um circuito produtivo e arcaria com o custo da sua própria subsistência.

A abordagem proposta por Cunha também é inovadora, na medida em que empreende uma análise multifacetada da instituição, o que implica um cruzamento de falas diversas:

apesar do esforço para aniquilar sua presença e apagar sua voz, os registros do asilo denunciam a presença dos “loucos”, resgatam ao menos em parte sua fala e sua experiência, evidenciam sua resistência surda e constante, permitindo o estabelecimento de relações para as quais os historiadores estiveram muito desatentos (CUNHA, 1986, p. 16).

O olhar por entrelinhas de Cunha procura trazer à luz as pequenas expressões e resistências daqueles que acabaram sendo calados pela história. Este resgate da presença dos insanos pode ser realizado, ainda que “em parte”, através de uma leitura “subversiva” das entrelinhas das fontes institucionais, permitindo que o historiador vislumbre o alienado através dos documentos oficiais. Ao longo do texto, retomarei esta

15 A primeira colônia agrícola, criada na cidade de Sorocaba (SP) em 1896, funcionou como uma experiência inicial do que viria a ser o Juquery, sendo desativada com a fundação deste (CUNHA, 1986, p. 67).

questão, pois objetivo operacionalizar esta metodologia em relação às fontes documentais do Centro Agrícola de Reabilitação.

A análise da disciplina e da resistência dos internados, entre outros aspectos, aproxima os “habitantes do espelho”¹⁶ do Juquery dos “loucos mansos” de Itapuã. Além disso, Cunha se propõe a “dar voz” aos personagens deste espaço de exclusão, objetivando “conhecer suas histórias de vida, as circunstâncias e o significado do internamento” (CUNHA, 1986, p. 18). Nesta mesma perspectiva, buscando dar voz aos excluídos, objetivei igualmente analisar as “circunstâncias e o significado do internamento” para os pacientes do Centro, não apenas através de fontes escritas, mas também por meio da história oral.

Segundo Cunha, o Juquery perdeu sua importância ao longo das décadas de 20 e 30, devido a mudanças nas políticas públicas que estabeleceram novas maneiras de intervenção médica centradas na prevenção da massa urbana e não mais no internamento. Assim como no caso do Centro Agrícola, a mudança de objetivos não levou ao desaparecimento da instituição que passou a ser um depósito permanente da loucura. Conforme visto anteriormente, as alterações sofridas pelo Centro Agrícola gaúcho na década de 80 geraram um retrocesso que conduziu novamente ao modelo asilar de segregação, o qual não possibilita reabilitações. Nesse sentido, a autora é esclarecedora: “andar em círculos, parece, tem sido o destino daqueles que se aventuraram pelo tema ou propuseram-se a ‘solucionar’ o problema” (CUNHA, 1986, p. 18).

Um outro trabalho de Cunha também auxilia a pensar a questão da institucionalização dos espaços asilares, trata-se de “Cidadelas da ordem: a doença mental na República” (1989). Nele a autora procura mostrar como a figura dos tidos como loucos passou do riso à apreensão aos olhos da sociedade “normal”. Tal percepção, que transforma personagens pitorescos em seres ameaçadores, coincide com o advento da República.

Cunha vê o Hospício Juquery como resultado das concepções alienistas do período, as quais previam uma “espécie de sociedade-modelo cujo ensaio estava

16 “Espelho do mundo” é uma das expressões utilizadas pelos pacientes do Juquery para designar seu local de internamento (CUNHA, 1986, p. 13). Neste sentido, empreguei a metáfora “habitantes do espelho” para me referir aos pacientes do Juquery.

contido em suas primeiras experiências asilares” (1989, p. 41). O nosocômio de São Paulo foi a primeira grande experiência de asilamento científico do Brasil. Segundo a autora:

O “asilamento científico” contrapunha-se à temível imagem da desordem urbana, da sujeira, da subversão dos valores mais caros às elites pela imposição de uma versão higiênica, disciplinada, pacífica e capaz de restaurar no próprio mundo do desatino a imagem da ordem almejada. Assim o hospício médico surge como uma promessa de um mundo regulado que, do caos da loucura, podia fazer renascer o triunfo da razão (CUNHA, 1989, p. 49).

Outro trabalho inspirador para esta pesquisa é a dissertação de Arselle da Fontoura, “Por entre luzes e sombras: Hospital Colônia Santana: (re)significando um espaço da loucura” (1997). A autora analisa, entre outros aspectos, a institucionalização da loucura em Florianópolis, o discurso médico que possibilita a manutenção e o funcionamento de um Hospital destinado aos alienados e as principais mudanças no tratamento do doente mental. O que mais aproxima o trabalho de Fontoura deste estudo é a pretensão de tentar dar visibilidade aos “múltiplos detalhes visualizados no interior [...] dos muros da Colônia permitindo sinalizar as diferentes ‘faces’ existentes no Hospital, evidenciando tanto as amarras do poder institucional, como as ‘brechas’ criadas pelos pacientes, fazendo com que estes recriem também o espaço que os abriga” (FONTOURA, 1997, p. 24).

Ainda no que se refere à historiografia nacional, não menos importante e inspirador para minha pesquisa foi o trabalho de Magali Engel, “Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios” (2001) a respeito da loucura no Rio de Janeiro, no período de 1830 à 1930. Assim como Cunha, a autora procurou “conferir aos atores do enredo narrado as feições de personagens de carne e osso, com suas angústias, suas contradições, suas ambigüidades, suas sujeições e rebeldias” (ENGEL, 2001, p. 12). Nesta perspectiva, tem-se novamente uma leitura das fontes que permite a emergência dos esquecidos pela história, os quais, “mesmo sob o filtro do olhar do psiquiatra ou do legista, expressam pequenas rebeldias e submissões, cuja apreensão foi indispensável para se tentar compreender as dimensões microscópicas das relações de poder” (ENGEL, 2001, p. 14).

Engel procura analisar o processo de construção da loucura como doença mental e as implicações desta mudança em relação a novas tecnologias de controle surgidas

com a criação dos hospícios. Em tal enfoque, a fronteira entre sanidade e loucura é questionada através da avaliação do cotidiano e suas relações de controle e resistência que, segundo a autora, revelam um “colorido múltiplo e, muitas vezes, inusitado” (ENGEL, 2001, p. 12).

Assim como nos estudos de Engel, pretendeu-se apreender algumas dimensões do cotidiano vivenciado pelos internados. Segundo a autora, não se pode esperar verdades e certezas absolutas desta perspectiva histórica, “mas tão-somente a construção de uma das muitas versões possíveis na abordagem do tema tratado” (ENGEL, 2001, p. 16).

Reiterando a importância dos autores citados para a construção deste trabalho, cabe agora retomar seus objetivos gerais: analisar o contexto que permitiu o surgimento do Centro Agrícola de Reabilitação no início dos anos 70 e examinar as relações sociais de controle e resistência no cotidiano desta instituição. Assim, objetivei nortear este estudo através de dois eixos articuladores: **o processo de institucionalização e a dinâmica interna de funcionamento da instituição.**

Como atender a estes objetivos? A resposta aos problemas propostos requer a discussão das seguintes categorias: **instituição e cotidiano.** Passo agora a analisar as maneiras como tais referenciais teóricos foram apreendidos.

Desde os anos 70, pelo menos, vem ocorrendo a “inclusão dos excluídos” na cena historiográfica¹⁷ e, com isso, também as portas dos manicômios foram abertas aos pesquisadores, revelando novos acervos e abrindo caminho para novas investigações. Não se trata mais de uma história onde a instituição merece apenas uma narrativa acrítica, pois, ou não apresenta um problema e sim apenas uma descrição quase literária, ou é tão burocrática que se torna desinteressante, levando o pesquisador a considerá-la simplesmente como fonte de dados. Concordo, pois, com Ignatieff (1987, p. 187) quando este afirma que, desde Foucault¹⁸, temos uma “nova história das instituições”. Sob o olhar inquieto de tal perspectiva, o espaço institucional não é mais

17 No que se refere à “inclusão dos excluídos na história”, não posso deixar de mencionar, como um exemplo importante, a obra de Perrot, embora esta trate de operários, mulheres e prisioneiros em Paris no século XIX (PERROT, 1997)

18 Ignatieff está se referindo à obra “Vigiar e Punir” de Michel Foucault, publicada originalmente em 1975.

percebido como uma simples entidade burocrática e administrativa, mas sim como um sistema social de controle e resistência.

Nesta renovação da história institucional, um marco importante foi a obra do já citado sociólogo canadense Erving Goffman, “Manicômios, prisões e conventos”, de 1961. Nela, o autor apresenta o conceito de instituição “total”, que busca englobar todas as formas de instituição onde a vida dos indivíduos confinados encontra-se submetida a regulamentações diárias. O autor utiliza esta definição para tipos diferentes de instituição: asilos, manicômios, conventos, mosteiros, prisões, enfim, lugares de confinamento que objetivam a homogeneidade de seus internados. Portanto, pode-se dizer que Goffman constrói uma imagem fechada e homogênea do mundo institucional, na qual os internados são desprovidos de seus “estojos de identidade” (GOFFMAN, 1999, p. 28) e, por extensão, de suas individualidades, fundindo-se num todo uniforme e impessoal. Porém, segundo Ignatieff (1987, p.185), entre os historiadores, esta classificação geralmente ficou restrita às instituições do Estado que atendem aos pobres e estigmatizados.

Percebendo o espaço de confinamento como um sistema de controle e resistência, a “nova história institucional” analisa as inter-relações entre a vida do internado e as normas da instituição. Tal perspectiva permite a exploração das tentativas dos internados de jogar com as regras impostas, de buscar modificá-las, ou reapropriá-las através das práticas quotidianas, as quais tornam o conceito de “instituição total” relativo.

A respeito das críticas ao trabalho de Goffman, Albuquerque¹⁹ (1996, p. 83), na sua obra “Instituições e poder”, faz importantes colocações. Em “Manicômios, prisões e conventos”, diz o autor, os exemplos de diferentes instituições evidenciam traços que não são compartilhados em todos os casos, mas que parecem conter um pouco de cada um dos diferentes espaços institucionais estudados. Conforme Albuquerque (1996, p. 83):

é isso ou aquilo, ou então, tanto isso quanto aquilo; às vezes nem isso nem isso nem aquilo. ‘É conforme’: eis a expressão popular que muito bem poderia

19 A expressão “instituições totalitárias” é utilizada por Albuquerque (1996) para referir-se às “instituições totais” de Goffman (1999). A obra deste último, “Manicômios, prisões e conventos” possui o título original de “Asyluns”; assim, pode-se encontrar também, alguns autores que empregam a expressão instituições “asilares”, como no caso de Sabina Loriga (1991, p. 9).

substituir a expressão duvidosa de tipo ideal. Pois não se trata propriamente de um tipo, conforme sugere Goffman, já que os traços que o definem são variáveis. Nem é ideal, no sentido de 'teórico', pois é, de fato, uma generalização empírica²⁰.

De fato, as características destas diversas instituições por vezes se afastam e, em outros momentos, se aproximam. Assim, o presente estudo procura perceber os limites do conceito proposto por Goffman para a análise do Centro Agrícola.

Ainda no que se refere à discussão a respeito das instituições, pretendi examinar as relações sociais que procuravam estabelecer o controle institucional sobre os internados, para usar a terminologia de Goffman. **Neste sentido, a análise das concepções teóricas de Foucault sobre o poder disciplinar foi de fundamental importância.**

Na tentativa de compreender as especificidades deste tipo de poder e suas manifestações no cotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação, torna-se pertinente uma reflexão a respeito das concepções não apenas de Foucault mas também de De Certeau, no intuito de explicitar algumas percepções teóricas que nortearam o presente estudo. Percebendo as aproximações e os distanciamentos das reflexões de tais autores, busquei em suas perspectivas teóricas instrumentos conceituais que auxiliassem na análise das relações de controle e resistência que permeavam a referida instituição. Nesta perspectiva, cabe ressaltar que, embora os autores citados partam da crítica à modernidade, os caminhos que seguem são distintos.

Conforme colocado anteriormente, um dos objetivos deste estudo é analisar a vida cotidiana no Centro Agrícola de Reabilitação, buscando enxergar além da aparente homogeneidade que caracteriza as instituições psiquiátricas para perceber suas relações sociais de controle e resistência. Com este intuito, recorri a Foucault e De Certeau.

Foucault procura mostrar o surgimento do indivíduo moderno como um efeito do poder e ao mesmo tempo um objeto do saber. Para o autor (FOUCAULT, 2003, p. 262), "o poder não opera em um único lugar, mas em lugares múltiplos: a família, a vida

20 Goffman usa esta categoria weberiana, referindo-se às "instituições totais" como um tipo ideal.

sexual, a maneira como se trata os loucos, a exclusão dos homossexuais, as relações entre os homens e as mulheres”.

Sob a perspectiva do que Foucault chama de “poder disciplinar”, objetivei analisar as relações de controle no Centro Agrícola de Reabilitação. Este tipo de poder apresenta-se como uma “relação específica” que atua “sobre os indivíduos enclausurados”, a qual utiliza uma tecnologia própria de controle, presente em instituições diferentes como a prisão, o hospital, o exército, a escola e a fábrica, conforme pode ser percebido no texto mais significativo sobre o assunto, o “Panóptico”, de Jeremy Bentham²¹. O efeito do panóptico assegura o funcionamento automático do poder, sem utilizar a força, pois coloca os indivíduos em posição de submissão a uma visibilidade constante. Segundo Foucault, Bentham afirma que o controle do panóptico deve ser visível e inverificável; basta que o indivíduo se sinta vigiado para que retorne a suas limitações impostas pelo controle disciplinar, tornando-se a base de sua própria submissão. Decorrente disso, os espaços disciplinares adquirem características arquiteturais leves, não precisam de cercas, grades e correntes, “basta que as separações sejam nítidas e as aberturas bem distribuídas” (2002, p. 167).

Criada entre os séculos XVII e XVIII, a referida dinâmica de poder possui procedimentos peculiares, apoiando-se nos corpos e em seus atos. Não é um aparelho, nem uma instituição, e sim algo que atua como uma rede, atravessando as instituições sem se limitar a suas fronteiras, sem ter necessariamente um espaço próprio. Não é uma força somente repressiva, e sim um mecanismo de controle, um instrumento de exercício contínuo do poder através da vigilância (FOUCAULT, 2004, p. 187). Tal técnica produz, ou seja, possui uma positividade e se apropria do corpo humano não apenas para supliciá-lo, mas para adestrá-lo e aprimorá-lo. Portanto, não se trata apenas de punição, mas também de recompensa. Seu objetivo é produzir corpos treinados e obedientes, hábeis e úteis às necessidades do meio social.

21 A obra do pensador inglês Jeremy Bentham, o “Panóptico”, foi publicada a partir de sua versão francesa do final do século XVIII. O original em inglês, juntamente com a síntese em francês, foi enviado ao deputado Garran da Assembléia Nacional Constituinte francesa em 1791. A França revolucionária pareceu a Bentham, um reformador, o lugar ideal para colocar em prática seu modelo de prisão racional e barato (BRESCIANI, 1987 p. 195).

Tais concepções são fundamentais para tentar compreender a a maneira como se trata(va) os loucos no Centro Agrícola de Reabilitação, ou seja, as relações de controle presentes em seu cotidiano. Nesta perspectiva é possível enxergar a referida instituição sob o controle panóptico, onde através de uma vigilância constante e atividades programadas, objetivava-se moldar os corpos e as mentes dos internados, devolvendo-os ao meio social como sujeitos produtivos.

No entanto, as atitudes e decisões da equipe dirigente não podem ser reduzidas apenas a efeitos repressivos. O cotidiano da instituição estava fundamentado em práticas terapêuticas, sendo que o controle, exercido através de diferentes normas e rotinas, era visto como necessário para garantir o cumprimento dos objetivos institucionais, visando a reabilitação dos internados. Conforme poderá ser percebido ao longo deste estudo, a equipe dirigente do Centro era composta por profissionais jovens e idealistas que, embasados em preceitos terapêuticos da época, acreditavam estar fazendo o melhor possível pelos doentes mentais naquele momento. Ainda que seja possível perceber o poder disciplinar atravessando a referida instituição, este não pode ser entendido apenas como nefasto, pois – segundo as fontes consultadas - a reabilitação e o bem estar dos pacientes estavam no centro das preocupações da equipe médica, a qual pretendia devolver as habilidades necessárias para que os internados retornassem às suas comunidades de origem.

Segundo De Certeau (2003, p. 115), em sua análise a respeito do cotidiano, a história confiou aos procedimentos panópticos o papel de combater as práticas heterogêneas e controlá-las. Porém, conforme desejou-se demonstrar, cobertas pelo tênue véu da homogeneidade, encontra-se uma série de práticas quotidianas, ou o que o autor denominou de um “‘politeísmo’ de práticas disseminadas”, as quais expressam diferentes subjetividades em meio a um conjunto aparentemente monolítico. Nesta perspectiva, parte-se agora a análise das concepções teóricas referenciadas em De Certeau presentes na presente investigação.

Como salientado anteriormente, o **quotidiano** é também um importante referencial teórico na construção deste trabalho. O mesmo é entendido, para fins desta pesquisa, como espaço de constituição e exercício de relações sociais de controle e

resistência. Neste sentido, o livro de De Certeau, "*A Invenção do cotidiano*" é muito esclarecedor. Nele o autor analisa a sociedade de consumo, onde a razão tecnicista acredita saber como organizar as coisas e as pessoas, atribuindo a cada um lugar, um papel e produtos a consumir. Para empreender tal análise são apontados os "proprietários do poder", os quais exercem estratégias a partir de um lugar próprio, o qual serve de base à gestão de suas relações com uma exterioridade que lhes é distinta. Na perspectiva de De Certeau, as estratégias necessitam de um esforço constante para instituir suas relações com a exterioridade, estando apoiadas num discurso responsável pela articulação de um conjunto de lugares físicos onde ocorre a distribuição de forças (SCHMIDT, 1994, p. 88).

Percebendo o Centro Agrícola sob tal perspectiva, observa-se a construção de um discurso médico-científico que o legitimava perante o meio social, o qual corrobora para a manutenção e funcionamento da instituição. Assim, através de procedimentos estratégicos, garantia-se a articulação entre o discurso e o lugar físico no qual este atuava.

É importante salientar que a concepção de poder que Foucault desenvolve não é equivalente à lógica das estratégias de dominação das quais trata De Certeau. Contudo, conforme colocado anteriormente, buscou-se apreender algumas percepções de Foucault a respeito de uma relação específica de poder, ou seja, o poder disciplinar, percebendo as formas como este atravessava a referida instituição. Foucault analisa este poder atuando em diferentes instituições, não possuindo um próprio, mas atravessando o espaço institucional como uma rede. Pensando que onde há poder há resistência, não estando o poder em lugar nenhum, não existe também o lugar da resistência, mas pontos móveis e transitórios que se distribuem por toda a estrutura social. Sob a perspectiva foucaultina, propôs-se pensar em relações de controle presentes no cotidiano da referida instituição.

Partindo desta inspiração, acredita-se ser possível pensar que o poder disciplinar, tal como entende Foucault, tem como correlato as táticas de resistência quotidiana dos fracos sobre as quais De Certeau desenvolve sua reflexão.

De Certeau entende que o homem ordinário não se conforma diante da homogeneização imposta pela indústria cultural, agindo através de táticas de

resistências que permeiam a vida cotidiana. O autor se refere às astúcias sutis, nas quais o fraco se insinua e se apropria do espaço do outro, do forte. Portanto, De Certeau está se referindo à apropriação criativa e às vezes subversiva que as pessoas comuns fazem dos produtos impostos pelas elites culturais na sociedade de massas. Ele questiona a relação estabelecida entre produtor e consumidor, rejeitando o mito do consumidor passivo.

Tal concepção, segundo o autor (2003, p. 41), coloca questões análogas e contrárias a Foucault: análogas, pois ambos enfocam os mínimos detalhes do cotidiano; e contrárias, pois, para ele, não se trata mais de analisar as maneiras pelas quais a violência da ordem imposta se transforma em “tecnologia disciplinar”. De Certeau, ao contrário de Foucault, não pretende um diagnóstico partindo destes mecanismos disciplinares e sim uma análise das diferentes formas de resistência, de “antidisciplina”, por parte dos indivíduos que, no caso da presente pesquisa, habitam o espaço asilar. Assim ele analisa as formas de construção da resistência e da subversão que se realizam na vida cotidiana.

Neste sentido, objetiva-se analisar as minúcias do cotidiano sob a luz da “nova história institucional”, procurando perceber até que ponto a vigilância, característica do poder disciplinar, limita a “antidisciplina”, a qual pode se manifestar pela reapropriação das técnicas impostas pelo “dominante”.

Percebendo as perspectivas teóricas de Foucault e De Certeau como correlatas e não antagônicas, entende-se que é através da relação tencionada estabelecida entre as estratégias e as táticas que o cotidiano foi abordado neste estudo. O conflito entre a terapêutica empregada, muitas vezes próximas ao poder disciplinar, a qual procurava garantir a reabilitação estabelecendo normas que regulavam o dia-a-dia institucional, e as pequenas resistências dos pacientes, mostra a instabilidade e a heterogeneidade num ambiente aparentemente homogêneo.

Ainda a respeito do cotidiano, cabe uma reflexão sobre a dificuldade, enfrentada pelos pacientes de viver a quotidianidade da sociedade exterior. Tal fato pode ser percebido quando o período de internamento é muito prolongado. Neste caso, o indivíduo tende a sofrer uma espécie de “destreinamento” ou “desculturamento”

(GOFFMAN, 1999, p. 24), tornando-se temporariamente incapaz de enfrentar a vida fora da instituição. Neste aspecto, pode-se fazer uma analogia com as reflexões de Agnes Heller (1972, p. 18) relativas à vida cotidiana. Segundo a autora, “o amadurecimento do homem significa, em qualquer sociedade, que o indivíduo adquire todas as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade (camada social) em questão. É adulto quem é capaz de viver por si mesmo a sua cotidianidade”. No caso do Centro Agrícola de Reabilitação, como no de outras instituições psiquiátricas, a capacidade de viver o cotidiano “normal” é inibida pela rotina institucional, a qual acaba retirando a familiaridade que o internado tinha com o seu dia-a-dia anterior à internação.

Enfim, o cotidiano não pode ser entendido como um simples pano de fundo, tornando-se importante salientar o que se pode desvelar a respeito do Centro Agrícola a partir de sua cotidianidade (PETERSEN, 1994, p. 114). Conforme Petersen (1995, p. 59):

a preocupação de incorporar ao trabalho do historiador a perspectiva do cotidiano significa um enriquecimento analítico indiscutível, já que a presença desta dimensão universal em todo o modo de existência humana certamente relativiza, na análise histórica, o peso do reducionismo estrutural, institucional, objetivista, permitindo reconstruir de forma mais completa e matizada o espaço e o tempo das práticas sociais.

É principalmente através da perspectiva do cotidiano que se torna possível apreender as relações sociais de controle e resistência no Centro Agrícola de Itapuã. Assim, “a vida cotidiana é trazida à luz como um modo de existência em que o indivíduo cria relações na base de sua própria possibilidade de ação” (PETERSEN, 1995, p. 60). Sob tal enfoque, o Centro Agrícola não pode ser concebido como um espaço homogêneo, nos padrões propostos por Goffman, mas sim como uma dimensão onde os personagens subvertem a ordem aparente.

Após discutir os referenciais teóricos deste estudo, cabe enumerar as principais fontes escritas e orais, bem como as questões metodológicas que o nortearam.

Neste sentido, cito os livros de ocorrência²², utilizados por médicos, atendentes e, algumas vezes, pelos próprios pacientes. Neles, eram feitas anotações diárias sobre todos os aspectos da vida quotidiana neste espaço; na ausência da equipe médica, os atendentes registravam o que havia ocorrido na instituição. Durante o período estudado (1972-1982), têm-se 37 livros de ocorrência, que contêm de 200 a 400 páginas cada. Estes verdadeiros diários institucionais serviam para o controle, pois os atendentes registravam as atitudes contrárias às normas, as quais poderiam ser punidas com o retorno ao São Pedro, o que significava a impossibilidade de reabilitação e, conseqüentemente, a volta ao espaço limitado pelos muros. Contudo, poderíamos acrescentar uma outra função destes “diários da loucura”, como espaço para que os pacientes se expressassem, na medida em que era permitido, e até estimulado, que os mesmos escrevessem o que desejassem nos livros, conforme pode ser observado no documento que estabelece as “Atribuições dos atendentes”²³. Assim, por vezes, encontram-se nesta fonte, entre outros aspectos, reclamações dos internados em relação aos médicos, aos atendentes e à própria instituição. Retomando a percepção de De Certeau (2003) citada anteriormente a respeito das táticas, percebe-se, nos livros, a atuação dos pacientes sobre o espaço institucional como uma tentativa de jogar com as regras impostas, adaptando-as às suas necessidades. Entretanto, tal perspectiva, segundo o mesmo autor (2003, p. 98), somente pode ser recuperada através de fragmentos que acabam compondo um conjunto de ações heterogêneas, colorindo e dando voz aos protagonistas de uma história até então contada em preto e branco, cinema mudo onde não se ouvia a voz dos atores.

Sob a inspiração de Benjamin buscou-se “escovar a história a contrapelo” (BENJAMIN, 1994, p. 225). Uma análise sob esta perspectiva torna-se pertinente na medida em que, entre minhas fontes, existem documentos que procuram imprimir uma determinada versão “oficial” dos internados. Assim, procurei fazer um uso subversivo de

22 Assim como no caso das entrevistas, optei por transcrever as anotações dos livros de ocorrência e demais fontes escritas em sua forma literal, conservando os erros de português e as repetições.

23 Neste documento, uma das atribuições do atendente para com o paciente era: “(14) Estimulá-lo a escrever no livro de ocorrência” (197-?). Segundo um levantamento realizado pela Unidade de Internamento Psiquiátrico, na década de 1990, com a população residual do antigo Centro Agrícola de Reabilitação, 65% dos pacientes eram analfabetos, 21% eram alfabetizados e 14% possuíam o primário. Contudo, pesquisando os livros de ocorrência deste período, identifiquei somente cinco pacientes que escreviam em suas páginas.

tais fontes na tentativa de perceber o cotidiano e as formas de resistência dos pacientes nas entrelinhas dos documentos oficiais como, por exemplo, os livros de ocorrência e prontuários.

Os prontuários também deixam marcas por todo este estudo. Tais registros são de grande importância, pois trazem informações sobre a vida dos pacientes antes da internação, os motivos que levaram a esta na visão da equipe médica e indicações de várias práticas psiquiátricas do período. Além disso, os prontuários podem conter documentos pessoais dos internos, como cartas e fotografias.

Serão utilizados, igualmente, dois dos chamados “estudos de caso” ou “estudos sociais”, realizados pelos setores de psicologia e serviço social, nos quais a história de vida dos pacientes é traçada para mostrar a evolução, ou não, de seu tratamento. Estas fontes aparecem nos dois últimos capítulos.

Após esta breve digressão sobre as principais fontes escritas que permeiam o presente estudo, parte-se para uma análise das fontes orais. Estas são importantes para a realização dos objetivos propostos e acabam também perpassando toda dissertação. Por envolverem algumas particularidades, torna-se necessário um breve relato a respeito da construção das entrevistas, começando pelo contato inicial com o espaço institucional aqui focado.

A primeira vez que entrei no São Pedro para pegar o ônibus que leva funcionários e estagiários ao Hospital Colônia Itapuã, lembro-me que era uma manhã fria e os pacientes, pouco agasalhados, perambulavam, de pés descalços e sujos, no imenso pátio coberto pela geada. Todos estes personagens pediam algo (cigarro, dinheiro ou mesmo informações sobre o dia da semana e as horas) e estendiam a mão para cumprimentar. Diante de tudo isso, eu me questionava: “dou dinheiro? Pego na mão e cumprimento? Devo ignorá-los? Como devo agir?”. O Hospital Colônia, conforme colocado anteriormente, abriga pacientes que foram portadores de hanseníase, os quais não tiveram condições de se reintegrar ao convívio social e hoje podem ser chamados de “pacientes-moradores” da instituição. Há também os pacientes do antigo Centro Agrícola de Reabilitação, que não conseguiram se reabilitar e atualmente residem na Unidade de Internamento Psiquiátrico. Em meu estágio, tive a oportunidade

de entrevistar estes dois tipos de internados, igualmente estigmatizados²⁴, com vidas marcadas por anos de confinamento, além de alguns membros da equipe dirigente. Durante os dois anos e seis meses em que estagiei no Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapuã²⁵, as perguntas que me coloquei naquele primeiro momento no São Pedro ganharam possíveis respostas: deve-se apenas respeitá-los e não rotulá-los *a priori* como um grupo homogêneo, suas diferentes sensibilidades e subjetividades se revelam em seus depoimentos e na própria documentação da instituição.

A história oral de vida serviu de metodologia para a realização da maioria das entrevistas, tanto com os pacientes da Unidade de Internamento Hanseniano quanto com os da Unidade de Internamento Psiquiátrico. Este método caracteriza-se principalmente por seu forte componente subjetivo, no qual “ao longo da narrativa da trajetória de vida, os temas relevantes para a pesquisa são aprofundados” (ALBERTI, 2004, p. 38).

Neste sentido, entende-se que o critério de verdade pertence somente ao depoente, não cabendo ao entrevistador analisar as fontes orais através de parâmetros como “verdade e mentira”. Segundo Portelli (1997, p. 32), “a diversidade da história oral consiste no fato de que afirmativas ‘erradas’ são ainda psicologicamente ‘corretas’, e que esta verdade pode ser igualmente tão importante quanto registros factuais confiáveis”.

O Projeto de História Oral do Centro de Documentação e Pesquisa teve início, como foi assinalado anteriormente, com a proposta de criação de uma exposição comemorativa dos 60 anos da instituição, em 2000. Assim, aqueles que não quiseram falar num primeiro momento, após verem o resultado da exposição, passaram a procurar o setor para também relatarem suas experiências e doar fotografias. Neste sentido, durante o ano, foram organizadas várias pequenas exposições, com fotografias e trechos de entrevistas com novos depoentes, como uma maneira de estimulá-los e de mostrar a importância de suas trajetórias individuais.

24 Sobre a noção de estigma, ver a obra “Estigma” de Erving Goffman (1988).

25 De março de 2000 a setembro de 2002. Estágio vinculado à Fundação de Recursos Humanos do Rio Grande do Sul.

Foi também com a finalidade inicial da Exposição que foram realizadas as primeiras entrevistas com os pacientes da Unidade de Internamento Psiquiátrico. Neste primeiro momento, a intenção era obter depoimentos aleatórios sobre as percepções dos internados a respeito do Hospital Colônia Itapuã. Desde então, meu interesse voltou-se para o universo da desrazão, repleto de silêncios, sentimentos e significados.

Existe uma série de dificuldades no que se refere ao trabalho de história oral com pacientes psiquiátricos. Uma delas é a ausência de bibliografia específica a respeito do tema, pelo menos conforme me foi possível levantar. Além disso, as regras impostas pela própria instituição não permitem que o pesquisador entreviste quem desejar. Assim, corre-se o risco de “compactuar” com o olhar da “equipe dirigente”. Contudo, não restam muitas alternativas possíveis neste momento. Além das questões éticas, que estabelecem o sigilo em relação ao nome dos entrevistados, tais depoimentos podem envolver perigos tanto para os pacientes quanto para o entrevistador. O segundo pode sofrer algum tipo de agressão física por parte do internado que se sinta importunado ao falar de determinado assunto. Desta forma, tornou-se necessário que o setor de psicologia auxiliasse na seleção dos depoentes.

Esta tentativa do historiador de fazer com que o indivíduo rememore seu passado, em determinados casos, pode trazer resultados gratificantes apenas para a pesquisa e prejudiciais ao entrevistado. Segundo Thomson, Frisch e Hamilton (1994, p. 70), “ao contrário do terapeuta, os historiadores orais podem não estar por perto para juntar os pedaços da memória que foi desmantelada e que já não é mais segura”. Neste sentido, apesar de empregar todos os cuidados e agir com muito tato e sensibilidade, e principalmente por serem os entrevistados desta pesquisa pessoas que viveram situações traumáticas repletas de rupturas, abandono, solidão e descaso, enfim pacientes portadores de sofrimento psíquico, o amparo do setor de psicologia foi fundamental. Foram os psicólogos, psiquiatras e enfermeiros que trabalham na Unidade de Internamento Psiquiátrico que sugeriram quais os pacientes poderiam ser entrevistados sem serem prejudicados de alguma forma por relembrem seu passado e que não apresentassem riscos ao entrevistador.

Assim, cabe enfatizar que busca-se apreender nos depoimentos os significados das experiências narradas. Através da história oral, objetiva-se analisar a experiência de vida

dos entrevistados, percebendo as distorções, os esquecimentos e as omissões como fontes adicionais de significados (FERREIRA, 1998, p. 22).

Segundo Portelli (1997, p. 31), “a primeira coisa que torna a história oral diferente, [...] é o fato de revelar menos sobre eventos que sobre significados”. Portanto, o elemento que faz da história oral uma fonte preciosa, que a diferencia de qualquer outro documento, é a “subjetividade do expositor”. Sob a perspectiva do autor, tais fontes revelam não apenas o que os protagonistas desta história fizeram, ou o que queriam fazer, mas também o que acreditavam estar fazendo e o que agora pensam que fizeram no passado.

Optou-se por preservar os trechos das entrevistas em sua forma original, permitindo que os erros do português coloquial transpareçam ao leitor. Acredito que estes devam ser mantidos, pois “expressam a musicalidade própria da fala do narrador” (WEBER, 2002, p. 21).

As entrevistas realizadas com os membros da equipe dirigente do Centro Agrícola de Reabilitação tiveram como base um roteiro de questões sob o prisma da história oral temática. Este tipo de entrevista versa “prioritariamente sobre a participação do entrevistado no tema escolhido” (ALBERTI, 2004, p. 37). Prioriza-se, portanto, o envolvimento do indivíduo entrevistado em acontecimentos específicos.

Penso que os documentos orais são o resultado de uma interação entre entrevistado e entrevistador, pois o texto produzido através de entrevistas “depende largamente do que os entrevistadores põem em termos das questões, diálogos e relações pessoais” (PORTELLI, 1997, p. 35). Assim, é o pesquisador quem determina o que será abordado na entrevista, fazendo desta um “projeto compartilhado” por depoente e investigador.

Partindo de tais perspectivas em relação às fontes orais, reitero a importância destas para a reconstrução de diferentes percepções a respeito do Centro Agrícola. Contudo, estou ciente da complexidade de tomar as narrativas orais como “domínios da consciência, da ‘experiência vivida’” (JAMES, 2004, p. 292). Procuro, pois, apreender as trajetórias narradas a partir da visão de Daniel James:

Se o testemunho oral é, de fato, uma janela para a subjetividade na história e para o universo cultural, social e ideológico dos atores históricos, então deve ser

dito que a visão que ele permite não é transparente, simplesmente refletindo pensamentos e emoções como eles realmente foram / são. No mínimo, a imagem é refratada, o vidro da janela não é nítido.

Neste sentido, a leitura de tais histórias leva em conta a importância de se considerar seus símbolos e a sua lógica subjacente, pretendendo adentrar em seus significados mais profundos para apreender as complexidades inerentes às trajetórias narradas (JAMES, 2004, p. 293). É desta forma que as narrativas orais transcorrem pelos três capítulos da dissertação.

Além das fontes citadas, as quais perpassam todo o presente estudo, foram utilizadas ainda outras, embasando apenas determinados temas. Neste sentido, propõe-se um breve resumo dos capítulos que compõem esta dissertação e suas fontes específicas.

No primeiro capítulo, **Diferentes temporalidades, variadas espacialidades: as condições que permitiram o surgimento do Centro Agrícola de Reabilitação**, objetiva-se analisar o contexto que possibilitou a criação da referida instituição em 1972. Torna-se necessário, então, esclarecer a percepção de contexto aqui empregada, como um conjunto de circunstâncias com diversas temporalidades e espacialidades²⁶, que possibilitam compreender o processo de institucionalização do Centro.

Sob esta perspectiva, procurando seguir os vestígios das primeiras colônias agrícolas na Europa, no Brasil e no Rio Grande do Sul, foram utilizadas, além das fontes secundárias, principalmente mensagens enviadas pelos presidentes do Estado Carlos Barbosa e Borges de Medeiros a Assembléia dos Representantes do Rio Grande do Sul e a obra “História da psiquiatria no Rio Grande do Sul”, de Jacinto Godoy, um dos diretores do São Pedro e responsável pelo fechamento e substituição da colônia Jacuhy, além de uma série de reformas dentro do grande Hospital Psiquiátrico de Porto Alegre. Ainda sobre este aspecto, outra fonte importante é um impresso do próprio São Pedro denominado “Memórias de um velho hospício”, escrito por Rui Carlos Müller, chefe do setor de recreação do Hospital, em 1975. Esta fonte

26 “Espacialidade” não é um termo dicionarizado, sendo utilizado nesta pesquisa por analogia com “temporalidade”.

expõe um breve histórico da instituição fundamentado nos arquivos do “velho hospício” e no livro de Godoy, além de depoimentos de pacientes internados por longos anos.

Esta pesquisa conta ainda com reportagens de jornais, principalmente da *Zero Hora*, *Folha da Tarde* e *Folha da Manhã*, que ajudam a revelar os problemas e as percepções da época, como por exemplo, a superlotação do São Pedro e a busca de soluções para desafogar o grande nosocômio.

Na busca dos rastros que ajudam a explicar a fundação do Centro Agrícola, dois cadernos publicados pela Coordenadoria de Saúde Mental do estado, em 1973 e 1982, escritos pelo psiquiatra Dr. Luiz Cerqueira, mostram algumas das concepções a respeito da psiquiatria no Rio Grande do Sul da época. Neste mesmo sentido, publicações voltadas para os cursos desenvolvidos pela Escola de Saúde Pública e relatórios da Secretaria da Saúde trazem alguns dados sobre o atendimento ao doente mental no período.

A respeito dos vestígios deixados pelo Centro Agrícola, as fontes escritas são abundantes. Neste sentido, pode-se citar trabalhos científicos e relatórios realizados pela equipe médica do Centro. Deles, destaca-se o estudo do psiquiatra Cássio Castellarin (1983) sobre a primeira década de funcionamento da instituição.

No segundo capítulo, **Tornar os loucos mansos: estratégias de controle dos corpos e das mentes** procura-se, através do conceito de estratégia definido por De Certeau (2003) e analisado anteriormente, revelar as formas de controle utilizadas pela instituição no intuito de garantir a eficácia da terapêutica de reabilitação através do trabalho. Neste sentido, foram abordadas as normatizações, as práticas psiquiátricas, o controle do tempo e do espaço físico e a construção de um saber médico a respeito da proposta de colônias agrícolas.

Os vestígios documentais que embasam este capítulo, além dos livros de ocorrência, prontuários e fontes orais (abordados anteriormente), são os relatórios do Centro Agrícola de Reabilitação, as normas institucionais, os trabalhos apresentados em congressos pela equipe médica durante o período de 1972 a 1982, bem como o já citado trabalho de síntese de conclusão do Curso de Psiquiatria do Dr. Cássio Castellarin (1983).

O terceiro e último capítulo, **Nem tão mansos assim: o cotidiano e as táticas de resistência**, procura, através da já referida interpretação de De Certeau a respeito das táticas do dia-a-dia, perceber as “astúcias sutis” dos pacientes que desafiam as normatizações. Os rastros utilizados para a realização desta proposta, além daqueles já mencionados que peregrinam por toda a dissertação, são relatórios, critérios para a seleção de pacientes, além da longa lista de normas institucionais também empregada no capítulo anterior.

Após esta apresentação da proposta que norteou o presente estudo, acredita-se ter entreaberto os portões que separam a sociedade dos homens “normais” do espaço destinado aos tidos por “loucos mansos da estância”. Assim, talvez agora seja a hora de escancarar as portas dos longos pavilhões que abrigam a loucura em Itapuã e fazer emergir o cotidiano de seus moradores, permitindo que, em alguns momentos, eles contem a sua própria história.

Capítulo 1

Diferentes temporalidades, variadas espacialidades: as condições que permitiram o surgimento do Centro Agrícola de Reabilitação

O Relatório Anual da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul de 1972 afirmava:

Na área da saúde mental merece [...] destaque a implantação de um projeto agrícola para a produção hortograngeria, aproveitando-se de uma área de 360ha nas glebas pertencentes ao Hospital Colônia Itapuã. Esse projeto agrícola serviu para a experimentação de um processo terapêutico, sem tirar as funções produtivas do paciente. Ao mesmo tempo, oportuniza uma redução do número de pacientes internados no Hospital Psiquiátrico São Pedro (Unidade de Planejamento da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente, 1972).

O trecho citado refere-se, obviamente, à fundação do Centro Agrícola de Reabilitação ocorrida naquele mesmo ano. Nele, ficam claras duas das motivações que levaram um grupo de membros do governo do estado e de profissionais da área da saúde a criar o Centro: a implementação de práticas terapêuticas baseadas nas “funções produtivas” dos pacientes e a necessidade de desafogar o São Pedro.

Em que **contexto** estes personagens atuavam? Quais suas possibilidades e limites? Que experiências anteriores eles precisavam levar em conta?

Como disse anteriormente, para tentar responder a estas questões, pretendo empreender uma análise que remete a dimensões variadas, perceptíveis através de deslocamentos temporais e espaciais. No caso do contexto que permitiu o surgimento do Centro, algumas destas temporalidades possuem uma duração mais longa remontando ao século XIX, com o surgimento das primeiras colônias agrícolas na Europa e no Brasil (abordadas no primeiro sub-capítulo). Outras são mais limitadas, relacionadas ao caso específico do Rio Grande do Sul, com a criação das duas colônias anteriores ao Centro Agrícola de Itapuã já na primeira metade do século XX (segundo sub-capítulo). Pretende-se ainda, fixando a análise no caso do Centro, buscar as origens mais próximas de sua criação, o alcance e os limites de sua proposta “anti-São Pedro”. Neste sentido, procura-se investigar os problemas que a equipe dirigente pretendia solucionar e quais as soluções possíveis dentro da conjuntura do início da década de 70 (terceiro sub-capítulo). Por fim, através de um novo deslocamento

temporal e espacial, busca-se situar o Centro no modelo de assistência à saúde da América Latina nos anos 70 (quarto sub-capítulo).

Ou seja, o objetivo deste capítulo é inserir a criação do Centro Agrícola de Reabilitação numa trajetória mais longa de idéias e práticas referentes às colônias agrícolas, à laborterapia, às políticas de saúde e à psiquiatria. Isso não significa, de forma alguma, que o Centro seja um mero resultado inevitável dessas experiências anteriores, mas que seus criadores precisaram levar em conta, direta ou indiretamente, o que consideravam ser os erros e acertos desta história pregressa, a qual remonta, no mínimo, ao século XIX.

Assim, na tentativa de iluminar as sombras que passeiam por entre o emaranhado de práticas e representações sociais que dão forma ao contexto específico em que surgiu o Centro Agrícola, procura-se estabelecer uma análise sob a ótica de diferentes dimensões temporais e espaciais. São, portanto, diferentes “contextos”, com diversas temporalidades e espacialidades, que possibilitam compreender a criação da instituição enfocada. Pretendo, neste primeiro capítulo, examinar alguns destes “contextos”, convidando o leitor a entrar, acender a luz e tentar enxergar através das sombras.

1.1. “Aqui não é uma colônia de férias, sim um hospital”²⁷: o surgimento das colônias agrícolas na Europa e no Brasil e os conflitos por elas suscitados

A frase que dá título a este sub-capítulo é parte do comentário de um atendente do Centro Agrícola de Reabilitação registrado no Livro de ocorrência em 1972. Cito agora a anotação completa:

Eu e o Z. achamos que paciente como o seu D. não adianta nada aqui no nosso Hospital porque aqui não é uma Colônia de Férias, sim um Hospital para se tratar e voltar para as suas casas para trabalhar com a prática adquirida pelo nosso Centro de Reabilitação dos Doentes Mentais Crônicos.

Este trecho me parece bastante ilustrativo de um conflito recorrente na história

27 Frase de um atendente registrada no Livro de Ocorrência (21/09/72 à 21/12/72).

do Centro de Reabilitação mas, como objetivo demonstrar, não restrito a essa instituição: aquele que se verifica entre trabalho como terapia, trabalho como exploração e ócio. Busco então, expandindo a pesquisa para uma temporalidade mais abrangente, examinar as origens das colônias agrícolas. Será enfatizada a tensão sempre presente entre os três fatores mencionados, procurando-se abordar tal aspecto também nos grandes nosocômios fechados, os quais, em muitos casos, utilizaram o trabalho de seus internados, relacionando este à possibilidade de cura (ENGEL, 2001, p. 213); ou seja: os conflitos relacionados à laborterapia não eram um “privilégio” das colônias agrícolas.

A primeira colônia, como visto anteriormente, foi criada por um discípulo de Pinel, na França, em 1828. Assim, segundo Resende (1987, p. 195-196), a utilização do trabalho como um recurso terapêutico

pode ser, modernamente, remontada à psiquiatria do trabalho francesa [...], os autores dessa corrente acabaram por propor uma verdadeira tecnologia de reabilitação pelo trabalho, onde a atividade laborativa era vista como um meio [...] de readaptação social.

Assim, conforme Amarante, a introdução do trabalho com objetivo terapêutico nos hospitais para alienados fez parte integrante da grande reforma proposta por Pinel no final do século XVIII e início do XIX. Os alienistas franceses sob a perspectiva apontada por este psiquiatra acreditavam que a loucura tinha suas origens ligadas a fatores de ordem predominantemente moral. Neste sentido, nada mais lógico que combatê-la através do “tratamento moral”, fundamentado em práticas terapêuticas que envolviam o trabalho e valorizavam as atividades culturais dos doentes.

A terapêutica moral fornecia uma justificativa “científica” ao trabalho realizado pelos doentes mentais no interior do hospício. De acordo com tal perspectiva, o alienado deveria ser estimulado a trabalhar, pois assim seriam resgatados seus pensamentos perdidos, suas energias esparsas, redirecionando sua consciência para a realidade, fazendo desaparecer os vestígios de delírio. O trabalho era visto como elemento disciplinador que arrancaria o internado “da apatia, da indolência e da vida vegetativa que a doença delegou” (AMARANTE, 1982, p. 69-70).

Contudo, segundo Portocarrero (2002, p. 129), há diferenças nas visões do

trabalho enquanto uma forma de terapia psiquiátrica, que marcam os séculos XIX e XX:

No primeiro caso [século XIX], ele é moralizador, disciplinador e tem como objetivo auxiliar a transformar o doente anti-social, perigoso, em indivíduo dócil, disciplinado. No segundo caso [século XX], o trabalho também é moralizador e disciplinador, mas ele passa a ser, acima de tudo, critério de avaliação do grau da doença mental e de sua recuperação. O trabalho não é mais apenas uma técnica terapêutica, mas constitui um fator fundamental para discernir entre o indivíduo normal, socializado – que produz – e o anormal, degenerado – improdutivo.

A psiquiatria no final do século XIX e início do XX abre-se a novas modalidades asilares que já não se concentravam apenas no manicômio tradicional. Nesta perspectiva, tem-se a fundação dos manicômios judiciários e das colônias agrícolas, instituições criadas em virtude da ampliação do objeto da psiquiatria que passa a ser a população dos desviantes, alcoólatras, sífilíticos, epiléticos, delinqüentes, diferenciados dos doentes mentais propriamente ditos (PORTOCARRERO, 2002, p. 13). Estas novas percepções da psiquiatria, conforme a autora, representam uma descontinuidade de uma prática fundamentada no isolamento para um regime onde se pregava a liberdade do internado, ainda que esta fosse apenas ilusória como veremos posteriormente. Neste sentido,

enquanto, no século XIX, a terapia deve-se impor através de medidas fortes de repressão, no século XX o doente deve ter a ilusão de liberdade, que o tranqüiliza, deixando-o menos rebelde e mais suscetível à ordem disciplinar, a que a terapia visa fundamentalmente, reforçando a relação da psiquiatria com a idéia de homem normal, trabalhador tranqüilo, força produtiva (PORTOCARRERO, 2002, p. 143).

A introdução do trabalho como elemento terapêutico nas instituições voltadas aos alienados é considerada por Amarante (1982, p. 27) como uma transformação radical nos preceitos psiquiátricos. Antes de se pensar a partir desta perspectiva teórica e científica, o trabalho dentro dos manicômios não era considerado um instrumento terapêutico e também não era controlado pelos médicos. Sobre um grande hospício do Rio de Janeiro, por exemplo: “embora reconhecido como um poderoso e universal instrumento de cura para as doenças mentais, e usado largamente nos países europeus, o trabalho não é ordenado nem presidido pelos médicos no Hospício de Pedro II”.

Posteriormente, o trabalho desenvolvido pelos pacientes nos espaços asilares passou a ser entendido como uma alternativa para tornar o doente “útil” “a si mesmo, ao estabelecimento e, portanto, à sociedade” (ENGEL, 2001, p. 213). Engel, analisando o trabalho no Hospício de Pedro II²⁸, na cidade do Rio de Janeiro, no final do século XIX, mostra que este era concebido:

não apenas como um remédio eficaz no tratamento das moléstias mentais, mas também como um elemento importante para assegurar o equilíbrio, a felicidade e a paz no interior da instituição asilar. [...] Por intermédio do trabalho os alienados poderiam alcançar a cura, em termos mentais e sociais, recuperando assim, a sua maioridade.

Portanto, como se pode verificar, a assistência proposta vinculava o trabalho à possibilidade de reabilitação, percebendo este não apenas como uma terapêutica empregada, mas também como o responsável por definir o que era normal e o que era patológico. A liberdade do paciente dependia, a partir deste momento, de sua capacidade de trabalhar: “Enfim, cria-se uma série de modalidades de assistência que variam de acordo com o grau de disciplina e de capacidade para o trabalho” (PORTOCARRERO, 2002, p. 120). Segundo Franco da Rocha (apud CUNHA, 1986, p. 71), alienista responsável pela criação do Juquery: “o insano que trabalha e vê o resultado de seu suor sente-se mais digno; sai da condição ínfima de criatura inútil e eleva-se aos seus próprios olhos; adapta-se a um *modus vivendi* que lhe suaviza grandemente a desgraça”. Assim, acreditava-se que “o suor gasto no trabalho era o caminho para a cura” (AMARANTE, 1982, p. 70). De acordo com Portocarrero (2002, p. 110), é “a concepção da cura como recuperação da normalidade (que) vai assinalar a ruptura entre a prática psiquiátrica do século XX e a do século XIX”.

No Brasil, tal percepção parece estar vinculada, direta ou indiretamente, ao desenvolvimento do capitalismo e à valorização social do trabalho. Conforme Chalhoub (1986, p. 29), nas últimas décadas do século XIX:

era necessário que o conceito de trabalho ganhasse uma valoração positiva, articulando-se então com conceitos vizinhos como o de “ordem” e “progresso”

28 O livro de Engel (2001, p. 214) aponta uma série de atividades realizadas pelos internados do Hospício Pedro II. O trabalho, assim como nas colônias agrícolas, era diversificado: oficinas, salas de costura, jardinagem, lavanderia, entre outros.

para impulsionar o país no sentido do “novo”, da “civilização”, isto é, no sentido da constituição de uma ordem social burguesa. O conceito de trabalho se erige, então, no princípio regulador da sociedade, conceito este que aos poucos se reveste de uma roupagem dignificadora e civilizadora, valor supremo de uma sociedade que se queria ver assentada na expropriação absoluta do trabalhador direto, agente social este que, assim destituído, deveria prazerosamente mercantilizar sua força de trabalho – o único bem que lhe restava, ou que, no caso do liberto, lhe havia sido “concedido” por obra e graça da lei de 13 de maio de 1888. Era este princípio supremo, o trabalho, que iria, inclusive, despertar o nosso sentimento de “nacionalidade”, superar a “preguiça” e a “rotina” associadas a uma sociedade colonial, e abrir desta forma as portas do país à livre entrada dos costumes civilizados – e do capital – das nações européias mais avançadas.

Todavia, a reintegração social pregada pelo discurso psiquiátrico que legitimou as colônias agrícolas no Brasil dificilmente ultrapassou o campo das idéias. De acordo com Cunha (1986, p. 72), a concretização deste objetivo não foi predominante no Juquery, “e é mesmo duvidoso que tenha sido praticado em escala considerável em qualquer parte. Reintegrar braços ao mercado de trabalho não parece ter sido, em nenhum momento, um dos propósitos essenciais do alienismo”.

O que acontecia, na maioria das vezes, era a prática de se ocupar os internados sem levar em conta suas origens e inclinações pessoais, além de outros aspectos subjetivos. No caso do Juquery, por exemplo, havia somente algumas atividades agrícolas e pecuárias destinadas aos internados do sexo masculino. Alegava-se, no caso do manicômio pesquisado por Cunha, que os internados eram, em sua maioria, de origem rural, por isso a opção por atividades ligadas ao campo. Contudo, a autora mostra que tal afirmação não é confirmada pelos números da instituição. A opção pelo trabalho agrícola poderia representar, na verdade, uma forma de “exorcismo da ameaça urbana, um retorno – destinado àqueles que não suportaram as exigências da civilização – a um idílico e bucólico trabalho rural [...] e que projeta a imagem confortadora e segura de um trabalhador dócil, disciplinado e resignado com a sua condição” (CUNHA, 1986, p. 72 e 74).

Desta maneira, em grande parte dos casos, as colônias agrícolas funcionavam como um suporte às instituições urbanas, abrigando os pacientes crônicos que superlotavam os hospitais psiquiátricos. Apesar das propostas de reabilitação presentes nos discursos de seus fundadores, os pacientes foram, na maioria dos casos, apenas

colocados em lugares de difícil acesso, longe dos olhos dos “cidadãos normais”, reforçando a segregação (RESENDE, 1987, p. 52).

Entretanto, é preciso sublinhar a complexidade deste processo pois a disseminação de tais espaços contribuiu, em alguns casos e períodos, para a humanização do internamento asilar e, em outros, não evitou, e até mesmo estimulou, “que se desencadeasse um verdadeiro hábito de submissão dos pacientes a atividades estereotipadas, às vezes em regime de servidão” (RESENDE, 1987, p. 196). Assim, conforme Resende, parte das experiências que buscavam a reabilitação acabavam se tornando “reprodutoras de alienação”.

Segundo Teixeira Brandão²⁹, o trabalho deveria ser desenvolvido de acordo com as particularidades morais dos doentes, não sendo considerado possível subordiná-los a regras comuns. Ao mesmo tempo, garantia-se a hegemonia do poder psiquiátrico, na medida em que somente “a experiência esclarecida do médico pode(ria) ser guia seguro na escolha e direção dos meios higiênicos que mais convêm aos doentes” (BRANDÃO apud AMARANTE, 1982, p. 66).

No entanto, ainda que mantendo a preeminência do poder/saber psiquiátrico, a implantação de colônias agrícolas retirava do hospício a hegemonia sobre a loucura e descentralizava o tratamento. Segundo Vera Portocarrero (2002, p. 117):

O novo sistema de assistência não é mais limitado ao espaço do hospício. Ao contrário, está aberto à criação de outras instituições como colônias agrícolas, assistência familiar, as quais, acrescidas ao hospício, tornam a ação psiquiátrica difusa, isto é, não mais centrada num único espaço asilar.

Porém, é importante mencionar que esta descentralização não significava que o poder do psiquiatra também se encontrava “descentralizado” (PORTOCARRERO, 2002, p. 118). O novo sistema, ao contrário, acabava ampliando a atuação dos psiquiatras, restringindo as decisões sobre a vida dos internados cada vez mais ao seu domínio. Utilizando o trabalho como um meio de cura, a psiquiatria passou a ter o poder de transformar os alienados “em indivíduos capazes e responsáveis” (ENGEL, 2001, p.

29 “Teixeira Brandão é, ao mesmo tempo, o personagem principal das críticas que inviabilizam o Hospício de Pedro II, das reformas de ampliação e sofisticação em fins do século XIX e da propaganda e implantação do sistema de colônias” (AMARANTE, 1982, p. 48).

241). Além disso, os manicômios não eram contestados, não havendo nada no discurso médico do período sugerindo que as colônias agrícolas devessem substituí-los. Estas últimas foram sim uma proposta de aperfeiçoar os nosocômios e não extingui-los, embora muitas vezes assim tenham sido apresentadas e propaladas. As colônias representavam a constituição de um asilo com uma nova roupagem, no entanto, características como o isolamento e a coerção disciplinar persistiam. Portanto, as críticas realizadas contra os hospícios eram no sentido de modernizá-los e medicá-los, e não de suprimi-los. Segundo Amarante (1982, p. 48), “o sistema de colônias é uma proposta em termos de aperfeiçoamento do asilo, e não em oposição a ele”.

De acordo com Arruda (1995, p. 33), no Brasil, “poucos anos depois de proclamada a República, tiveram início reformas substanciais, as quais não estavam alheias às que concomitantemente ocorriam na Europa”. A exemplo do que se verificava no Velho Mundo, o alienismo surge no Brasil reivindicando “sua competência para dirigir os destinos da loucura” (CUNHA, 1986, p. 41).

Segundo Amarante (1982, p. 50), em 1860, durante uma reunião da Sociedade Médico-Psicológica de Paris, onde se encontravam os mais famosos alienistas do mundo, foi relatada a, até então, pouco conhecida experiência da colônia Belga de Geel³⁰: “uma pequena e peculiar colônia camponesa que costuma(va) receber alienados em regime de liberdade parcial”.

A colônia belga inspirou também os alienistas brasileiros. Todavia, estes reconheciam que devido às “singularidades próprias de sua história”, era “quase impossível copiá-la” (AMARANTE, 1982, p. 94), tornando-se necessário readaptá-la às condições do país.

30 Segundo Amarante (1982, p. 50), a aldeia de Geel tem uma história que mistura realidade e fantasia, sendo considerada por muitos uma lenda. De acordo com o autor, a história ou lenda tem início no século VI na Irlanda, onde um rei, obcecado pelo desejo do incesto, tenta seduzir sua filha, Dynfne, que apavorada foge para a aldeia de Geel. O rei a encontra e a decapita em praça pública. Um alienado assiste a decapitação da princesa e, como por milagre, recupera a razão. A princesa é santificada pelos aldeões de Geel e na praça onde ocorreu seu suplício foi construída a Igreja de Santa Dynfne, a protetora dos Alienados. “No século VII a pequena aldeia de Geel fica famosa em todo o mundo, o que faz com que romarias de familiares levem seus parentes alienados para receberem a cura maravilhosa da mártir Santa Dynfne”. Devido ao grande número de alienados que chegavam ao local, já não havia mais onde hospedá-los e os camponeses passaram a recebê-los em suas casas mediante alguma contribuição. Alguns destes doentes são abandonados por suas famílias em Geel, sendo acolhidos pelos aldeões. De acordo com Amarante, o convívio entre estes últimos e os doentes já dura séculos e foi oficializado quando o governo belga nomeou a região de “Colônia Familiar de Geel”.

A “adaptação brasileira” inspirou-se ainda no princípio “open-door” escocês, o qual possibilitava aos internos uma liberdade “controlada” e, por isso mesmo, ilusória. Tal sistema procurava simular a máxima liberdade possível, ainda que, algumas vezes, se tratasse apenas de uma “ilusão de liberdade”³¹. Acreditava-se que este novo tipo de tratamento tranqüilizava os pacientes, fazendo com que estes aceitassem de forma mais dócil a disciplina imposta através do trabalho, a qual os conduziria novamente à vida social. Em tais espaços, era permitido ao doente “transitar livremente no interior do asilo” e, em certos casos, até mesmo fora dele. “Nesse regime são banidos os asilos fechados, para que o doente não se sinta irritado, o que prejudica o tratamento” (PORTOCARRERO, 2002, p. 118 -120).

Segundo Portocarrero, essa suposta “liberdade” era ainda reforçada por passeios nos finais de semana nos arredores da colônia, os quais também ocorriam no Centro Agrícola de Reabilitação, conforme poderá ser visto no decorrer da Dissertação. Um aspecto interessante do sistema “open-door” é o fato deste ter sido restrito apenas aos homens, e aqui novamente pode-se fazer uma aproximação com o Centro estudado, para onde apenas doentes do sexo masculino poderiam ser transferidos. No caso das mulheres, na maior parte dos casos, o tratamento baseava-se na reclusão do trabalho doméstico (CUNHA, 1986, p. 88).

Para Amarante (1982, p. 42), no Brasil, a efetiva criação das primeiras colônias agrícolas ocorreu a partir de 1890. Neste ano, o professor Teixeira Brandão foi nomeado Diretor Geral da Assistência Médica e Legal dos Alienados. Esta englobava o Hospício Nacional de Alienados³² e as recentemente criadas colônias de Alienados de Conde Mesquita e São Bento. Unificadas pelo nome de “Colônias da Ilha do Governador” e localizadas no Rio de Janeiro, foram as pioneiras não apenas no Brasil, mas em toda a América Latina.

As colônias traziam a perspectiva da modernidade envolvendo o tratamento moral, o isolamento e o trabalho (AMARANTE, 1982, p. 43). Neste novo ambiente, os doentes gozariam de uma

31 De acordo com Amarante (1982, p. 44), Pinel, cujos ensinamentos inspiraram a criação da primeira colônia agrícola, apesar de concordar com a eficácia do trabalho como elemento terapêutico, era contra a perspectiva de conceder ao internado uma certa liberdade.

32 “Em 11 de janeiro de 1890 o Hospício de Pedro II é desanexado da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados” (AMARANTE, 1982, p. 42)

liberdade mais ampla, de saírem da monotonia do asilo comum, de permanecerem afastados dos turbulentos e agitados, não ficando, por isso, expostos a excitar-se também, e, finalmente, de deixarem a ociosidade, trabalhando ao ar livre, o que constitui a preocupação dos alienistas em referência ao tratamento de tais doentes (AMARANTE, 1982, p. 45).

Os argumentos de Teixeira Brandão em favor da construção das primeiras colônias agrícolas no Brasil não se concentravam apenas na esfera médico-científica, aspecto que perpassa o discurso de fundação de diferentes colônias em diversas épocas. Segundo Pessotti (1996, p. 190), a preocupação central, neste primeiro momento, não era com o tratamento do paciente e sim com a redução dos custos da instituição. Contudo, penso que a concepção de trabalho enquanto terapia, que norteou a construção das primeiras colônias no final do século XIX, não pode ser vista como uma mera tentativa de reduzir os custos, ou mesmo como uma simples proposta de devolver sujeitos produtivos à sociedade. Associado a tais propósitos, igualmente importantes, o trabalho era percebido como uma forma de reeducar os indivíduos, um tratamento considerado inovador. Neste sentido, cabe mencionar que, segundo Teixeira Brandão, “os asilos de alienados têm muitas analogias com os estabelecimentos de educação” (apud AMARANTE, 1982, p. 45). Assim, o trabalho dentro dos nosocômios deveria “desempenhar uma legítima função disciplinar, um autêntico e inquestionável adestramento moral, um fidedigno papel de reformador de caracteres e personalidades”

Porém, a importância do aspecto financeiro não pode ser negada. A superlotação do Hospício de Pedro II e os onerosos gastos do governo para sustentar o grande nosocômio clamavam por soluções, como a construção de colônias agrícolas. Neste sentido, diminuindo o número de internados e colocando-os para trabalhar pelo seu sustento, livrava-se os cofres públicos de tal despesa (AMARANTE, 1982, p. 44).

Logo, o entusiasmo brasileiro com a implantação das primeiras colônias agrícolas no século XIX não se concentrava apenas em sua eficácia e inovação terapêuticas, mas também em seu aspecto econômico. Às colônias foram levados os indigentes, ou seja, internados abandonados nos grandes nosocômios e que, portanto, não contribuíam na manutenção destes, como era o caso dos pensionistas. O custo

com tais alienados, considerados irrecuperáveis, era alto para os cofres públicos e, com as colônias, ocorreria um barateamento:

barateamento porque, com a implantação do sistema de colônias, a assistência propicia um aproveitamento da inestimável mão-de-obra ociosa existente no hospício, [...] além de promover para boa parte dos internados a oportunidade de ter uma profissão, de aprender um ofício que possa reintroduzi-los na sociedade (AMARANTE, 1982, p. 44).

Uma das propostas que norteava a criação das pioneiras colônias da Ilha do Governador previa, portanto, a possibilidade de devolver os doentes à sociedade como sujeitos produtivos. Conforme foi salientado anteriormente, esta era uma característica da terapêutica voltada ao trabalho empregada a partir do final do século XIX, na qual este era entendido como o critério principal na avaliação do doente. Portanto, passava a ser considerado normal quem produzia, quem trabalhava.

Além disso, devolver o indivíduo à sociedade, através do trabalho agrícola, era considerada uma perspectiva possível naquele momento quando a lavoura cafeeira gerava o principal produto de exportação nacional e necessitava de mão-de-obra (AMARANTE, 1982, p. 61).

Destinadas inicialmente a receber doentes indigentes de ambos os sexos, as Colônias da Ilha do Governador “terminaram por restringir-se a asilar apenas homens”; segundo Amarante (1982, p. 111) devido à dificuldade de conseguir pessoal para “guardar as alienadas”. Acabaram por receber, também, internados de todas as partes do país, logo ficando superlotadas. Além disso, a improdutividade do solo e a distância em relação ao centro urbano foram fatores que contribuíram para que as Colônias, pioneiras na América Latina, passassem a ser consideradas verdadeiros fracassos. Tais argumentos, como veremos, também serviram de justificativa à constituição de novas instituições em diferentes períodos, inclusive no que tange à construção da colônia que antecede o Centro Agrícola no Rio Grande do Sul.

Por volta de 1903, foi solicitada verba ao poder público para a construção de uma nova colônia. Contudo, apenas em 1911 foi inaugurada a Colônia do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, destinada apenas a mulheres.

Em 1923, tem-se a construção da Colônia de Alienados de Jacarepaguá (atual Colônia Juliano Moreira), “construída de forma a ser a mais perfeita e apropriada do

gênero” (AMARANTE, 1982, p. 120), considerada um verdadeiro exemplo a ser seguido pelas demais instituições similares. A nova Colônia deveria receber os alienados indigentes da Ilha do Governador, a qual foi desativada a partir da construção desta, e do Hospital Nacional de Alienados, em um grande espaço julgado de fácil acesso.

O que parece mais contraditório³³ não apenas nestas experiências iniciais, mas também no caso do Centro Agrícola, é o fato de serem selecionados para o tratamento justamente aqueles considerados incuráveis pela psiquiatria do período, ou seja, os crônicos (CUNHA, 1986, p. 74), cuja expectativa era um internamento que somente a própria morte, e não a psiquiatria, se encarregaria de dar alta. Tratavam-se dos pacientes diagnosticados enquanto “esquizofrênicos crônicos” que superlotavam os hospícios, como no caso do São Pedro, conforme será abordado posteriormente. Segundo Campos (2004, p. 114), a classificação dos internados como esquizofrênicos no período de fundação do Centro de Itapuã:

passou a ser largamente utilizada no período na medida em que a esquizofrenia permitia uma interdição por um longo prazo e recebia, nas décadas estudadas (1960-1980), uma grande atenção da indústria farmacêutica o que ampliava sobremaneira a capacidade de intervenção médica e de permanência desses homens e mulheres nos espaços intramuros. Somadas aos internamentos compulsórios e ampliação do parque manicomial no país é possível afirmar que a esquizofrenia passou a ser o diagnóstico de maior aplicação porque não exigia a renovação do contrato, no momento da internação.

Neste sentido, cabe uma breve explicação sobre quem eram estes personagens que passaram a habitar as colônias agrícolas. Os “crônicos”, segundo Resende (1987, p. 190), são o resultado de longos anos de internação e refletem o poder destruidor da segregação:

Trata-se de saber em que medida o estatuto de “crônico” [...] é decorrente de uma perda gradual determinada pela patologia ou pela vida asilar. A importância de tal questão [...] está em que nela se localizam os ingredientes fundamentais das concepções que cada um tem sobre a doença mental.

Goffman (1999, p. 11) também reforça tal perspectiva, quando afirma que o comportamento do internado pode ser explicado muito mais em relação à instituição do

33 Contraditório se pensarmos na perspectiva da possibilidade de reabilitação apontada no discurso dos criadores das colônias em diferentes épocas. Contudo, se levarmos em conta o aspecto financeiro, eram os crônicos que mais custavam ao Estado e, portanto, fazê-los trabalhar para seu sustento não parece nada contraditório.

que como uma conseqüência de sua doença. Neste sentido, para o sociólogo, é a vida fechada e formalmente administrada que molda o comportamento dos indivíduos, os quais acabam se tornando um reflexo da vida asilar. De acordo com Resende (1987, p. 192), tratam-se de “dispositivos institucionais de cronificação”, tais como “a desqualificação permanente dos gestos e da fala dos internos, a valorização ridicularizante de atitudes grotescas, as relações ambíguas e subservientes próprias à sociologia dos asilos, a violência consentida, etc”.

A equipe dirigente do Centro Agrícola de Reabilitação, ciente destas problemáticas e atuando num período de questionamentos a respeito da eficácia terapêutica dos hospícios (início dos anos 70), reportava tais características asilares ao modelo de tratamento identificado com o Hospital Psiquiátrico São Pedro, procurando diferenciar o Centro do perfil antes citado, como pode-se perceber através do depoimento do Dr. Castellarin³⁴:

havia uma campanha contra o internamento, dentro da psiquiatria, de acabar com os grandes hospitais, grandes instituições, como o São Pedro, criar instituições menores onde o paciente poderia ser melhor atendido e dessa forma conseguir que ele tivesse não só uma melhora, mas uma recuperação para a vida social, para a vida familiar. [...] os pacientes do São Pedro eles tinham um uniforme que era chamado o “uniforme de louco”, era um macacão, uma roupa azulada, escrito bem grande nas costas: HPSP. Então eles, para ir para Itapuã, tiraram essa roupa e colocaram roupas normais. Já começa por aí, eles tinham quartos individualizados, eles tinham um tratamento diferenciado, eles se sentiam menos doentes que no São Pedro. E isso aí, já de início, deu um outro aspecto, uma valorização, uma melhora na auto-estima desses pacientes, que não havia no hospício.

O Dr. Castellarin parece se referir à influência de movimentos que pregavam rupturas em relação ao saber médico sobre a loucura, além de levantarem fortes críticas à estrutura asilar dos manicômios, como a antipsiquiatria e a comunidade terapêutica³⁵, os quais influenciaram a criação e o funcionamento do Centro Agrícola de

34 O Dr. Cássio Castellarin formou-se em Medicina em 1979, e em 1983 tornou-se Médico Psiquiatra pela Faculdade de Medicina da PUC/RS. Foi Diretor do Centro Agrícola de Reabilitação de 1979 a 1986. Seu trabalho de conclusão de curso chama-se “Avaliação de um serviço de reabilitação de doentes psicossocialmente crônicos”, e trata dos dez primeiros anos do Centro, 1972 a 1982. Voltou a trabalhar no Hospital Colônia Itapuã em 2000.

35 A influência da antipsiquiatria e da comunidade terapêutica na constituição e no funcionamento do Centro Agrícola será analisada mais detalhadamente no Capítulo II, no sub-capítulo intitulado: “O poder do saber: a legitimação do espaço institucional”.

Reabilitação. No trecho, também destaca-se o simbolismo da retirada do macacão, vestimenta que ficou gravada na memória do Dr. Castellarin como um sinalizador das práticas a serem evitadas.

Segundo Duarte Junior (1986, p. 9), a antipsiquiatria foi o termo “cunhado por David Cooper na década de 1960, um psiquiatra sul-africano de ascendência inglesa, que passou a discordar dos métodos de estudo e de ação da psiquiatria e psicologia tradicionais”. Conforme tal proposta, a psiquiatria era vista como uma

ação repressora perpetrada pelo mundo industrial para condenar aqueles que não se adaptam às regras de normalidade social. O hospício é uma prisão, destinada a afastar da sociedade todos aqueles que dessintonizaram com ela, parando, conseqüentemente, de produzirem. Por isso não interessa que, na realidade, não ocorra cura alguma no interior dessas instituições. Elas são mantidas apenas devido ao seu caráter segregador dos desviantes (DUARTE JUNIOR, 1986, p. 73).

Já a comunidade terapêutica propunha uma “transformação institucional”:

O termo Comunidade Terapêutica foi utilizado [...] a partir de 1959, para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico [...] baseadas na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes tendo como objetivo resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional (SOARES, 1997).

Contudo, ainda que embasado por tais movimentos de contestação, algumas características dos nosocômios permaneceram no Centro Agrícola de Itapuã e, mesmo assim, os pacientes procuravam manter sua singularidade através de pequenos gestos, burlando e jogando com o cotidiano de uma “vida fechada e formalmente administrada”. Desta forma, os comportamentos dos moradores da Colônia não podem ser considerados simplesmente um reflexo da vida asilar, como diz Goffman, mas talvez uma resposta mais ou menos criativa a esta.

Conforme procurei demonstrar, fazer os internos trabalharem era uma prática comum não apenas nas colônias mas também nos manicômios fechados. Contudo, a remuneração do alienado pelo seu trabalho não ocorria de forma padronizada e, muitas vezes, efetivamente não acontecia. O ponto principal era que os internados fossem responsáveis pela manutenção da instituição. Segundo Engel (2001, p. 215), referindo-se ao caso do Hospício Pedro II:

de todos os dados é possível depreender que parte significativa dos alienados [...] contribuía efetivamente para a manutenção da instituição [...] seja por meio de sua utilização em serviços indispensáveis ao funcionamento do estabelecimento, seja por meio da produção de artigos consumidos no Hospital Geral e no próprio Hospício ou, ainda, vendidos.

A psiquiatria, em diversos períodos, enfatizou que “quem trabalha seus males espanta” (*Zero Hora*, 1990, p.32)³⁶. Contudo, os limites entre trabalho e exploração mostravam-se pouco definidos e, em certos casos, confundiam tanto a equipe médica quanto os pacientes.

No Hospício Pedro II, a utilização do trabalho como forma de terapia “teria sido objeto de algumas críticas, que viam nesse expediente uma forma de explorar os loucos recolhidos àquela instituição” (ENGEL, 2001, p. 215). Da mesma maneira, o conflito entre trabalho e exploração provocou uma série de controvérsias dentro do espaço institucional do Juquery:

“O louco não veio aqui para ser explorado!”, frase repetida seguidamente por um interno rebelde às práticas da laborterapia, [...] encarna bem o espírito de certas críticas que a idéia de um hospício sustentado pelo trabalho de seus internos suscitava, pelo menos em seus primeiros anos de existência (CUNHA, 1986, p. 70).

Além disso, incomodados com o ócio, muitos internados acabavam, seguidamente, inventando atividades para se ocuparem (CERQUEIRA, 1982, p. 5). Segundo o psiquiatra Luiz Cerqueira, uma paciente da Colônia Juquery, em São Paulo, costumava remendar suas roupas utilizando linha de estopa desfiada e agulha de espinho de laranjeira. Quando questionada por um repórter a esse respeito, respondeu: “trabalhar não cansa, descansar cansa”. Presenciei casos semelhantes durante meu estágio no Hospital Colônia Itapuã, onde se criavam situações para preencher o tempo ocioso. Havia, por exemplo, um paciente que ficava sempre sentado em um banco em frente ao Centro de Documentação e Pesquisa. Certa vez, ele me informou que não estava descansando, e sim trabalhando, pois acreditava ser um guarda e sua função era cuidar daquele prédio. Outro personagem morador da Colônia, G., sempre que vê uma pessoa conhecida, imediatamente relata todas as atividades realizadas até aquele

36 Trata-se de uma reportagem da *Zero Hora* sobre o Centro Agrícola de Reabilitação.

momento. Em sua entrevista, ele fez questão de dizer tudo o que já havia feito durante os seus 25 anos de internamento: “Eu trabaiei em várias coisa, no almoxarifado, em cozinha, trabalhei na manutenção, carregava botijões, carregava brita, trabaia em bota poste no chão [...] fazia arroz na cozinha, trabalhava lá, [...] mexia os panelão, tudo eu fazia isso”. Veremos posteriormente que outros entrevistados, quando questionados sobre as atividades desenvolvidas durante o período de internação, também mostraram-se orgulhosos, descrevendo os diferentes setores em que atuaram e o tipo de trabalho realizado.

De um lado, doentes incomodados com a ociosidade da vida confinada; de outro, um fantasma: a exploração. Seria possível um tratamento conciliar atividade laborativa, sem ócio, sem exploração e ainda levando-se em conta as aptidões dos pacientes? O discurso psiquiátrico que embasou a criação do Centro Agrícola de Reabilitação se propunha exatamente a isso, conforme será mostrado posteriormente. Agora, voltando esta pesquisa para uma temporalidade mais reduzida e uma espacialidade mais próxima, passo a delinear os contornos do surgimento das primeiras colônias agrícolas no Rio Grande do Sul.

1.2. “Aproveitando o trabalho dos psicopatas tranqüilos”³⁷: as colônias agrícolas no Rio Grande do Sul

A primeira colônia agrícola criada no Rio Grande do Sul atendeu ao imperativo de “desafogar” o Hospital Psiquiátrico São Pedro, sendo o problema da superlotação do Hospício algo recorrente ao longo de sua história. Em uma mensagem enviada à Assembléia dos Representantes, em 1909, o Presidente do Estado, Carlos Barbosa Gonçalves, afirmava: “É grande, extraordinário mesmo, com pesar o digo, o número de reclusos [no São Pedro] e parece-me que somente a fundação de uma colônia para alienados resolverá radicalmente o problema” (GONÇALVES, 1909).

37 Segundo Jacintho Godoy (1955, p. 227-228): “A terapêutica ocupacional, aproveitando o trabalho dos psicopatas tranqüilos, grandemente produtivo, alivia o erário da despesa de sua manutenção”.

Todavia, somente em 28 de junho de 1917, foi inaugurada a primeira colônia agrícola do Rio Grande do Sul, a “Colônia Jacuhy”, com uma leva inicial de 60 pacientes. Um ano depois, Borges de Medeiros, Presidente do Estado, afirmava: “é cedo demais para apreciar os resultados desse notável melhoramento que, todavia, a experiência justamente preconiza como uma das formas mais racionais e eficazes da assistência aos alienados” (MEDEIROS, 1917).

A “colônia Jacuhy” constituía-se numa unidade do São Pedro. Localizava-se em terras próximas ao Município de São Jerônimo, em uma antiga Charqueada do Dr. Ramiro Barcellos que havia sido adquirida pelo estado. A sua produção agrícola abastecia o São Pedro, a Casa de Correção e o Hospital Partenon, além da parte consumida por seus moradores. Em 1920, Borges de Medeiros não considerava mais “cedo” para tecer elogios ao novo estabelecimento:

a experiência tem demonstrado as vantagens crescentes da colônia Jacuhy, cuja fundação correspondeu a inadiáveis necessidades do serviço do Hospício. Os enfermos chronicos, os tranqüilos e os adaptáveis para ali transportados, melhoram geralmente com o regimem especial a que são submetidos (MEDEIROS, 1920).

Porém, apesar dessa visão otimista, em 1926, ao assumir a direção do Hospital São Pedro, Jacintho Godoy³⁸ fez uma série de críticas em relação à colônia. Segundo ele, as antigas instalações foram reaproveitadas e encontravam-se em péssimo estado. O principal problema levantado dizia respeito à distância da capital. As críticas de Godoy à colônia Jacuhy assemelhavam-se aos problemas associados às primeiras colônias brasileiras da Ilha do Governador, no final do século XIX, no Rio de Janeiro: localização inadequada, com difícil acesso, construções precárias, etc. Estes traços, tão característicos das colônias agrícolas, dificultavam o acompanhamento médico, o qual ocorria apenas uma vez por mês, como também o abastecimento de gêneros

38 Médico psiquiatra formado em 1911 pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Dedicou-se à medicina legal assumindo, dois anos depois de formado, as funções de médico legista da Chefatura de Polícia. Entre 1919 e 1921 estudou na França com os psiquiatras de Salpêtrière (Manicômio francês). Na França, aprofundou seus estudos sobre a situação dos alienados criminosos, freqüentando a Enfermaria Especial de Depósito da Prefeitura de Polícia. Voltando ao Brasil, foi encarregado pelo governo estadual de organizar e dirigir o Hospital Psiquiátrico São Pedro e o Manicômio Judiciário. Sua condução ao cargo foi motivada pelas boas relações com Borges de Medeiros, governador do Estado, de quem havia sido secretário particular, ainda nos tempos de estudante de Medicina.

alimentícios. O psiquiatra afirmava que “o grupo de cerca de cento e poucos doentes, ali alojados, poderia ter a mesma ocupação agrícola, nos 33 hectares da chácara do Hospital” (GODOY, 1955, p. 219).

A primeira medida de Godoy como diretor do São Pedro, em 1926, foi a aquisição, com as reservas do patrimônio do próprio Hospital, de 83 hectares “acostados a Petrópolis, a zona residencial mais próspera da cidade [Porto Alegre]”, pela quantia de Cr\$ 658:000\$000. Para o local foram transferidos os pacientes da colônia Jacuhy, então desativada. Contudo, “a idéia da existência de uma colônia agrícola, dependente do hospital persistiu” (GODOY, 1955, p. 226). Novamente encontrando justificativa na superlotação do São Pedro e amparada pelas críticas do Dr. Godoy, a proposta de implementação de uma colônia agrícola que substituísse a Jacuhy não incorporava apenas finalidades terapêuticas. Atendia também aos objetivos de diminuir a quantidade de pacientes internados e de reduzir as despesas do Estado com estes.

Contudo, além de ser uma alternativa econômica, a criação da nova instituição possuía igualmente um outro sentido: “a implantação de mais um espaço de laborterapia – terapêutica do trabalho -, principal instrumento do tratamento moral, ainda o principal instrumento da psiquiatria” (WADI, 2002, p. 190). Tais justificativas se aproximam novamente da experiência inicial das Colônias da Ilha do Governador e das outras que se seguiram: livrar os cofres públicos do ônus com os custos dos internados ociosos e reeducá-los através do trabalho. Pode-se dizer então que as primeiras experiências de colônias agrícolas no Rio Grande do Sul no início do século XX também fundamentavam-se nos preceitos do tratamento moral e na terapêutica voltada ao trabalho do doente.

Segundo Godoy (1955), em 1942, o Hospital Psiquiátrico São Pedro tinha condições de construir a nova colônia agrícola com recursos próprios, sem necessitar da contribuição do estado. A solução era alienar a atual colônia, localizada no bairro Petrópolis, a qual parece ter sido uma solução paliativa até que fosse encontrado um espaço adequado.

Uma das primeiras opções para a localização da nova instituição recaía sobre o antigo Leprosário de Itapuã, à 60 Km de Porto Alegre e quase sem acessos

pavimentados. Jacinto Godoy rechaçava frontalmente esta possibilidade. Segundo ele, a localização no Hospital Colônia Itapuã levaria, por sua distância, ao mesmo erro cometido quando da implantação da Colônia Jacuhy. Além disso, conforme o psiquiatra e diretor do São Pedro, com a transferência de pacientes psiquiátricos para Itapuã, “(...) ia se proporcionar a promiscuidade de leprosos e doentes mentais, quer no trânsito para esta cidade, quer nos respectivos nosocômios, sabido como é, que a fuga é um fenômeno habitual, tanto nos psicopatas como nos hansenianos” (GODOY, 1955, p. 220 e 221).

Foram analisadas então 28 propostas de compra de propriedades, em locais diferentes, por uma comissão, nomeada pelo Governador do estado, Walter Jobim. Esta era composta por um psiquiatra do Hospital São Pedro, indicado por Godoy, um engenheiro da Secretaria de Obras Públicas, um agrônomo da Secretaria da Agricultura e um funcionário do Tesouro do Estado (GODOY, 1955, p. 223).

A questão da localização permaneceu por um longo período sem solução, enquanto o Hospital São Pedro sofria com o excesso de pacientes. Transformado em um verdadeiro “depósito de loucos”, o grande nosocômio não possuía infra-estrutura suficiente para oferecer tratamento a seus doentes; ele apenas os escondia da sociedade “além muros”.

Em 1942, Jacintho Godoy, no seu segundo mandato como diretor do Hospital Psiquiátrico São Pedro³⁹, levantou novamente o debate a respeito da necessidade da criação ou relocação de uma colônia para alienados. De acordo com ele, o problema da superlotação somente se resolveria desta forma. As finalidades terapêuticas e econômicas que justificavam a criação de tal espaço caminhavam novamente juntas:

A transferência de doentes crônicos para a zona rural tem dupla finalidade: terapêutica e econômica. A terapêutica ocupacional, aproveitando o trabalho dos psicopatas tranquilos, grandemente produtivo, alivia o erário da despesa de sua manutenção. Uma colônia bem administrada, com uma população de 1.500 doentes, pode abastecer-se de carne, charque, banha, arroz, feijão, leite, ovos, aves, verduras e frutas. Quando não fossem o desafogo do Hospital e o bem-estar dos doentes, há razões de ordem econômica que impõem a criação urgente da Colônia de Psicopatas (GODOY, 1955, p. 227-228).

39 Godoy foi diretor do Hospital Psiquiátrico São Pedro de 1926 a 1932. Reassumiu o cargo de 1944 a 1951 (SANTOS, 2000, p. 110).

Somente em 1949, após a verificação de uma série de propostas, sempre buscando a melhor oferta e a localidade que fosse mais próxima da capital, temos a definição da comissão pela aquisição da “Fazenda Águas Claras”, em Viamão, localizada à 32 Km de Porto Alegre, para ser a sede da nova colônia agrícola. Segundo Godoy (1955, p. 226): “de fato, o Juqueri, no Estado de São Paulo, apontado como o que de melhor existe no País, perderia no confronto de suas terras com as de Águas Claras, por falta de requisitos, para um aproveitamento agropecuário eficiente”.

Entretanto, a idéia da colônia permaneceu no papel. Em seu último relatório como diretor do São Pedro, de 1950, Godoy lamenta tal fato:

Infelizmente, viu-se findar o ano de 1950 e com ele o governo operoso do ilustre Dr. Walter Jobim, sem que tivesse princípio de execução o velho proposto por esta diretoria, [...] da criação de uma Colônia de Psicopatas, para 2.000 doentes crônicos, como solução radical e definitiva da superlotação do Hospital São Pedro (GODOY, p. 378 e 379).

A explicação para a indefinição da obra durante tanto tempo fundamentava-se principalmente em seu custo elevado. Estimava-se que a despesa inicial necessária à sua fundação em 1950 seria de Cr\$ 10.000.000,00, para a aquisição de terras e construção ou reforma das instalações. Outra explicação estava ligada ao fato da compra depender da venda de terras pertencentes ao São Pedro, localizadas no bairro Petrópolis, onde funcionava a pequena colônia que substituiu a Jacuhy em 1928. O Governador Walter Jobim alegava que era necessário aguardar as obras de “canalização do arroio Dilúvio e a abertura de avenidas marginais, em plena execução pelo Governo Federal, e que irão duplicar o valor das aludidas terras do Hospital São Pedro” (GODOY, 1955, p. 380).

As primeiras colônias agrícolas do estado assumem, pois, uma perspectiva que remete às pioneiras Colônias da Ilha do Governador do século XIX, ou seja, a reabilitação ocorreria através da reprodução do ambiente rural de características pré-capitalistas. Contudo, nas instituições criadas ao longo do século XX, a realidade na qual o doente deveria inserir-se após sua alta já não se assemelhava em quase nada à sociedade rural recriada no ambiente hospitalar. Assim, o hospício-colônia acabava não oferecendo “o material humano eficiente e disciplinado” (RESENDE, 1987, p. 51) que

atenderia às demandas capitalistas, não conseguindo, na maioria dos casos, reintegrar o doente ao mercado de trabalho.

Conforme apontado anteriormente, a perspectiva que embasava as colônias agrícolas no Rio Grande do Sul ainda fundamentava-se no tratamento moral empregado nas primeiras colônias do século XIX. Neste sentido, pode-se fazer uma analogia com o Centro Agrícola estudado nesta Dissertação, onde, por exemplo, conforme a anotação de um dos psiquiatras no Livro de Ocorrência (09/09/1972), o paciente precisava “trabalhar, decidir e responsabilizar-se”. Segundo o depoimento do Dr. Camargo⁴⁰, os pacientes deviam ser estimulados ao trabalho e não forçados a este, o que, como veremos posteriormente, nem sempre ocorria.

Portanto, o Centro Agrícola de Reabilitação trazia em seu discurso uma perspectiva a respeito do trabalho muito semelhante àquela que norteava as colônias agrícolas da Ilha do Governador, no final do século XIX. Samuel Tuke (apud FOUCAULT, 2000, p. 480) parece bem esclarecedor a esse respeito, ainda que referindo-se à loucura nos séculos XVIII e XIX: “o trabalho regular deve ser preferido, tanto do ponto de vista físico, quanto moral [...], é aquilo que existe de mais agradável para o doente, e o que há de mais oposto às ilusões da doença”.

Contudo, a diferença está no sentido conferido ao trabalho realizado, o qual passa a ser o “critério de avaliação” dos internados, relacionando a capacidade de trabalhar à possibilidade de viver na sociedade “normal”. Conforme colocado anteriormente, segundo Portocarrero (2002, p. 129), é esta a principal diferença entre a terapêutica do trabalho do século XX daquela realizada no século XIX.

A proposta difundida pela equipe médica que fundou o Centro de Reabilitação gaúcho envolvia, portanto, uma reatualização das concepções que estabeleciam o valor do trabalho dos doentes dentro das instituições asilares⁴¹. Em tais espaços, o trabalho

40 O Dr. Gabriel Camargo formou-se em 1972 na Faculdade de Medicina da UFRGS, atuando como clínico geral até 1975 na cidade de Boçoroca. Atuou também no Mato Grosso e especializou-se em Medicina na Bahia. Realizou sua residência em um curso que funcionava no Manicômio Judiciário, voltado para a psiquiatria Forense. Foi designado para trabalhar no Hospital Psiquiátrico São Pedro em 1975, sendo logo depois transferido para o Centro Agrícola de Reabilitação.

41 O tratamento empregado no Centro, segundo o documento intitulado “Histórico do CAR”, fundamentava-se principalmente na laborterapia. Contudo, conforme poderá ser percebido ao longo da Dissertação, algumas características da terapia ocupacional são também encontradas na instituição. De acordo com um texto localizado entre os documentos do Centro Agrícola de Reabilitação, o qual parece ter inspirado a equipe médica, sendo citado nos artigos apresentados por membros desta na VI Jornada

era visto como um instrumento de adaptação à sociedade através de condições de vida artificiais, sendo destinado a indivíduos considerados temporariamente incapazes de viver em liberdade e aplicado exclusivamente aos crônicos, os quais acreditava-se não terem condições de uma “adaptação normal” (THEODOSIO e GONÇALVES, 1966, p. 49 e 50).

Mesmo possuindo características que o aproximavam das colônias anteriores, um dos objetivos do Centro era justamente diferenciar-se em certos aspectos tanto de forma indireta de suas predecessoras, como mais diretamente do próprio São Pedro.

Porém, algumas facetas das colônias agrícolas progressas, e mesmo alguns aspectos do modelo asilar adotado no São Pedro, aparecem reatualizados no Centro de Itapuã. Apesar disso, a nova instituição procurava se distinguir, entre outros aspectos, ao tentar resgatar os vínculos sociais dos pacientes, através de uma seleção minuciosa, privilegiando aqueles que realmente tinham afinidade com as atividades rurais; procurando devolver os “psicopatas tranqüilos” ou os “loucos (nem sempre) mansos” para a estância, conforme procuro mostrar agora ao leitor⁴².

1.3. Os loucos mansos voltam para a estância: o Centro Agrícola de Reabilitação

A fim de compreender a proposta do Centro Agrícola de Reabilitação é necessário resgatar um pouco do que estava ocorrendo no São Pedro no início dos anos 70, visto que um dos objetivos da equipe fundadora do Centro era constituir uma instituição “anti-São Pedro”, ou seja, não repetir o tipo de tratamento empregado no nosocômio.

Sul Riograndense de Psiquiatria Dinâmica (1972): “a diferença entre terapia ocupacional e laborterapia é que a primeira se adapta, principalmente, às necessidades do enfermo, enquanto que a segunda trata de adaptar o enfermo às exigências do trabalho, readaptação que é muito necessária, pois o trabalho é uma das facetas importantes da vida do homem são” (REYES, 1972, p. 60).

42 Tanto Borges de Medeiros (1920) quanto Jacintho Godoy (1955, p. 227) referem que às colônias agrícolas deveriam ser enviados os doentes “tranqüilos”. Posteriormente, como já salientei, um dos psiquiatras que trabalhou no Centro Agrícola, Gabriel Camargo, em sua entrevista (2004), salientou que para Itapuã foram levados os “loucos mansos”. Assim, ser “tranqüilo” ou “manso” tornou-se um pré-requisito da vida dentro das colônias agrícolas em seus diferentes períodos e lugares.

Em 19 de março de 1971, o Dr. Avelino Costa, então diretor do São Pedro, fez à *Zero Hora* (p. 3) um dramático relato das condições do Hospício:

Disse que o hospital, quase centenário, crescido anarquicamente, sob pressão constante da demanda crescente, subequipado, superlotado, 43% acima de sua capacidade, com alguns setores literalmente em ruínas, admite anualmente, em média, 9.100 pacientes.

Segundo este relato-denúncia, dos 4.600 internados, 3.500 eram crônicos e possuíam condições de reabilitação. Porém, o São Pedro não contava com recursos para que isso se efetivasse. De acordo com o diretor, “somente 5% dos pacientes oferecem perigo a si ou à coletividade”. Tal alerta foi pronunciado durante a cerimônia de transmissão do cargo de diretor do São Pedro ao médico Dr. Ely Atala Cheff. O então secretário da saúde, Jair Soares⁴³, encerrou a solenidade “prometendo apoio irrestrito ao plano de recuperação do São Pedro”.

No dia seguinte, “na sua primeira entrevista concedida fora do Palácio Piratini”, ao mesmo jornal, o então governador do estado, Euclides Triches, também revelou-se preocupado com as precárias condições do nosocômio: “é uma questão a ser examinada e resolvida a curto prazo pela Secretaria de Saúde” (*Zero Hora*, 20/03/1971, p. 10).

A superlotação, fenômeno que parece acompanhar a trajetória dos hospícios, assombrava também o Hospital Psiquiátrico São Pedro desde muito tempo. Inaugurado em 1884, apresentava este problema já nos primeiros anos do século XX (WADI, 2002, p. 168). Tal fato se agravou na década de 70, quando viviam no Hospital quase 5 mil pacientes (*Zero Hora*, 12/01/90, p. 32). Schiavoni (1997, p. 81), abordando a questão de forma mais geral, afirma que não é por que se passou a enlouquecer mais que isso ocorreu e sim devido à capacidade reduzida de internação destes hospitais. Neste sentido,

qualquer demanda por mínima que fosse esgotaria a capacidade de internação logo após a fundação dos hospícios. Por isso não surpreende a insistente e

43 Jair Soares foi chefe de gabinete do então presidente da Assembléia Legislativa, deputado Gustavo Langsch, em 1960, depois do deputado Alfredo Hoffmesiter, em 1965. Foi presidente do Departamento de Compras do Estado entre 1967 e 1970; Secretário da Administração e da Saúde de 1971 a 1979; Governador do Estado de 1983 a 1987. Em 1992 assumiu uma cadeira na Câmara de Vereadores de Porto Alegre, e atualmente é Deputado Estadual pelo PP/RS.

monótona reivindicação dos diretores destas instituições de ampliação das instituições, de melhorias nas existentes, de realização de outras obras, etc.

O número excessivo de pacientes resultava em um atendimento precário, tornando o hospício um verdadeiro “depósito de loucos”. Mesmo após a fundação do Centro Agrícola em 1972, o São Pedro continuava com problemas no que se refere ao tratamento dos seus internados. Em 1974, o repórter Sérgio Caparelli, simulando problemas psiquiátricos, internou-se neste Hospital por 30 horas, fazendo três reportagens-denúncia sobre a instituição, publicadas no jornal *Folha da Manhã*. Caparelli ficou internado na Divisão Pinel, a mesma onde eram selecionados os pacientes transferidos para o Centro de Reabilitação. Cabe portanto trazer um pouco de sua experiência a fim de compreendermos melhor como viviam os internados antes de sua transferência. O repórter descreve o São Pedro da seguinte forma:

Hospício da repressão massiva, gratuita, inútil, sádica, com seus doentes amarrados, presos, cada vez mais reprimidos pelas drogas. Hospício da dissuasão, da intimidação, dos tapas, dos golpes, das surras. Da privação de saídas, da privação de alimentos. Das injeções utilizadas como ameaça. Dos eletrochoques utilizados como tortura (*Folha da Manhã*, 29/10/1974).

Em um impresso do próprio São Pedro, intitulado “Memórias de um velho hospício”, escrito em tom apologético pelo chefe do Setor de Recreação, Rui Carlos Müller⁴⁴, em 1975, tem-se uma série de depoimentos de pacientes e funcionários a respeito das condições de vida dentro da instituição. Como exemplo da percepção da equipe dirigente sobre esses problemas, apresento a visão da enfermeira Neli Suzin, chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital:

Em 1971, quando cheguei ao hospital, marcaram-me muito as condições em que viviam os pacientes dentro das unidades. A divisão Esquirol era um pátio grande, único, com mais de mil doentes, todos numa inércia tremenda, só caminhando de um lado para o outro, totalmente fora da realidade. Os pacientes eram muito delirantes, parecia que a loucura era diferente naquela época, não sei se pelo tipo de tratamento que era usado ou pela aglomeração dos pacientes. Quando entramos naquele pátio grande, não se via pessoal da enfermagem, ficavam duas a três atendentes psiquiátricas para darem conta de mil e tantos

44 Para realizar este trabalho, Rui Carlos Müller pesquisou nos arquivos e na biblioteca do Hospital Psiquiátrico São Pedro, além de utilizar-se do livro de Jacintho Godoy e de depoimentos. A obra foi dividida em cinco capítulos, da fundação até 1975.

pacientes, era um quadro horrível. O normal era pacientes nuas, caídas pelo chão, sujas, muito sujas e ninguém sabia com certeza quem era quem, só as atendentes mais antigas e as freiras principalmente é que sabiam o nome de algumas [...].

Jair Soares é retratado no trabalho de Müller como o responsável por liderar “uma verdadeira revolução” dentro do Hospital Psiquiátrico São Pedro. De acordo com o autor, os depoimentos citados servem para mostrar o valor da administração de Soares:

pessoa esta que ao atravessar os portões do Hospital São Pedro poucos dias após sua posse como Secretário de Estado, encontrou mais de 5.000 pacientes, vivendo em condições desumanas, como prédios desabando, alimentação péssima, tratamento psiquiátrico ultrapassado, contado com apenas 1.200 leitos, obrigando a pacientes unirem duas camas e dormirem até cinco atravessados, estimulando a promiscuidade e o aumento das doenças infectocontagiosas.

Jair Soares, em seu depoimento, afirmou que sua escolha para o cargo deveu-se à experiência que possuía como Presidente da Comissão de Compras do Estado:

Em 1971, o engenheiro Euclides Triches tinha sido escolhido pela eleição direta para Governador do estado. Como eu tinha trabalhado com ele na Secretaria de Obras Públicas, como seu Oficial de Gabinete e mais tarde Chefe do Gabinete, eu tinha um relacionamento muito forte [...] Ele conhecia o meu perfil, o meu estilo de trabalhar, sabia que eu tinha sido presidente da Comissão de Compras do estado, [...] eu conhecia assim... todos os labirintos da administração, principalmente da Secretaria de Saúde que eu tive que tomar uma série de medidas por problemas ligados a medicamentos, a alimentos. Bem, eu não quis escolher, naturalmente, nenhum cargo, eu disse: “não Governador, o senhor me designa pra o cargo que o senhor quiser e eu vou aceitar, quero trabalhar no seu governo, somos amigos”. Então ele disse: “tu vai ser o Secretário da Saúde”.

A superlotação do São Pedro também é evocada pelo ex-Secretário da Saúde:

Nós tínhamos uma capacidade de internação para 1.200 leitos e tínhamos 5.000 internados. Era um verdadeiro submundo, as pessoas fazendo suas necessidades fisiológicas no leito, ou no chão. Os banheiros, os que existiam era inabitáveis, as enfermarias, [...] algumas chovendo, o forro caindo, as paredes inutilizadas, a instalação elétrica um horror, a lavanderia um pavor, o refeitório uma tristeza, cozinha uma desgraça, então era um inferno, um inferno!

Para atacar o problema da superlotação e suas conseqüências, tão presente nas memórias e nos documentos escritos, foi criado um “plano de setorização das divisões de pacientes, seguido de reformas, construções, contratações de técnicos e

funcionários, criação de serviços técnicos e administrativos, utilização de computadores, criação de ambulatorios nas regiões do estado” (MÜLLER, 1975). De acordo com Jair Soares, estabeleceu-se “um trabalho sócio-jurídico, que não tinha, para acompanhar aqueles doentes que estavam lá, que as famílias depositaram lá, eram seres humanos que estavam depositados no Hospital Psiquiátrico São Pedro”. Havia ainda a proposta de interiorização, ou seja, a deshospitalização dos pacientes para suas cidades de origem (DIAS, 1997, p. 100).

Outra medida objetivava conhecer a origem dos pacientes internados. Segundo o depoimento do Dr. Gabriel Camargo, que se apresenta como um “velho militante das causas da saúde pública”⁴⁵, a idéia era “descentralizar o hospital, zonestar por regiões e fazer um levantamento dos pacientes que se tinha lá”. O psiquiatra comenta um dos dados obtidos:

Havia um grande número de pessoas com problemas mentais leves que haviam perdido sua inserção social porque simultaneamente com a mecanização da lavoura, com o fim das formas arcaicas de produção que se deram de 1957-58 [...] antigos peões de estância perderam sua inserção social. Com se sabe, as estâncias, com seu sistema semi-feudal, toleravam a existência do louco como peão, ficava o “louco manso”, como se dizia, pelas estâncias como agregado, fazendo pequenos serviços, eventualmente nem isso, mas vivendo da caridade dos donos de estâncias. Com a mecanização das estâncias, [...] não havia mais espaço para os loucos de fundo de campo, o louco manso da estância. Então eles foram depositados em massa no Hospital Psiquiátrico São Pedro, já que saúde era uma questão de Estado.

No documento intitulado “A saúde no Rio Grande do Sul” (1983, p. 35), da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, a região do Planalto é apontada, juntamente com a Grande Porto Alegre, como as duas “fontes mais expressivas de internações”. Duas regiões antagônicas do ponto de vista sociocultural; contudo, ambas eram “alvo de intenso movimento migratório, com conseqüente ruptura de laços familiares e comunitários, o que poderia explicar a maior taxa de internações que geram”. Atribuía-se essa taxa elevada ainda ao fato da agricultura não permitir que o trabalhador se fixasse no mesmo local, devido ao regime de safras, com desemprego nas entressafras. Os autores do documento compararam a qualidade de vida do trabalhador rural à do operário urbano: “especialmente na monocultura, a qualidade de vida do

45 Segundo o seu discurso apresentado na 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental da Cidade de Bento Gonçalves, em agosto de 1989.

trabalhador rural talvez esteja mais próxima da vida do operário de construção de uma grande cidade, do que da tradicional figura do homem do campo” (1983, p. 36).

Antes mesmo, em 1966, durante a IV Jornada Sul Riograndense de Psiquiatria, o psiquiatra Dr. Luiz Cerqueira (1973, p. 19) mencionava a existência de estatísticas “sobre as profissões dos pacientes crônicos, cogitando-se igualmente de seus gostos e interesses, com vistas à ocupação terapêutica. [...] verificou-se que metade da população hospitalar é composta de agricultores”.

Segundo o Dr. Gabriel, foi neste momento que surgiu “a idéia da montagem do Centro Agrícola de Reabilitação [...] pensando na possibilidade de reeducar para o trabalho nos minifúndios [...] os pacientes ali alocados”. O Psiquiatra, em seu discurso apresentado na 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Bento Gonçalves, em agosto de 1989, afirmou ter sido “seduzido pela proposta inteligente, humanizadora e ciosa da cultura dos internos” do Centro.

Ou seja, diante do número excessivo de pacientes crônicos de origem rural e passíveis de reabilitação, havia a possibilidade de se diminuir a população de internados no Hospital Psiquiátrico São Pedro⁴⁶. Quais eram as alternativas que estavam diante da equipe médica do São Pedro e dos técnicos da Secretaria da Saúde neste momento para resolver tal problema? Afinal, providências urgentes precisavam ser tomadas. Tornava-se, então, necessário desafogar o grande nosocômio a fim de melhorar sua estrutura interna e o atendimento ao doente mental. Neste sentido, as alternativas foram pensadas de acordo com a conjuntura político-econômica do início da década de 1970:

A década de 1970 é a de maior repressão política, do “milagre” econômico e de maior destinação de verbas para a assistência psiquiátrica no país. Nesse contexto, são contratados profissionais e instalados serviços de saúde mental junto às unidades sanitárias ou centros de saúde da capital e das principais cidades do interior [do Rio Grande do Sul], pela Secretaria Estadual de Saúde. A proposta é de setorização: atendimento aos doentes mentais por área geográfica. Proposta à qual o Hospital Psiquiátrico São Pedro se adapta e que tem como objetivo central reduzir a população atendida e cronificada naquele nosocômio. Nesse sentido os pacientes são levados para seus locais de

46 Efetivamente, o Centro Agrícola de Reabilitação contribuiu, juntamente com outros fatores, para diminuir o número de internados, pois a população do Hospital São Pedro passou de 5.000 pessoas no início de 1970 para 1.400, dez anos depois (FAGUNDES, 1992, p. 58).

origem ou para a Colônia Agrícola de Reabilitação Itapoã, criada junto ao antigo leprosário (FAGUNDES, 1992, p. 58).⁴⁷

Nesta perspectiva, o Centro Agrícola era concebido como uma decorrência do plano de extensão da saúde pública no estado. Segundo o “Relatório do Centro de Reabilitação Agrícola de Itapuã” (197-?), tal fato proporcionou “um auxílio efetivo por parte do Governo Estadual e Federal, através de verbas extras”⁴⁸. Na mesma linha, também é importante mencionar o Relatório Quadrienal de atividades da Secretaria da Saúde (1967 a 1970): “durante o período de 1967 a 1970, ampliou-se a colaboração do Governo Federal, através do Serviço Nacional de Doenças Mentais. As dotações daquele órgão destinadas ao Rio Grande do Sul, somaram CR\$ 390.500,00”.

Com o apoio financeiro, a implantação do Centro Agrícola começou a concretizar-se. Segundo o Dr. Kokot⁴⁹, o Centro foi pensado sob o prisma da comunidade terapêutica e da idéia de hospital comunitário⁵⁰, “medida(s) eficazes(s) contra a institucionalização”, cujo objetivo era “recuperar rapidamente o paciente para que ele voltasse às suas atividades normais” (PAULIN e TURATO, 2004, p. 249-250). Tal perspectiva, embasada, como veremos posteriormente, pelos preceitos da antipsiquiatria, assemelha-se, em alguns aspectos, às propostas das colônias agrícolas anteriores, nas quais a idéia de devolver os internados ao convívio social, ao menos segundo o discurso institucional, constituía-se também numa preocupação.

47 Tal fato parece não ter ocorrido da mesma forma em todas as instituições psiquiátricas do país. Segundo Tavolaro (2001, p. 41-42), em seu trabalho “A casa do delírio”, a respeito do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, em São Paulo: “A ditadura militar conseguiu fazer mal até para o manicômio [...] Sem nenhuma modernização de suas estruturas, o manicômio se transformou num verdadeiro depósito de loucos [...] O descaso do governo com o sistema de saúde mental resultou num dos capítulos mais nefastos da história do tratamento aos doentes criminosos do país. A instituição definhou”.

48 Contudo, o Centro Agrícola não parece responder à execução de uma política nacional que objetivasse especificamente a construção de colônias agrícolas naquele período, mas sim a um conjunto de circunstâncias mais pessoais que institucionais, características das experiências ocorridas na América Latina nos anos 70 e 80, consideradas verdadeiros “ensaios” do processo de Reforma Psiquiátrica. Tais “experiências-piloto”, segundo Desviat (2002, p. 139), contavam com “a presença de um profissional ou grupo de profissionais com capacidade de liderança e conhecimentos em técnicas comunitárias”.

49 O Dr. Cláudio Kokot titulouse pela Faculdade de Medicina da UFRGS em 1968, fez sua residência na Clínica Pinel, formando-se Médico Psiquiatra em 1971. Participou da construção do Projeto e foi o primeiro diretor do Centro Agrícola de Reabilitação.

50 A psiquiatria comunitária visava atender “aos interesses da classe trabalhadora, considerando-se fundamental a participação comunitária” (PAULIN e TURATO, 2004, p. 256). De acordo com Coimbra (1995, p. 127), “é essencialmente um trabalho grupal que visa questionar o próprio sistema asilar”.

O Centro Agrícola de Reabilitação era um órgão da Secretaria da Saúde e estava subordinado ao Programa de Saúde Mental do Estado. Assim, apesar de destinado aos pacientes do São Pedro, o Centro não era considerado uma unidade deste; nas palavras do Dr. Kokot:

nunca houve da parte das direções do São Pedro este reconhecimento, por eles, eu acho, se sentirem roubados. Até porque durante um bom tempo isso [o Centro Agrícola de Reabilitação] foi a menina dos olhos da Secretaria, então eu acho que [havia] um pouquinho de ciúme, um pouquinho de inveja.

Segundo um Relatório da instituição (197-), a equipe do Centro exercia funções dentro do São Pedro, atuando na seleção e preparação dos pacientes a serem transferidos. Porém, um dos problemas apontados em um Relatório dos anos 70 diz respeito, justamente, à posição administrativa da colônia agrícola de Itapuã:

O CAR (Centro Agrícola de Reabilitação) se depara com relativa freqüência diante de problemas de ordem administrativa, devido ao fato de não ser considerado divisão do Hospital Psiquiátrico São Pedro, não estar vinculado ao Hospital Colônia Itapuã, nem ser um Hospital independente destes.

Conforme o referido Relatório, o elo de conexão do Hospital Colônia Itapuã, do Hospital São Pedro e da Secretaria da Saúde ao Centro Agrícola era o médico-chefe desta última instituição, cargo exercido na época de sua fundação pelo já citado psiquiatra Dr. Cláudio Alberto Kokot (*Folha da Tarde*, 05/05/1975, p. 9).

Para compreendermos melhor a maneira como foi constituído o Centro Agrícola de Itapuã, cabe refletir sobre a composição de sua equipe dirigente. Segundo os depoimentos dos psiquiatras Castellarin e Camargo, a idéia de implantar o Centro partiu dos médicos Dr. Eurillice Pinto e Dr. Fernando Guedes⁵¹, então Chefe do Serviço de Saúde Mental da Secretaria da Saúde. Assim, foi reunida uma equipe multidisciplinar para atuar na instituição. Esta tarefa, apontada em um trabalho intitulado “A equipe psiquiátrica rural” (1975), como “nada fácil”, levou um ano para ser concluída devido a problemas de integração, pois inicialmente, “não havia uma ideologia em comum” entre os membros. A idéia era combater o individualismo dentro da equipe

51 Segundo o Dr. Castellarin, o Dr. Kokot e o Dep. Jair Soares, ambos os médicos citados já faleceram. O Dr. Guedes foi Secretário da Saúde na fase de idealização e início da implantação do Projeto, sendo depois substituído em 1972 por Jair Soares.

“que, quando presente, transforma a atuação do técnico em uma atividade narcisística de exibicionismo” (CASTELLARIN, 1983), através da efetiva constituição de uma unidade de grupo.

O problema de integração da equipe médica refletiu-se posteriormente no cotidiano da instituição. Tal fato pode ser constatado no trabalho do psiquiatra Castellarin (1983): “No ano de 1977 houve uma elevação no índice de fugas e suicídios, constando-se uma correspondência com um período de fraca integração na equipe, além de sérios problemas de relacionamento”.

Apesar destes conflitos, na fase de implementação do Centro Agrícola, parecia haver, entre os membros da equipe dirigente, uma idéia de superioridade em relação às demais instituições destinadas aos doentes mentais. De acordo com Castellarin (1983):

No início havia uma grande euforia, carregada de “onipotência” (todos os pacientes seriam reabilitados). Havia uma idealização quanto aos resultados. Os técnicos não poupavam esforços na dedicação à instituição, algumas vezes com prejuízo pessoal. Havia um mecanismo de retroalimentação desta euforia (tudo em Itapoã era melhor que nos outros lugares).

A equipe inicial era formada por três médicos, duas psicólogas, uma enfermeira e uma assistente social (CASTELLARIN, 1981, p. 26). O primeiro médico-chefe do Centro, Dr. Kokot, atribui a indicação à sua residência na Clínica Pinel.

De acordo com ele, a formação pela Clínica Pinel conferia ao psiquiatra a experiência com as chamadas oficinas de pacientes, ou seja, um espaço na própria instituição onde o doente poderia trabalhar, fazer artesanato e esportes, sendo supervisionado pela equipe médica. Tal experiência não existia para aqueles que faziam residência no São Pedro, visto que, conforme o depoimento do Dr. Castellarin e do próprio Dr. Kokot, o Hospital primava pela formação de psiquiatras que atuavam em consultórios.

Uma das primeiras dificuldades apontadas pela equipe médica dizia respeito ao “descrédito das pessoas para esta experiência”. Ainda segundo o Dr. Castellarin, um desafio fundamental foi justamente tentar mudar tal mentalidade da época:

de que o paciente que ia para o São Pedro era um paciente intratável, irrecuperável, que estava condenado a viver uma vida de asilo, uma vida completamente institucionalizada e então o CAR (Centro Agrícola de

Reabilitação) teve essa conotação, conseguiu mudar um pouquinho essa mentalidade.

Um outro problema enfrentado, conforme já salientado, foi o rechaço dos pacientes hansenianos que permaneciam no Hospital Colônia Itapuã e sentiam-se invadidos com a presença dos novos moradores. A área tão desprezada por Jacintho Godoy (1955, p. 220-221), apontada como tendo uma “localização de azar”, com “terras insalubres e áridas”, onde ocorreria a “promiscuidade de leprosos e doentes mentais”, foi escolhida para abrigar a instituição. De acordo com alguns dos psiquiatras envolvidos no projeto, a escolha recaiu neste local, anteriormente tão mal visto, por dois fatores: segundo o Dr. Gabriel Camargo, devido à qualidade do solo, e segundo o Dr. Cássio Castellarin, em virtude da ociosidade do espaço do Hospital Colônia, que precisava ser reocupado.

A área total do Hospital Colônia, conforme documento intitulado “Fazenda Santa Clara de Itapoã” (2002), era inicialmente de 7.000 ha, com 176 prédios, totalizando 23.429,98 m². No início dos anos 60, 213 Km² foram destinados à reforma agrária realizada no estado. Na década de 1970, segundo Castellarin (1983), a área voltada às atividades terapêuticas do Centro Agrícola, como jardim, horta, pomar, etc. somava um total de 40 ha⁵².

Destinou-se ao Centro um total de 6 pavilhões, com capacidade máxima para 200 internados. Segundo a entrevista do Dr. Castellarin, entre 1972 e 1982 foram hospitalizados 588 pacientes, destes, 452 saíram do Hospital por motivos variados tais como alta, fuga ou óbito. Durante a pesquisa não encontrei nenhuma outra fonte que revelasse o número exato de internados que passaram pela instituição.

Com a transferência dos pacientes do São Pedro, houve a reorganização interna dos pavilhões do Hospital Colônia Itapuã. Estes espaços encontravam-se, como ressaltou-se anteriormente, ociosos, pois, devido à diminuição da incidência da hanseníase no estado, desde o final da década de 50, não fazia-se mais necessário o internamento compulsório. Assim, estes pacientes ganharam sua liberdade, sendo

52 Na década de 90, a Lagoa Negra, com 1.817 ha, foi transferida ao Parque Estadual de Itapuã. Atualmente, o Hospital Colônia possui 1.251 ha, entre a área hospitalar, pastagem, reflorestamento e mata nativa.

permitido que saíssem do Hospital. Tal fato implicou a diminuição do número de internados, que passou de 700 para 340 em 1960 (BORGES, 2002, p. 117).

Contudo, o Hospital Colônia Itapuã continuou abrigando aqueles que não conseguiram se reintegrar novamente ao convívio social, ou seja, “antigos doentes deformados e incapazes, sem possibilidade alguma de recuperação” (SERRES, 2004, p. 164). Assim, os que não conseguiram a reintegração acabaram retornando ao Hospital Colônia, juntando-se àqueles que não ousaram de lá sair. Com isso, a transferência dos pacientes do São Pedro para o Centro Agrícola de Reabilitação reforçou o caráter segregador da instituição, provocando inicialmente revolta e depois aceitação. Segundo o depoimento do Dr. Castellarin:

seis meses antes de se levar os primeiros pacientes para lá, essa população foi trabalhada, foi entrevistada, foram feitas reuniões e havia um rechaço muito grande, eles diziam: já estavam os pacientes leprosos aqui agora vocês querem trazer os loucos da cidade para cá, o que vocês estão pensando?

Conforme o artigo da equipe médica intitulado “Tentativa de abordagem psicossocial de uma comunidade” (CONCEIÇÃO, 1972, p. 4), foram realizadas quatro reuniões com os pacientes hansenianos e duas com as irmãs franciscanas e funcionários do Hospital Colônia. De acordo com o referido estudo, as preocupações dos funcionários eram em relação à oferta de trabalho oferecida pelo Centro. As irmãs também mostravam-se contrárias à transferência de tais pacientes, deixando claro que não poderiam atendê-los pois sua ordem deveria ocupar-se apenas com o cuidado de leprosos. Já os hansenianos

repudiavam abertamente a idéia nas primeiras reuniões. Revestiam o doente mental de características de alta periculosidade e imoralidade. Posteriormente verificou-se que seu medo mais verdadeiro radicava-se no temor de perder o que haviam conseguido e serem expulsos (CONCEIÇÃO, 1972, p. 4).

Na última reunião com a equipe, os hansenianos trouxeram um abaixo-assinado no qual manifestavam seu desejo de não receber os pacientes psiquiátricos. Nem mesmo o diretor do Hospital Colônia concordava com tal transferência (CONCEIÇÃO, 1972, p. 4).

Segundo o trabalho citado acima, passaram-se seis meses da última reunião até a fundação do Centro. Neste período os hansenianos, através da *Zero Hora* (26/01/1972, p. 22), divulgaram seus temores. A reportagem “Protesto em Itapuã, Leprosos não aceitam doentes do São Pedro” revela que os hansenianos tinham medo dos “loucos furiosos”: “como é que nós iremos lavar a roupa, se basta os loucos pularem aquela cerca para nos agarrarem? E não venham me dizer que aquela cerca pode segurar um deles, quando está atacado” (*Zero Hora*, 26/01/1972, p. 22). A paciente estava se referindo à frágil cerca, ou tela, citada anteriormente. De arame, com aproximadamente meio metro de altura, essa cerca separava o Hospital Colônia Itapuã e do Centro Agrícola de Reabilitação, leprosos de loucos. Segundo a reportagem, a divisória teria sido construída às pressas para que o então Secretário da Saúde, Jair Soares, fosse visitar o local. Contudo, de acordo com os hansenianos entrevistados, o Secretário não desceu do carro e “nem perguntou o que nós sentíamos, ficando isolado assim”.

A idéia de que os loucos fossem causar algum tipo de mal era freqüente, fazendo com que a equipe médica garantisse que somente seriam transferidos os chamados “loucos mansos”. Neste sentido, cito alguns trechos de depoimentos de pacientes hansenianos:

eles avisaram [...] que iam vim [...] uma turma deles, mas não os piores [...], os bem furioso não iam vim, nenhum. [...] os médico falaro: [...] eles vão ser bem cuidados, vocês não precisam ter cuidado com eles, eles não vão fazer nada pra vocês; e outros já disseram é mas quem sabe uma hora a gente tá dentro de casa e vem um dele e dá uma paulada na gente aqui? [...] a gente sabe né, são pessoas que não sabem o que fazem, [...] eles não sabem, a mente deles não dá pra eles saber, eles não sabem, fazem e não sabem o que fazem, é diferente esta gente (Dona C.).

Nóis tinha medo deles ... Nóis tinha medo ... que disseram que eles eram louco né, ah ... os que tão morando agora ali desse lado aí é louco, ah ... e nóis tinha medo porque nóis nunca tinha visto falar em louco né e depois de certo eles foram se acostumando com nóis, nóis também com eles, né (Dona L.)

[...] no começo o pessoal tava meio assustado, tinha vindo do São Pedro, tinham medo que eles eram muito perigoso né, que avançavam nas pessoas, mas depois os... os próprios médicos falavam que não tinha problema, que os paciente que vinham pra cá eram os paciente bom, que não eram... que não atacava as pessoas né, abandonadas pelas famílias né, aí aí trouxeram do São Pedro pra cá, [...] o medo né, o pessoal tinha medo, mesmo que falavam que não tinha perigo na... mas a gente tava [...] um pouco com medo né (sr. L.).

Nestes trechos, a lembrança do medo, muitas vezes do desconhecido (“nunca tinha visto falar em louco”), aparece como algo recorrente, acompanhada de percepções de senso comum a respeito da loucura, do tipo: “eles não sabem o que fazem”; e da idéia de loucos furiosos que poderiam invadir as casas e “dar uma paulada na gente”, que “avançavam nas pessoas”. De acordo com Halbwachs (1990, p. 47), em diversas ocasiões, o grupo do qual se faz parte é responsável por inspirar idéias, sentimentos, paixões, as quais o sujeito julga emanar de si mesmo. Os hansenianos, percebidos como um grupo marcado por fortes traumas e exclusões, tinham percepções semelhantes em relação à loucura e a mesma determinação em não aceitar os novos moradores. Neste sentido, o depoimento individual desponta com um eco da memória do grupo social.

No entanto, o medo maior parecia ser em relação à perda do local onde habitavam, como pode ser percebido neste trecho da fala de uma hanseniana entrevistada pelo repórter do jornal:

Por que querem nos tirar daqui? Este lugar foi feito para nós. A maioria das pessoas não querem nos ver por perto. Somos humanos, mas existem muitos lugares em Porto Alegre para internarem os loucos do São Pedro. Eles não deviam trazê-los para cá (*Zero Hora*, 26/01/1972, p. 22).

Depois de seis meses, o trabalho com a comunidade hanseniana foi retomado com o auxílio da Assistente Social do Hospital Colônia Itapuã. Realizaram-se mais seis reuniões, visando explicar os objetivos do Projeto, como seria o tratamento dos pacientes transferidos, o que era doença mental e qual a área a ser ocupada pelos novos moradores. A integração entre os dois grupos foi mediada por trocas que variavam de revistas a baganas de cigarro, e não tardou muito a acontecer, conforme será visto posteriormente.

Portanto, a criação do Centro de Reabilitação enfrentou, de um lado, os preconceitos sociais que pregavam a impossibilidade de recuperação dos esquecidos nos “pátios lajeados do São Pedro”, e, de outro, o rechaço daqueles que já habitavam o espaço que passaria também a abrigar a loucura.

Além disso, havia a resistência dos próprios pacientes internados no São Pedro em habituarem-se ao novo tratamento no Centro de Reabilitação. Conforme um

registro no Livro de Ocorrência de 09 de setembro de 1972, do Dr. Kokot, os internados tinham dificuldade de “sair da situação acomodada” em que estavam no São Pedro, para viverem em um local onde deveriam trabalhar.

Segundo afirma o Dr. Cássio Castellarin (1983), evidenciando seu conhecimento da trajetória pregressa das colônias agrícolas no estado, “o objetivo era implantar um centro de reabilitação e não mais uma colônia que apenas desejava isolar os pacientes e obter mão-de-obra barata”. O Secretário da Saúde, Jair Soares, foi consultado a respeito da fundação de tal espaço e “mostrou-se entusiasmado com a idéia, ainda mais que o Hospital São Pedro deveria passar por uma reformulação” (*Folha da Tarde*, 05/07/72, p. 9).

Um dos caminhos a serem seguidos pela psiquiatria gaúcha e pela administração pública no início da década de 1970 era, portanto, a criação de uma colônia agrícola, ou melhor, um “centro de reabilitação”, cuja finalidade declarada consistia em:

resolver problemas psiquiátricos, sociais e econômicos, tais como: a) encurtar o tempo de permanência do paciente no hospital; b) evitar novas internações; c) devolvê-lo à comunidade como um elemento produtivo; d) diminuir a população dos “macro-hospitais”; e) modificar os padrões através dos quais a família e a sociedade estigmatizam o doente mental (CASTELLARIN, 1980).

Porém, a idéia inicial de fundação do Centro remonta à década de 1960 quando, conforme o depoimento do Dr. Cássio, “foram levados [a Itapuã] alguns pacientes do Hospital São Pedro para cortar, para ajudar na poda dos eucaliptos”. Estes “doentes” eram visitados semanalmente por um psiquiatra mas logo o projeto foi deixado de lado. Os internados transferidos para o Hospital Colônia, neste primeiro movimento de criação do Centro Agrícola, acabaram lá abandonados, onde “permaneceram como agregados, dedicando-se a pequenas tarefas e recebendo em troca alimentação e pousada” (CASTELLARIN, 1983). Assim como foi abordado anteriormente, mais uma vez evidencia-se a tênue linha que separa a terapia da exploração dentro dos espaços destinados à insanidade.

Apesar de ser uma idéia antiga, foi somente colocada em prática em 1º de julho de 1972, por “um grupo de psiquiatras e psicólogos que trabalhava no São Pedro e não se conformava em ver os pacientes crônicos condenados ao triste destino de completar seus dias na Divisão Clínica Pinel” (*Folha da Tarde*, 05/07/72, p. 9).

No entanto, mesmo participando de tal projeto coletivo⁵³ e, desta maneira, assumindo uma conduta que procurava viabilizar a recuperação dos pacientes crônicos e esquecidos no São Pedro, surgem, entre os “fundadores”, formas diferentes de interpretar como se constituiu e em que consistiu o Centro Agrícola. A implantação e o funcionamento da instituição, enquanto projeto coletivo da equipe médica, não foi vivido “de modo totalmente homogêneo pelos indivíduos que o compartilha(ra)m” (VELHO, 2004, p. 41). As interpretações se diferenciam, pois tratam-se de pessoas com formações, trajetórias e *status* variados, que participaram desta empreitada da saúde mental no Rio Grande do Sul. Os depoimentos revelam algumas dessas diferenças e contradições. Por exemplo: o psiquiatra Kokot afirma que as reabilitações não ocorreram de forma expressiva; enquanto que os psiquiatras Camargo e Castellarin referem-se ao alto número de reabilitados. Tal diferença é resultado da interação entre o projeto coletivo do Centro e as vivências singulares dos membros da equipe médica com seus projetos individuais (VELHO, 2004, p. 46).

É justamente a partir do depoimento de um dos psiquiatras entrevistados que início o próximo sub-capítulo. O Dr. Gabriel Camargo insere o Centro Agrícola de Reabilitação em uma espacialidade mais abrangente, envolvendo a saúde pública na América Latina no início da década de 1970, conforme veremos agora.

1.4. Entre enfiar quinino na boca dos nativos⁵⁴ e planejar: o Dr. Gabriel e o modelo CENDES/OPS

O Dr. Gabriel Camargo, na sua entrevista, situou a experiência do Centro Agrícola em um marco espacial mais abrangente, envolvendo as políticas de saúde que norteavam a assistência médica na América Latina do período. Parto então de sua fala a

53 Gilberto Velho (2004, p. 40-41), influenciado por A. Schutz, define projeto como a “conduta organizada para atingir finalidades específicas”. Segundo o autor, um projeto coletivo “não é vivido de modo totalmente homogêneo pelos indivíduos que o compartilham. Existem diferenças de interpretação devido a particularidades de *status*, trajetória [...]”.

54 Em seu depoimento, o Dr. Camargo afirmou que a saúde pública, antes do modelo CENDES/OPS, era considerada um europeu “enfiando quinino na boca dos nativos”.

fim de tentar compreender também esta dimensão, que contribuiu para a criação da instituição investigada:

O Centro de Estudos para o Desenvolvimento Econômico e Social da Organização Pan-americana de Saúde (CENDES/OPS) trabalhou [...] pesquisando e criando um sistema que era para [...] organizar e agilizar os serviços de saúde, com uma forma moderna e que pudesse atingir as pessoas em larga escala. Naquela época, já se tinha a idéia de que havia conhecimentos em saúde suficientes para melhorar a saúde de grandes massas da população da América Latina que estavam afetadas por problemas de solução relativamente simples como tuberculose, lepra, diarreia infantil, e outros problemas, [...] de fácil solução e com tecnologia já disponível e que, todavia, não logravam em chegar em nenhuma pessoa por falta de redes de serviços públicos que atingisse as pessoas.

O processo que levou ao modelo do CENDES/OPS iniciou durante a Segunda Guerra Mundial, através de propostas de programação de algumas atividades ligadas à saúde, com a finalidade de erradicar doenças infecto-contagiosas. Com tal objetivo, foram estabelecidos convênios entre o governo norte-americano e os governos de alguns países da América Latina. “Para a potência americana, a prática médica era vista como um fator de aumento da produtividade das massas trabalhadoras dos países dependentes e, ao mesmo tempo, tendo a finalidade de legitimação do sistema através da saúde” (CIAMPONE e PEDUZZI, 2004, p. 51). Conforme o Dr. Camargo,

na conferência de Punta del Leste, os americanos chegaram com a proposta da Aliança para o Progresso [...] os americanos impuseram de alto a baixo o sistema deles [...] A idéia de saúde pública que havia na Europa na época era muito derivada da polícia médica, era muito do higienismo, do sanitarismo higiênico e a piada que se fazia era que a saúde pública, até o surgimento do esquema CENDES, era um britânico de calças curtas dando quinino aos nativos, isso era a saúde pública: um britânico de caqui, calças curtas, chapéu de cortiça, enfiando quinino na boca dos nativos.

Segundo Ciampone e Peduzzi (1993), na Conferência de Punta del Leste, em 1961, os ministros norte-americanos perceberam a importância do planejamento enquanto forma de estimular o crescimento econômico e a melhora das condições de vida da população. Neste encontro, ficou estabelecido um “amplo programa de auxílio financeiro internacional conhecido por Aliança para o Progresso” (CIAMPONE e PEDUZZI, 2004, p. 51). Tal programa teve curta duração, limitando-se ao governo de

John Kennedy (1961-1963) e não atingiu os objetivos propostos (AGOSTINO, 2000, p. 630).

Na perspectiva do Plano, o acesso aos benefícios pelos países latino-americanos ocorreria de acordo com a elaboração de programas nacionais de desenvolvimento, com projetos ligados a diversas áreas como habitação, educação e saúde. É neste momento que se tem a criação do modelo “Centro de Estudos para o Desenvolvimento Econômico e Social”:

reconhecendo a necessidade de elaboração dos planos nacionais de saúde, a Organização Pan-americana de Saúde (OPS), encomendou ao Centro de Estudos del Desarrollo (CENDES) a elaboração do informe “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud” (CIAMPONE e PEDUZZI, 2004, p. 51).

A função deste estudo era apontar as necessidades ligadas à área da saúde. A idéia central vinculava o desenvolvimento econômico à melhoria das condições de saúde, atribuindo a esta a responsabilidade pelo desenvolvimento da América Latina (CIAMPONE e PEDUZZI, 2004, p. 51). Segundo o Dr. Camargo:

Esse conjunto de medidas defendidas por este sistema, CENDES, previa uma organização centralizada dos aparelhos de saúde pública, previa uma otimização dos recursos, e previa um aproveitamento profundo, até a última migalha, dos recursos em saúde. Previa ainda uma outra coisa, o marketing, pela primeira vez então se falava em técnicas de marketing em saúde, divulgando as idéias sanitárias, a ideologia do sanitarismo na época, divulgando os serviços e tornando os serviços mais acessíveis [...]

Para que o modelo do Centro de Estudos desse certo, tornava-se necessário que os investimentos produzissem “um retorno economicamente mensurável, de modo a maximizar o impacto sobre a saúde da população” (CIAMPONE e PEDUZZI, 2004, p. 51). O objetivo central era reduzir o número de mortes e de doenças.

O planejamento normativo, responsável por colocar em funcionamento o modelo CENDES, consistia em

um procedimento que tende a fixar normas de conteúdo racional, consistentes entre si, referentes a um momento futuro em que as metas quantificadas e situadas temporal e espacialmente não são confrontadas com nenhuma opinião (de peso) contra elas, que o plano, em seu conjunto, não tem oponentes e que o planejador é um técnico a serviço do político, que trabalha em um escritório de

planejamento que faz parte do governo para o qual o objeto do planejamento é o sistema socioeconômico (TESTA, 1992, p. 91).

Contudo, tal modelo é considerado ineficiente por muitos autores devido ao seu caráter excludente, não levando em consideração a realidade da maior parte da população envolvida. As críticas a este respeito apontam que o planejamento normativo desconsidera as diferentes determinações sociais e condições de vida que resultam em uma multiplicidade de riscos de se adoecer e morrer (CIAMPONE e PEDUZZI, 2004, p. 51). Segundo Mattus (1997, p. 7), “a teoria do planejamento tradicional, ou normativo, oferece-nos uma realidade amputada, pobre, ajustada aos conceitos limitados da teoria que acaba, por consequência, afastada da realidade”.

Desta forma, não se levava em conta as peculiaridades sociais e mesmo geográficas, aplicando-se um modelo fechado que não se enquadrava às realidades nacionais:

A proposta de criação de Programas de atenção à saúde aplicados em todo o território nacional, sem levar em consideração as especificidades de demanda nos diferentes espaços e territórios geográficos e principalmente os diferentes potenciais de benefícios e de riscos de cada grupo homogêneo, constituiu o escopo de diferentes propostas e planos de saúde, todas idealizadas num cenário onde as múltiplas variáveis foram excluídas (CIAMPONE e PEDUZZI, 2004, p. 52).

Elaborava-se um único plano, o qual almejava a solução dos problemas relativos à saúde apontados pelo planejador, como se estes ocorressem de maneira uniforme com toda a população. As tensões sociais não eram consideradas e, em alguns casos, escamoteadas para garantir o controle e impedir a participação da população (CIAMPONE e PEDUZZI, 2004, p. 52).

Cabe salientar que, neste tipo de planejamento, era o planejador, figura citada anteriormente - “um técnico que utilizava um conjunto de conhecimentos sistemáticos e que se preocupava fundamentalmente com a eficiência da utilização dos recursos” - quem tomava as decisões (CIAMPONE e PEDUZZI, 2004, p. 52). Neste caso, o planejamento normativo é um privilégio da força dominante (TESTA, 1992, p. 105). Como aponta o Dr. Gabriel, tal sistema vinha ao encontro da visão tecnicista dos governos vigentes durante a ditadura militar brasileira:

No Brasil o sistema CENDES/OPS foi empalmado então pela Associação Pan-Americana de Saúde [...] implicou em uma fusão [...], formando o INPS. Foi implantado a partir de 1964 [...] o certo é que os milicos aplicaram o sistema. Aplicaram o sistema unificando tudo no INPS, unificando o procedimento, criando redes de hierarquia e, pela primeira vez, empregando práticas de marketing, otimizando o uso de determinados medicamentos e generalizando, criando uma rede de hospitais, favorecendo a criação de novos hospitais. Então, esta primeira fase que vai de 63/64 até 1970 é a fase de implantação e organização dos serviços dentro desta linha.

Em terras brasileiras, durante o período militar, no ano de 1967 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930 (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 54):

O reforço do novo sistema deu-se com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) atrelado a um ministério específico: o da Previdência e Assistência Social (MPAS). Foram criados também um órgão único encarregado dos pagamentos do sistema, o IAPAS; um setor de informação nacional do sistema, o DATAPREV; e uma entidade com a finalidade específica de controlar a assistência médica pública: o INAMPS. Todos centralizados no MPAS (AGOSTINO, 2000, p. 695).

Em meio a este emaranhado de siglas, o que foi feito na prática resultou em um “superministério”, com uma grande disponibilidade de recursos financeiros (AGOSTINO, 2000, p. 695). Foi estabelecido um sistema dual: o INPS era responsável por tratar os doentes de forma individual, enquanto que o Ministério da Saúde, pelo menos na teoria, deveria “elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias” (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 54).

No Rio Grande do Sul, coerentemente com esta perspectiva, tem-se, no discurso governamental, o reforço da idéia de programação, conforme se pode observar no Resumo das Atividades da Unidade de Planejamento da Secretaria da Saúde (1967-1970):

[...] maior número de pessoas imunizadas; melhores condições de trabalho, maior cobertura à população, são certeza de que a instituição marca para cumprir a *programação formulada*.

Planejamento, vigilância epidemiológica, diagnóstico [...] são alguns dos instrumentos que assegurarão, à próxima administração condições de promover as ações de saúde compatíveis com as necessidades da comunidade (grifos meus).

Em 1970, no Relatório Anual da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do estado, fica novamente explícita a necessidade de planejar: “as atividades da Secretaria

caracterizam-se pela dinamização do processo de *Planejamento*” (grifo meu). Neste documento tem-se também um exemplo da ajuda dada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS), órgão regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual forneceu equipamentos, “viaturas, injetores, etc”, além de “ajuda técnica e consultoria permanente”. Na década de 1970, a OPS também participou diretamente do combate à malária no Brasil (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 41). O Dr. Gabriel salienta a articulação deste quadro geral com o projeto específico do Centro Agrícola de Reabilitação:

Pela proposta do CENDES/OPS e que a ditadura tomou a peito, saúde era sim uma questão de Estado e era um direito do cidadão e tinha que se dar. O resultado é que milhares de doentes acudiram no hospital psiquiátrico, formando um mega hospital no Hospital São Pedro, que já vinha progressivamente, desde a década de 70, crescendo. [...] Bom, então começou se pensar a possibilidade de mudar isso, de se deslocar as pessoas do Hospital São Pedro. [...] Aí é que surge então a idéia da montagem do CAR [...] pensando na possibilidade de reeducar para o trabalho nos mini-fúndios [...] os pacientes ali alocados.

Em 1972, o Ministério da Saúde, por intermédio de seu titular, Dr. Mário Machado Lemos, foi um dos signatários

do documento que se propunha nortear os rumos da assistência psiquiátrica para o continente. O documento, denominado “Plano decenal de saúde para as Américas”, foi elaborado com os demais ministros da Saúde de países latino-americanos em Santiago do Chile (PAULIN e TURATO, 2004, p. 249).

Neste documento, foram indicados os princípios básicos da assistência psiquiátrica brasileira. Assim, ficaram estabelecidas as seguintes propostas: diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenação do macro-hospital, criação de alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos, visando a devolver tais indivíduos ao convívio social (RESENDE, 1987, p. 65).

Sendo a saúde considerada uma responsabilidade do Estado, surge o Movimento Sanitarista, através da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), procurando “respostas para os dilemas da política de saúde nacional” (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 63). Um dos principais resultados desse Movimento foi a elaboração do documento chamado “Pelo

direito universal à saúde”, confirmando o compromisso do Estado com a assistência à saúde de toda a população. Segundo Bertolli Filho (1996, p. 63), “nesse texto, afirma-se com ênfase que o acesso à assistência médico-sanitária é direito do cidadão e dever do Estado”.

Assim, segundo o Dr. Camargo, “foi dentro deste enfoque que está montado o cenário onde surge o CAR”, deslocando-se os pacientes crônicos que superlotavam o São Pedro ao Centro Agrícola, visando “a pronta reintegração social do indivíduo” (CERQUEIRA, 1973). Era considerado um dever do Estado assistir um grande número de internados. Desta forma e diante de tais circunstâncias, uma das alternativas para solucionar estes problemas políticos e administrativos foi a criação do Centro Agrícola gaúcho. O círculo se fecha e voltamos novamente para a sua fundação.

* * *

Neste capítulo, procurei dar conta da primeira inquietação que motivou o presente estudo: compreender o processo de institucionalização do Centro Agrícola de Reabilitação. Para tanto, tornou-se necessário trazer ao leitor as experiências que antecederam a criação da instituição, através de percursos por temporalidades e espacialidades variadas. Assim, busquei mostrar que a criação do Centro não foi algo pré-determinado, mas sim um processo sujeito a múltiplas e, por vezes, contraditórias influências.

Fundado o Centro Agrícola em 07 de julho de 1972, objetivo agora vislumbrar um pouco de seu cotidiano repleto de conflitos e tensões, conforme poderá ser observado nos próximos capítulos, os quais tratam da dinâmica interna de funcionamento da instituição.

Capítulo 2

Tornar os loucos mansos: as estratégias institucionais

Neste capítulo pretendo, através do que De Certeau denominou de estratégias, analisar o cotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação. O autor chama de estratégias, “o cálculo (ou a manipulação) das relações de forças que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder (uma empresa, um exército, uma instituição científica) pode ser isolado” (DE CERTEAU, 2003, p. 99). As estratégias necessitam de um esforço constante para estabelecer suas relações com a exterioridade, sendo legitimadas através da construção de um discurso responsável pela articulação de um conjunto de lugares físicos onde ocorre a distribuição de forças (SCHMIDT, 1994, p. 88).

Pensando o Centro Agrícola sob tal perspectiva, verifica-se a existência de um discurso médico-científico que o justificava perante a sociedade, garantindo a manutenção de mais um local destinado a tratar a loucura. Assim, por meio de procedimentos estratégicos, permitia-se a articulação entre o discurso e o lugar físico no qual este atuava.

Segundo De Certeau (2003, p. 99-100), as estratégias possuem alguns efeitos consideráveis:

- 1) “O próprio é a vitória do lugar sobre o tempo”. Nesta perspectiva, as estratégias possuem uma independência em relação à variedade de circunstâncias.
- 2) “Domínio dos lugares pela vista”. Ou seja, o controle do espaço através da visão panóptica, tornando possível uma leitura antecipada dos lugares.
- 3) A existência de um poder preliminar ao saber, e não simplesmente seu resultado e seu atributo.

A partir destes efeitos relacionados às estratégias estabeleci os próximos sub-capítulos. Em **A vitória do lugar sobre o tempo: os limites da proposta “anti-São Pedro”**, procuro abordar o controle do tempo no cotidiano do Centro.

Em um segundo momento, no sub-capítulo denominado **Um domínio dos lugares pela vista**, proponho a análise do esquadramento da instituição sob uma perspectiva panóptica, através da qual a equipe médica, na tentativa de cumprir os

objetivos propostos pela instituição, observava e registrava o comportamento dos internados.

Por fim, em **A legitimação do espaço institucional**, busco analisar o poder/saber psiquiátrico que fundamentou a criação e o funcionamento do Centro de Reabilitação, percebendo também como ocorreu a legitimação da instituição frente aos próprios pacientes e atendentes.

2.1. A vitória do lugar sobre o tempo: limites da proposta “anti-São Pedro”

Em um livro de ocorrência, chamou minha atenção a frase: “O meu corpo está agindo bem sobre a minha psique”⁵⁵; principalmente pelo fato de ter sido escrita por um paciente e por expressar a perspectiva norteadora do discurso psiquiátrico que fundamentou o Centro Agrícola de Reabilitação, ou seja, o controle do corpo para curar os delírios da mente. Manter os pacientes em constante atividade laborativa era uma preocupação central a fim de garantir a eficácia da terapêutica adotada.

Sendo o trabalho a base terapêutica da Instituição⁵⁶, até mesmo no formulário de cartas enviadas aos parentes quando os internados saíam a passeio, ressaltava-se a necessidade de mantê-los ocupados: “durante a permanência em casa é importante que se mantenha ocupado com alguma atividade” (197-?). A ociosidade dos pacientes era encarada como uma aproximação ao modelo do qual a equipe médica desejava se afastar: o Hospital Psiquiátrico São Pedro. Na anotação de um atendente, em um livro de ocorrência, fica clara tal percepção: “Esta tarde nosso hospital está bem parecido com o HPSP (Hospital Psiquiátrico São Pedro), pacientes sentados, outros caminhando de um lado para o outro e o sr. D. deitado” (06/04/1973).

Assim, no intuito de reabilitar os internados através do trabalho, corpos e mentes eram permanentemente ocupados, sendo estabelecida uma série de normatizações

55 Anotação do paciente B. no dia 28/03/1973 em um livro de ocorrência. Segundo seus prontuários tanto no Hospital Psiquiátrico São Pedro quanto no Centro Agrícola de Reabilitação, este paciente era professor e lecionou no MOBREAL (Movimento Brasileiro de Alfabetização) que funcionou no Centro no início da década de 1970.

56 É importante mencionar que no Centro Agrícola também era utilizada a terapia medicamentosa, conforme poderá ser percebido ao longo do presente estudo.

que procuravam regular o cotidiano dos internos através de: horários rígidos de trabalho para cada setor, “rotinas”, esquadramento minucioso do espaço, “revistas” aos quartos dos internados, motivações (ou coações) para o trabalho, além de uma vigilância ininterrupta realizada pelos atendentes e, em alguns casos, pelos próprios pacientes.

No dicionário a palavra controle significa “fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, etc., para que não se desviem das normas preestabelecidas” (FERREIRA, 2001, p. 194). O controle exercido pela equipe dirigente do Centro Agrícola parecia atuar neste sentido, procurando garantir que as referidas normas fossem cumpridas para que o objetivo responsável pela criação da Instituição, ou seja, a reabilitação de doentes mentais através do trabalho, fosse alcançado.

Ao longo deste sub-capítulo objetivo analisar algumas tentativas de regular o dia-a-dia dos internados, as quais acabavam atuando como um mecanismo único através do qual a referida instituição (o lugar) buscava ordenar o cotidiano (o tempo). Assim, objetivando garantir que os objetivos institucionais fossem alcançados, ocorria a “vitória do lugar sobre o tempo”.

Nesta perspectiva, cito a longa lista de normas institucionais:

- 1) “Rotina para a viagem de pacientes” (1973);
- 2) “Rotina de correspondência relativa aos pacientes” (1973);
- 3) “Atribuições da chefia do serviço de enfermagem” (1974);
- 4) “Rotina de alta” (1975);
- 5) “Normas para o trabalho a terceiros” (1978);
- 6) “Nova dinâmica de atendimento de pacientes do HCI”, onde se estabelece como os pacientes recentemente transferidos devem ser recebidos por todos os setores do CAR (197?);
- 7) “Atribuições ao coordenador da recreação” (197?);
- 8) “Normas para a avaliação dos líderes de setores no CAR” (1981);
- 9) “Rotina de visitas e regulamentos para o uso do quarto de visitas do CAR” (1984);
- 10) “Rotina de funções da enfermagem” (s/d);
- 11) “Rotina para pacientes usufruírem recursos médico-clínicos” (s/d);
- 12) “Atividades dos líderes” (s/d);

13) “Atribuições dos atendentes” (s/d) e

14) “Rotina para ser usada em caso de suicídio ou morte de pacientes” (s/n).

A título de exemplo do grau de minúcia de algumas dessas normas, cito alguns trechos desta última “Rotina”:

1. Prestar imediatamente e prontamente socorro a vítima, mesmo que haja indícios de estar morto a tempo.
2. Junto com mais uma pessoa, remover a vítima para um local aberto, desnudar o tórax, e fazer uma ausculta (aplicar o ouvido no peito e costas, para conhecer os ruídos que se produzem dentro do organismo). Nos casos de enforcamento desobstruir (desimpedir) as vias respiratórias, removendo a corda, e, pela boca do paciente, tentar a cavidade oral. [...]
4. Ficar prestando assistência a vítima, e mandar outra pessoa ou paciente, chamar o médico de plantão para constatar o óbito. Nos casos em que o óbito for por demais evidente, ficar junto da vítima, que deverá ser removida tão logo chegue o médico, não devendo enquanto aguarda o médico, ficar exposto, pendurado ou submetido a qualquer situação que possa provocar alarme ou repulsa aos demais pacientes.

Tais normatizações, denominadas em sua maioria de “rotinas”, visavam, portanto, garantir a ordem institucional, controlando o cotidiano do Centro e, neste sentido, algumas vezes, acabaram aproximando-o da “burocratização do comportamento” que ocorria nos manicômios tradicionais (VIZEU, 2005, p. 34). Segundo Alves e Maravolta (2001, p. 159), esta também era uma característica do São Pedro:

Quando institucionalizado no manicômio, o sujeito deve acompanhar e obedecer todas as regras impostas à coletividade, as chamadas “rotinas”: horário para dormir, para acordar, horário das refeições, das medicações, horário de assistir televisão, [...] horário, horário... Nada pode romper esta “organização”, caso aconteça, tem-se as penalidades cabíveis: não tomará café, pois acordou tarde; não sairá a passeio, pois discutiu com um membro da equipe [...]

As “rotinas” auxiliavam ainda a fixar identidades e automatizar decisões no dia-a-dia do Centro Agrícola. Segundo o Dr. Castellarin (1983), os pacientes precisavam destas normas para se sentirem seguros; contudo, conforme veremos posteriormente, tais “rotinas” poderiam servir também para que a própria equipe dirigente se sentisse “segura”, garantindo o bom funcionamento da instituição e o cumprimento de seus objetivos.

Assim, o controle do tempo e as normatizações manifestavam-se sobretudo através de diversas “rotinas”, as quais, segundo o “programa terapêutico” do Centro, objetivavam contribuir para a “reabilitação psicossocial e laborativa do paciente psiquiátrico” (CASTELLARIN, 1983). Portanto, estabelecia-se uma relação fundamentada na terapia e na reabilitação, procurado garantir que as normas fossem cumpridas, mantendo os internados permanentemente ocupados, (re)moldando os corpos, treinando-os novamente para a vida em sociedade.

Segundo documento da Escola de Saúde Pública sobre a proposta do Centro de Reabilitação (197-?), este funcionava como uma “pequena sociedade com todos seus problemas, suas tensões, suas gratificações e frustrações”. E, como em toda a sociedade, havia “normas a serem cumpridas”. Os pacientes deveriam conhecer os regulamentos “por mais doentes” que fossem, além de serem obrigados a exercer sua “parcela de trabalho e participação”. Conforme apontado no capítulo anterior, utilizando o trabalho dos pacientes, a psiquiatria procurava transformar os internados “em indivíduos capazes e responsáveis” (ENGEL, 2001, p. 241). Foucault (2000, p. 480), embora tratando de outro contexto, auxilia na compreensão deste ponto:

Em si mesmo, o trabalho possui uma força de coação superior a toda as formas de coerção física, uma vez que a regularidade das horas, as exigências da atenção e a obrigação de chegar a um resultado separam o doente de uma liberdade de espírito que lhe seria funesta e o engajam no sistema de responsabilidade.

Em documento intitulado “Critérios adotados para a seleção” (197-?), tem-se uma lista de atividades que poderiam ser desenvolvidas pelos pacientes no Centro Agrícola, são elas: olaria, transporte (caminhão e lenha), calçamento de ruas, limpeza de ruas e jardinagem, grupo de capina, horta, barreira, corte de lenha, serviço geral, lavanderia, refeitório, valetamento, limpeza de campo, oficina mecânica, marcenaria, serra de lenha, cozinha, colheita por ocasião de safras.

O horário de trabalho variava em cada setor⁵⁷, podendo ultrapassar nove horas diárias, conforme se pode perceber em um Relatório de Atividades do setor de Psicologia do Centro (1975):

57 Não encontrei na documentação nenhum registro a respeito do número exato de pacientes que atuava em cada setor.

- na lavanderia trabalhava-se 8 horas por dia, das 8h às 16h, cinco dias por semana, dois sábados por mês;
- no refeitório trabalhava-se seis dias por semana, num total de 9h e 30min por dia;
- na horta trabalhava-se no turno da manhã, das 7h30min às 10h45min e, no turno da tarde, das 13h às 17h.

As demais atividades, como “capina, tarefas de tambo, confecção de composto, aramar terreno, limpeza de campo, reparo de cercas, plantio, capina e colheita de milho, mandioca e construção de valas para o escoamento de água”, eram também realizadas em dois turnos, das 7h às 11h e das 13h às 17h.

Segundo o depoimento do paciente C., o trabalho realizado parecia ser bem mais exaustivo, exigindo que os internados levantassem ainda de madrugada:

o trabalho de antigamentos, olha sabe que hora que alevantava os paciente aí? [...] às quatro e pouco da manhã os paciente já tinham que tá lavando a cara. [...] antigamente a gente tinha que trabalhar até às onze e meia, vinha armoçar, descansar um pouquinho, já pegar no cabo da enxada de vorta. [...] depois que eles diminuíram, pra não morrer tudo.

Tal evocação sugere ou uma disparidade entre normas e práticas, ou, no mínimo, a conservação da lembrança de um grande esforço físico relacionado ao trabalho desenvolvido no Centro.

O controle dos corpos e do tempo dos internados, ainda que estruturados sob uma perspectiva terapêutica que visava garantir a reabilitação, acabou, em certos momentos, tornando relativa a proposta “anti-São Pedro” difundida pelo grupo dirigente do Centro. Diante dos imprevistos do cotidiano, de modo semelhante ao que ocorre nas chamadas “instituições totais” analisadas por Goffman (1999, p. 17), as atividades diárias possuíam horários definidos, sendo toda a seqüência imposta por meio de um sistema de normas que atendia a um plano racional, pensado para responder aos objetivos da instituição. Neste sentido, fazer os pacientes trabalharem, de acordo com um controle rigoroso do tempo e de uma série de “rotinas”, era percebido pela equipe médica como uma maneira de atingir o objetivo maior da instituição: a reabilitação. Talvez as razões para tal controle tenham se originado da necessidade de se administrar um grande número de pessoas; segundo Duarte Júnior (1986, p. 88): “é

mais fácil administrar necessidades quando os indivíduos se movem em bloco. Com isso, são mais facilmente vigiados”.

Tais características remetem ao panóptico de Bentham, em que vários indivíduos podem ser controlados por um único vigia. Esta forma de controle, segundo o pensador inglês (1987, p. 199), fundamenta-se na inspeção: “Uma inspeção de um novo gênero, que surpreende a imaginação mais do que os sentidos, que coloque centenas de homens na dependência de um único, dando a este homem uma espécie de presença universal no recinto de seu domínio”. Em tal perspectiva, objetivava-se que a constante visibilidade conduzisse à perda da capacidade de fazer o mal e mesmo da vontade de fazê-lo (BENTHAM, 1987, p. 201 e 204)⁵⁸.

Apesar de possuir uma aparência bucólica, lembrando a paisagem de algumas pequenas cidades do interior, no Centro Agrícola, a vigilância acabava, muitas vezes, limitando a própria perspectiva “anti-São Pedro”, aproximando a instituição da proposta do reformador inglês. Por exemplo, a liberdade dada aos internados de possuírem objetos individuais chocava-se com as chamadas “revistas”. Em uma anotação de 27 de novembro de 1977, no Livro de Ocorrência, por exemplo, um atendente registra que, durante a “revista no pavilhão nº 4”, foram encontradas cinco toalhas no armário de S. No entanto, era permitida apenas uma toalha para cada paciente e S. teve que devolver as excedentes. Logo, os internados poderiam sim guardar objetos particulares, desde que esses estivessem de acordo com o estipulado pela instituição.

Tal liberdade aparente pode ser pensada como a possibilidade dos internados conservarem uma espécie de “estojo de identidade” controlado. Goffman (1999, p. 28) salienta que, durante a internação, é quase impossível guardar objetos que permitam a manutenção da aparência pessoal. Sem este “estojo de identidade”, na expressão do autor, o internado fica desprovido de seu aspecto usual, ocorrendo uma desfiguração pessoal ao longo do internamento. As barreiras impostas pelas “revistas”, no caso do Centro Agrícola, controlando o que podia (ou não) ser mantido, limitavam (mas não anulavam) as possibilidades do paciente manter-se o “mesmo”, ao menos em sua aparência física, durante o período de internação.

58 Este aspecto será analisado com mais vagar no próximo sub-capítulo.

As “revistas” e o controle constante eram realizados principalmente pelos atendentes, os quais atuavam como os “olhos” da equipe dirigente na instituição. Segundo o psiquiatra Luiz Cerqueira (1973, p. 4), este “personagem” - o atendente - surge no Rio Grande do Sul: “figura nova, tão pouco tendo a ver com o atendente convencional [...] se constitui numa invenção gaúcha, só encontrando similar na Inglaterra, [...] com nome evidentemente mais feliz – atendente social”.

O atendente atuante no Centro Agrícola de Reabilitação não obedecia às mesmas características do seu correlato inglês, pois este último não era “um servente semi-analfabeto, mas às vezes um estudante de medicina, de psicologia ou de serviço social” (CERQUEIRA, 1973, p. 4). Os atendentes da instituição estudada, ao contrário, eram indivíduos selecionados na comunidade vizinha ao Hospital Colônia Itapuã, em sua maioria semi-analfabetos. De acordo com o depoimento do Dr. Kokot, a própria equipe médica selecionava e treinava tais funcionários, evidenciando sua preocupação com o funcionamento da instituição:

Um outro trabalho que a gente fez [...] foi selecionar funcionários, selecionar e treinar funcionários. Uma coisa muito bem vista pelo pessoal de lá porque de repente se abria um campo de trabalho, porque sempre foi um problema sério foi a falta de oferta de trabalho. Agora, por um outro lado, foi um trabalho muito duro porque transformar pessoas de muito pouca instrução em pessoas com treinamento necessário para lidar com doentes mentais, sem ser uma coisa policial, foi um trabalho difícil e que teve que ser continuado ao longo do tempo.

Porém, mesmo sendo considerada uma idéia “muito bem vista” pelos moradores da Vila de Itapuã, havia o rechaço e o medo destes em relação à transferência de doentes mentais para a região. Ainda segundo o Dr. Kokot:

Se, por um lado, a oferta de emprego era uma coisa que atraía a Vila de Itapuã, por outro lado, os moradores tinham os mesmos receios dos hansenianos, “agora vão largar os loucos aqui, o que eles vão fazer, vão assaltar as nossas casas, vão violentar nossas crianças”, enfim todas essas fantasias que o pessoal tem.

Conforme analisado no capítulo anterior, tais “fantasias” permeadas por percepções ligadas ao senso comum à respeito da loucura, como a idéia de que os pacientes iriam “assaltar” e “violentar crianças”, estavam muito presentes também junto

à comunidade hanseniana que habitava o Hospital Colônia Itapuã. Estes antigos moradores da instituição receavam dividir seu espaço com aqueles que sofriam de uma doença sobre a qual pouco se conhecia e muito se imaginava.

No entanto, apesar de todas as “fantasias” em relação à loucura, diversos moradores da região aventuraram-se nesta inusitada possibilidade de emprego. O critério principal para a contratação dos atendentes dizia respeito à familiaridade com a terra, pois a idéia do Projeto era que esses ajudassem os pacientes a restabelecerem o vínculo com as atividades ligadas ao campo. Em um texto da Escola de Saúde Pública, intitulado “O que é o atendente psiquiátrico?” (197-?), este novo personagem foi definido como “elemento chave da equipe”, pois era ele que passava a maior parte do tempo com os pacientes, vigiando-os e registrando o seu cotidiano.

Assim, segundo o discurso da equipe médica, os atendentes deveriam ter afinidade com as tarefas do campo para auxiliar os internados durante o tratamento. Contudo, como estimular pacientes acostumados à ociosidade da vida asilar a trabalharem? Vimos que o tempo era esquadrihado conforme o setor de trabalho, mas como fazê-los trabalhar?

De acordo com a entrevista do Dr. Gabriel Camargo: “os pacientes eram convocados e convidados de manhã cedo, logo depois do café, a irem para o trabalho. Eram um pouco coagidos [...]. Claro, quem não vai para o trabalho depois não ganha o cigarro, e não tem pontuação”. Assim, convocados, convidados ou coagidos, os internados deveriam sempre se manter ocupados.

Os pacientes do Centro Agrícola recebiam quatro cigarros por dia de trabalho. Além disso, a pontualidade era premiada com cigarros extras, distribuídos inclusive aos não fumantes que revendiam o produto. Tal procedimento, em certas ocasiões, causou desentendimentos, pois alguns “compradores” não pagavam os cigarros adquiridos. Um dos motivos era que parte do dinheiro dos internados, segundo o Dr. Camargo, ficava retida em uma conta bancária, a qual deveria auxiliá-los quando recebessem alta, e também, para que não gastassem todas as suas economias em cigarros. O paciente A. deixou seu registro sobre tal situação:

[...] os pacientes que deixaram seu dinheiro depositado [...] todos os dias me ficam pedindo fumo, cigarros, fósforos, etc. Eu tenho lhe dito que retirem um

pouco de seu dinheiro para comprar [...] com meu dinheiro eu não os forneço mais (Livro de Ocorrências, 30/0/1973).

Assim, tornou-se necessário, conforme registrado por um atendente no Livro de Ocorrência em 06/10/1982, que tal procedimento fosse revisto, pois, de acordo com a referida anotação, se os não fumantes não recebessem mais cigarros, os conflitos poderiam ser evitados⁵⁹.

A pontuação dada a cada paciente ao final do dia determinava o número de cigarros a serem recebidos, além de outros pequenos privilégios. Esta era uma forma de avaliação dos pacientes e também pode ser encarada como um outro mecanismo de controle, servindo de motivação à realização do trabalho. Também ao término de cada expediente, o internado recebia uma nota de um a quatro. Tal procedimento era realizado pelos atendentes e pelos “líderes de grupo”, pacientes que representavam os diferentes grupos de trabalho. Segundo o documento “Atividades dos líderes” (197-?), estes deveriam ser o “exemplo do grupo”, garantindo a disciplina, além de “avaliarem” no fim de cada turno, junto com o atendente, os pacientes de seu setor. Assim, a pontuação referida pelo Dr. Gabriel era dada pelo líder juntamente com os atendentes. As avaliações funcionavam da seguinte forma:

Cada grupo de oito, 15 ou mais pacientes possui um atendente, que os acompanha nas atividades da lavoura. Estes são responsáveis pela avaliação de comportamento, atribuindo, no fim do dia, um número determinado de pontos, que dá direito a dinheiro para as compras de cigarros e outros objetos de uso pessoal dos doentes (*Folha da Tarde*, 5/07/1975, p. 9).

A indicação de líderes de grupo inspirava-se na perspectiva apontada pelo psiquiatra alemão Hermann Simon⁶⁰, visando, segundo ele, a “valorização dos doentes

59 A utilização do cigarro como uma moeda e um instrumento de barganha não era algo restrito ao Centro Agrícola. Tal procedimento foi analisado por Goffman, que o chamou de “ciclo do cigarro”. Segundo Bourdieu (2004, p. 11), o sociólogo canadense observou que alguns pacientes se submetiam a situações humilhantes com o objetivo de obterem fumo, como no caso de internados que esperavam que membros da equipe dirigente fumassem quase todo o cigarro a fim de herdá-lo, pois, ainda que a bagana fosse muito pequena, esta podia servir para fornecer ao menos um pouco de fumo. Observar tais procedimentos infinitesimais revela exatamente o que Goffman procurou mostrar, aquilo que “permanecia ignorado, porque muito evidente” (BOURDIEU, 2004, p. 11).

60 O psiquiatra inglês Hermann Simon é considerado o pioneiro em utilizar o trabalho de pacientes como um recurso terapêutico, denominando tal prática de terapia ocupacional, ou terapêutica ativa, na década de 1920 (CARVALHO, 1995, p. 28). Conforme visto anteriormente, o Centro Agrícola fundamentava-se

por sua participação no funcionamento do hospital” (apud VERTZMAN, 2004, p. 21). Segundo o Dr. Kokot, a obra de Simonn, “Por uma terapêutica ativa do Hospital psiquiátrico”, foi um dos estudos que orientou a criação do Centro. Contudo, esta “valorização” tinha limites, pois, cabia aos atendentes a avaliação dos líderes e, em alguns casos, quando estes não obedeciam às suas ordens, eram, conforme anotação no Livro de Ocorrência de 21/11/1977, “colocados em seu lugar”:

Por combinação minha e do atendente chefe, fomos recolher os lençóis que ainda estavam meio molhados, mas em condições de passar na maquina, os quais foram quase todos pegos. Porém [...] tive dificuldades com o líder que não queria recolher e não deixava que os outros fizesse; por este motivo eu baixei os pontos do líder, o qual não gostou, pois sempre, quer avaliar a todos, deve ser colocado no seu lugar de paciente.

Os pacientes designados como líderes de grupo, considerados pelo Dr. Camargo verdadeiros “entusiastas do trabalho”, estavam no último estágio do tratamento, denominado de pré-alta⁶¹. Eram avaliados duplamente, pelo modo como supervisionavam os demais pacientes e por suas atividades no setor. Conforme o documento intitulado “Normas para avaliação dos líderes de setores no CAR” (1981), o mais importante era que o líder permanecesse “ocupado durante todo o período de trabalho, tendo em vista o caráter terapêutico da função”. Estes possuíam ainda uma série de atribuições, como pode ser observado no documento “Atividades dos líderes” (1979):

1. Chamar os pacientes e reuni-los em grupo antes de iniciar o trabalho.
2. Ser o exemplo do grupo. Levantando antes, chamando o pessoal, tendo iniciativa, mostrando interesse pelo trabalho, e outras atitudes, como amor ao trabalho.
3. Mostrar e ensinar o trabalho para os pacientes, sempre que tiver um novo trabalhador ou quando mudar o trabalho.
4. Persistir ensinando àqueles pacientes que têm dificuldades.
5. Trocar as tarefas daqueles pacientes que não estão conseguindo se adaptar dentro do mesmo setor.
6. Coordenar o grupo durante o expediente, supervisionando o seu trabalho, mostrando as dificuldades de cada paciente.

principalmente na laborterapia, contudo alguns aspectos que caracterizam a terapia ocupacional parecem ter sido assimilados, como no caso da escolha de pacientes como “líderes de grupo”.

61 No próximo sub-capítulo, será abordada a questão da divisão do Hospital em três zonas, sendo que a terceira etapa do tratamento era a fase pré-alta.

7. Falar para o atendente, encarregado do setor, das suas dificuldades pessoais e do setor como: falta de ferramenta, quantidade de pacientes.
8. Levar para a reunião de grupo, a troca de setor de trabalho daqueles pacientes que não conseguiram se adaptar.
9. Avaliar no fim de cada turno, junto com o atendente, os pacientes de seu setor.

Cabe citar alguns exemplos “práticos” da atuação dos líderes no intuito de controlar seus “subordinados”. O paciente B.M., responsável por lecionar no MOBREAL que funcionava na instituição, queixou-se no Livro de Ocorrência, da atitude de um de seus “alunos”: “Na aula de hoje, o A. P., assobiou duas vezes” (13/07/1973). Outros, apenas registravam que não havia ocorrido problemas: “hoje na limpeza foi tudo bem” (B.F., 17/11/1973).

Além das reuniões de grupo, os líderes se encontravam semanalmente para a chamada “Reunião do Conselho dos Representantes” (Livro de Ocorrências, 13/07/1973). Em 21/07/1973, por exemplo, o paciente B.F. registrou o número de ausentes e algumas decisões tomadas na referida ocasião:

3 ausentes
Seria favor se os chefes de grupos tratassem nas suas reuniões com os pacientes de não tirarem o jornal do quadro mural.
Foi resolvido as quais as árvores frutíferas para o fundo do pavilhão número 1.

De acordo com o Dr. Camargo, havia ocasiões nas quais certos pacientes, principalmente aqueles que ele denominou de “entusiastas do trabalho”, acabavam se identificando fortemente com seu ofício e com os produtos gerados por suas atividades, o que, em alguns casos, poderia resultar em gestos extremos, como suicídios, conforme será analisado no próximo capítulo. Tal atitude certamente envolve questões mais profundas, tais como os valores culturais, as relações sociais e os modos de vida dos sujeitos envolvidos, as quais não puderam ser totalmente reveladas através das fontes utilizadas por este estudo. Neste sentido, penso que não se pode reduzir a carga subjetiva que cerca tal gesto apenas ao discurso médico, mas cabe aqui citá-lo como uma das interpretações possíveis.

Assim, a equipe médica procurava regular o cotidiano do Centro Agrícola, objetivando assegurar que a terapêutica adotada fosse cumprida para que a reabilitação dos internos ocorresse. Procurava-se garantir uma uniformidade

independente das circunstâncias criadas pelos pacientes. Neste sentido, o lugar aparentemente vence o tempo, agindo por meio da regulamentação de horários, atividades programadas e vigilância constante. Com esta mesma preocupação, procurando garantir a eficácia dos objetivos institucionais, tornava-se também necessário esquadrihar o espaço institucional, o qual pode ser percebido sob uma perspectiva panóptica, como procuro mostrar agora.

2.2. Um domínio dos lugares pela vista

Neste sub-capítulo quero analisar o esquadrihamento espacial do Centro Agrícola, percebendo a instituição sob a perspectiva da vigilância panóptica, pela qual todos os atos dos internados deveriam ser observados e registrados. Tal análise será empreendida através de três pontos principais:

- 1) as limitações físicas ou simbólicas dos espaços destinados aos moradores da instituição e a difícil convivência entre loucos e leprosos;
- 2) as diferentes “progressões para o trabalho”, que afastavam gradualmente o doente da instituição, bem como questões ligadas às gratificações, premiações e outros pequenos privilégios que procuravam estimular o paciente a trabalhar, atuando também como forma de controle, e ainda algumas concepções a respeito do trabalho do doente mental dentro de instituições psiquiátricas e
- 3) a vigilância exercida através de diferentes olhares, procurando fixar cada corpo em seu lugar.

Conforme mencionado na Introdução e no primeiro capítulo, o início do Projeto provocou uma reestruturação espacial interna do Hospital Colônia Itapuã. O espaço institucional foi dividido por uma cerca separando lepra e loucura, cada qual de seu lado⁶². A cerca de tela era vista pela equipe médica do Centro como uma forma de prevenção em relação à hanseníase. Contudo, os novos moradores percebiam a delimitação de outra forma:

62 A respeito do convívio entre pacientes hansenianos e psiquiátricos, ver BORGES, 2006, p. 99-105.

“Eles diziam que tinha os leprosos do outro lado, mas a cerca eu acho que era para nós não sair” (J.).

“Eles diziam que lá não podia ir porque era o leprosário, não pertencia a nós, mas acho que a tela existia para ninguém sair” (M.).

A tela era, portanto, encarada por alguns pacientes do Centro Agrícola de Reabilitação como uma forma institucional de manter o isolamento. Os dirigentes afirmavam que esta separação tinha a finalidade de protegê-los; porém, na ótica dos “loucos mansos”, a intenção era contê-los, impedindo seu livre deslocamento. Para se compreender a percepção dos pacientes, deve-se considerar que estes eram indivíduos marcados por longos anos de confinamento em “instituições totais”. Como citado anteriormente, segundo Goffman (1999, p. 16), tais locais possuem tendência ao fechamento, ou seja, às limitações em relação ao contato com a sociedade exterior, representadas por “proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos”.

No Centro de Reabilitação, a liberdade aparente conferia ao ambiente um aspecto bucólico e sereno presente em algumas pequenas cidades do interior, de onde provinha boa parte dos internados. Uma das únicas separações visíveis era a já mencionada tela dividindo “loucos” e “leprosos”, a qual, pelo seu tamanho e constituição, pouco funcionava como uma efetiva barreira física.

Contudo, a mata fechada que circunda a instituição, juntamente com a Lagoa dos Patos, a Lagoa Negra e a distância em relação ao centro urbano, funcionavam como limitações naturais, as quais realmente tornavam a liberdade ilusória havendo inclusive fugas frustradas, as quais serão abordadas no próximo Capítulo. Assim, coerentemente com a proposta “anti-São Pedro”, não havia impedimentos físicos ostensivos, como arame farpado, fossos ou paredes altas, mas a própria natureza encarregava-se de limitar a livre circulação dos pacientes; mais uma vez o lugar vencia o tempo...

A possibilidade de contato dos loucos com os leprosos e o medo do contágio da doença (hanseníase) eram preocupações muito presentes entre os atendentes do Centro, como se pode perceber nesta anotação feita em um livro de ocorrência:

O paciente A. D. deve ser impedido de passar para o lado dos hansenianos. Toda vez que isso acontecer, atendentes e pacientes que estiverem por perto, devem falar com ele tentando conscientizá-lo de que só vai ser prejudicado. Por outro lado, é bom lembrá-lo de que agora esta trabalhando e fazendo parte do grupo e só falta deixar de catar cigarros no setor hanseniano, para que esteja colaborando com o seu tratamento e melhora (24/01/1973).

Em outra anotação de um atendente, os mosquitos, que certamente não eram contidos pela cerca, são encarados como um risco, pois se pensava que podiam transmitir a hanseníase:

estive notando que tinha “mosquitos a dar com pau”, fui olhar no almoxarifado se tinha remédio para os bichinhos mas só tinha bombas. Peço para comprarem um pouco de inseticida para a gente se livrar destes mosquitos de noite e destas moscas de dia. Porque estes bichos vão do lado dos hansenianos, posam neles, lá e vêm pousar na gente e sugar o sangue de noite dos pacientes (07/02/1973).

O medo da lepra é secular⁶³, um temor de longa duração que remonta aos tempos bíblicos (FARREL, 2003, p. 66). Por esta razão, os “leprosos” foram exilados em Itapuã a partir de 1940, passando a viver “fora do acampamento/comunidade”, conforme prescrito na Bíblia. De acordo com Serres (2004, p. 33), o preconceito e o temor em relação à doença que ainda hoje existem devem-se às incertezas da ciência sobre a patologia⁶⁴.

63 Segundo Serres (2005, p. 27), as representações da Lepra, embora partam de uma realidade, a doença enquanto fenômeno biológico, são permeadas por outros elementos, como as idéias de impureza, sujeira, pecado, castigo. Os discursos sociais emitidos sobre a Lepra e os *leprosos* sempre estiveram urdidos pelo imaginário social. O mais tradicional discurso instituidor de um imaginário sobre a Lepra foi, sem dúvida, a Bíblia. No livro do Levítico, onde o Senhor ditou “as leis” a Moisés, a Lepra aparece como sinônimo de imundície, de sujeira, de impureza e o doente referido nos termos “limpo-sujo”. Nestas passagens bíblicas, duas referências chamam a atenção: uma sobre o tratamento que deveria ser imposto ao doente, viver fora do acampamento/comunidade; outra sobre a doença ser enviada pelo Senhor como praga/castigo. Estas “prescrições” iriam acompanhar os doentes de Lepra durante muitos séculos. Nelas, estava inscrita a necessidade do afastamento do *leproso*, de forma talvez instintiva, por “razões sanitárias”, mas, principalmente, seu banimento ocorria por motivos religiosos, o doente era considerado pecador e impuro, a doença fazia esta revelação.

64 A despeito dos conhecimentos adquiridos em relação à Lepra, a partir da descoberta do agente causador da doença, o *Mycobacterium leprae*, as representações do *leproso* iriam permanecer inalteradas por muito tempo. Estas permanências eram fruto de um imaginário social mais antigo, que se alimentava, muitas vezes, das incertezas que pairavam sobre a doença. Embora a ciência fosse capaz de identificar o bacilo da Lepra, era incapaz de afirmar como ele se desenvolvia e se propagava. As dúvidas em relação à transmissibilidade e a ausência de cura faziam com que a Lepra permanecesse quase um “mistério”.

Provocar pânico na população para que os leprosos fossem denunciados às autoridades sanitárias e enviados aos leprosários também era considerado uma medida profilática nos anos 20. Percebida como uma enfermidade de países “atrasados”, a descoberta do bacilo causador da doença no final da década de 30 parece não ter modificado as formas de tratamento. Ao contrário, a descoberta confirmou que a moléstia era contagiosa, trazendo à tona velhos temores que estimularam a segregação e a criação de novos leprosários, como o Hospital Colônia Itapuã em 1940 (SERRES, 2005, p. 49 e 57).

Talvez como resultado deste medo de longa duração, a integração entre “loucos” e “leprosos” demorou vários anos. Segundo um artigo da equipe psiquiátrica (CASTELLARIN, 1981, p. 27), ainda em 1981(!) manifestava-se “candente, o sentimento (receio) da população de hansenianos com a invasão do que consideram seu território”.

Em 1982, reclamava-se da existência de um buraco na tela, havendo o risco de se “misturar loucos e leprosos” (Livro de Ocorrência, 17/11/1982). Tal anotação parece reatualizar a visão de Jacintho Godoy, em 1926, antes citada, quando este afirmava que, com a instalação de uma colônia para alienados junto ao Hospital Colônia Itapuã, “ia se proporcionar a promiscuidade de leprosos e doentes mentais”.

Conforme a entrevista de Valenzuela, os primeiros contatos ocorreram pelas trocas realizadas através da cerca:

Até que um dia começou espontaneamente o intercâmbio de cigarros, através da cerca, depois foram revistas de mulher pelada, depois já começou o namoro. Até que um dia, o Valter, que era agrônomo, achou melhor que em uma parte da horta eles trabalhassem juntos, e trabalharam juntos por toda a vida, o resto do tempo. E isso uma questão que ficou neles o preconceito, mas, mesmo assim, nunca se misturaram em quartos, apesar de que, quando eu saí de lá, já existiam casais.

De acordo com o depoimento do Dr. Castellarin, a cerca foi retirada no início da década de 1990. No entanto, uma linha imaginária continuava a delimitar o espaço institucional: “quando retiraram a cerca, funcionou muito tempo como se continuasse existindo uma cerca, os pacientes continuavam não ultrapassando aquele limite onde existia a cerca, tinham respeito”. Exemplo de como as instituições disciplinares moldam,

muitas vezes, as subjetividades de seus pacientes-moradores, tornando desnecessária a existência de barreiras físicas.

Esta verdadeira sujeição, em que a cerca não precisava existir concretamente para que os pacientes respeitassem seu limite, acaba tornando desnecessária a utilização da força. Foucault (2002, p. 167), analisando o panóptico de Bentham, afirma que a sujeição oriunda do poder disciplinar não necessita da força “para obrigar o condenado ao bom comportamento, o louco à calma, o operário ao trabalho, o escolar à aplicação, o doente à observância das receitas”. Tal fato resulta em instituições com arquiteturas leves, sem grades nem correntes, pois o próprio internado sabe e impõe automaticamente, a si mesmo, os seus limites; conforme Foucault (2002, p. 168), nestas circunstâncias, este “torna-se o princípio de sua própria sujeição”.

Ainda a respeito do espaço físico, de acordo com o artigo da equipe médica “Um centro de reabilitação de doentes mentais crônicos: comunicação preliminar” (CONCEIÇÃO, 1972, p. 21), alguns prédios construídos para abrigar os hansenianos não foram utilizados e outros estavam em desuso. Somavam um total de 6 pavilhões, com capacidade máxima para 200 internados, reformados com o objetivo de receber os pacientes do Centro. Tais reformas foram realizadas pelos próprios internos. Segundo o referido artigo (p. 26), “um dos pacientes tem trabalhado com tanto empenho que o mestre de obras contratou-o como funcionário”.

Os pavilhões, construídos inicialmente para acolher os hansenianos, passaram a abrigar os novos moradores. Conforme Serres⁶⁵ (2004, p. 125):

Cada pavilhão tipo “Carville” (inspirado no modelo do Leprosário de Carville nos Estados Unidos) possuía 9 quartos com capacidade para até 3 doentes cada um. Ou seja, um pavilhão poderia abrigar 27 doentes. No total poderiam ser abrigados em torno de 400 doentes apenas nos pavilhões.

Um destes pavilhões era destinado aos pacientes que haviam recebido alta, ou que estavam na última fase do tratamento e, no entanto, não tinham, por motivos diversos, como retornar ao convívio social. Neste sentido, pode-se fazer uma analogia com o que Bentham (1987, p. 222) denominou de “libertos”, os quais “podem ser

65 A respeito das edificações do Hospital Colônia em 1940 e dos espaços destinados aos hansenianos ver Serres (2004).

comparados a crianças durante muito tempo tolhidas e que acabam de escapar da vigilância de seus mestres”. A fim de estabelecer novamente uma ligação com a sociedade exterior, o autor propõe a criação de um “panóptico subsidiário”, com o mesmo princípio, onde os internados poderiam casar e serem contratados para o trabalho fora da instituição. De acordo com Bentham (1987, p. 224), “será um convento submetido a regras fixas com a diferença de que não haverá voto; as pessoas reclusas poderão sair quando encontrarem uma fiança ou quando preencherem as condições de soltura”.

Assim, pode-se comparar a última fase da “progressão para o trabalho” no Centro (a “pré-alta”) ao “panóptico subsidiário” de Bentham. Treinava-se os internados a fim de que recuperassem suas habilidades necessárias ao convívio com a sociedade exterior, sobretudo a capacidade de gerenciar o trabalho e os frutos deste. Nesta etapa, conforme apontado anteriormente, os pacientes realizavam os chamados “trabalhos a terceiros”, em localidades próximas ao Hospital Colônia Itapuã, recebendo salário. Poderiam, segundo o discurso médico, deixar o Hospital quando preenchessem “as condições de soltura”, readquirindo a capacidade de trabalhar. Contudo, muitos permaneceram internados para sempre⁶⁶.

Passo agora a analisar o segundo ponto mencionado no início deste sub-capítulo, abordando as denominadas “progressões para o trabalho” e suas ligações com o controle através do esquadramento do espaço institucional.

O Centro Agrícola de Reabilitação era dividido em três áreas que atendiam à proposta da equipe médica de “progressão do trabalho” dos pacientes, conforme salienta o Dr. Castellarin:

a relação do trabalho com a melhora dos sintomas é evidente, então existia toda uma técnica, toda uma variação, havia uma progressão no trabalho. Quando o paciente chegava no Hospital ele ficava na volta da sede, ficava trabalhando ou no refeitório, ou na lavanderia, ou no jardim. Ficava bem próximo da equipe até para ter mais contato com o paciente, alguns tipos de trabalho eram mais... tipo

66 Segundo o Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME) do Hospital Colônia Itapuã, existem atualmente 55 pacientes internados na Unidade de Internamento Hanseniano e 84 na Unidade de Internamento Psiquiátrico. São chamados de pacientes-moradores da instituição, a qual não possui mais a pretensão de reabilitar, apenas de asilar, guardar e assistir.

trabalhar na lavanderia era trabalhar no meio do vapor, da umidade, do calor, existia um imitação das coisas regressivas, da criança que fica perto da mãe, do quentinho, do úmido, tinha várias teorias sobre isso. Depois, conforme ia melhorando, ele passava para a segunda etapa que era a horta, que era um trabalho mais distante, cortar os eucaliptos.

A etapa seguinte desta “progressão para o trabalho” era o já mencionado trabalho a terceiros, ou pré-alta. Tais etapas adquiriam uma conformação espacial no Centro, correspondendo a áreas distintas.

A “Área 1” destinava-se a pacientes recentemente transferidos, a fim de auxiliar em sua adaptação, e também a casos que necessitassem de cuidados especiais. Nesta área, localizava-se uma outra cerca, ou “barreira simbólica” como preferiam chamar os membros da equipe dirigente, recortando o espaço dos pacientes. Tal delimitação, segundo um Relatório do Centro (197-?), era constituída por “uma cerca de arame”, a qual não tinha o objetivo de “retenção, mas antes uma barreira simbólica para aqueles cujos sintomas contra-indicam temporariamente maior afastamento do hospital”. As atividades realizadas pelos pacientes desta área estavam ligadas à jardinagem, à lavanderia, ao refeitório e a limpezas em geral.

A “Área 2”, um pouco mais afastada dos pavilhões, era onde se concentrava a maioria das atividades: horta, olaria, barreiras, limpeza de campo, capina, corte de lenha, tambo de leite, valetamento, carpintaria e oficina mecânica.

Na “Área 3” realizavam-se atividades laborativas em propriedades próximas ao Centro Agrícola de Reabilitação, por pacientes do chamado “grupo de trabalho a terceiros”, ou “pré-alta”.

A divisão do Hospital por áreas não era uma inovação pensada originalmente pela equipe médica do Centro Agrícola. O Juquery já havia adotado um princípio semelhante: três áreas distintas, sendo a última delas as chamadas “colônias agrícolas”, ou “campos de trabalho”, em regime de “semi-internato” (CUNHA, 1989, p. 54-55). Tais espaços pertenciam ao próprio Hospital, constituindo-se de “fazendas bastante extensas, habitações coletivas sem grades, muros ou vigilância ostensiva”, que possibilitavam aos internados “uma certa sensação de superioridade em face daqueles mais atrasados dentro da carreira asilar” (CUNHA, 1986, p. 88).

No entanto, o Manicômio paulista não tinha como objetivo explícito reabilitar seus internados, devolvendo-os “curados” à sociedade “normal”. Enquanto que no Centro Agrícola gaúcho, a alta era prevista após a terceira etapa da chamada “progressão para o trabalho”, no Juquery havia a denominada “assistência domiciliar”:

Nesta última etapa, os internos eram entregues aos sítios das vizinhanças do Juquery (mais tarde, também a funcionários graduados residentes na área da instituição) para o desempenho de tarefas agrícolas ou trabalhos domésticos, recebendo visitas regulares dos alienistas (CUNHA, 1989, p. 55-56).

Na visão de Castellarin (1983), a proposta do Centro Agrícola compreendia o gradual afastamento do Hospital como “o mesmo fenômeno vivenciado no crescimento sadio do indivíduo”. Neste sentido, de acordo com o psiquiatra, “essas áreas vão se tornando progressivas e geograficamente mais distantes, imitando o desenvolvimento [...] do indivíduo rumo à maturidade, de forma gradual e conforme as possibilidades de cada um”. Tal perspectiva remete às reflexões já citadas de Agnes Heller (1972, p. 18) a respeito da vida cotidiana. Segundo a autora, o homem amadurece na medida em que adquire as habilidades fundamentais para o seu cotidiano em sociedade, sendo considerado adulto o indivíduo capaz de viver por si mesmo a sua quotidianidade. No caso dos pacientes do Centro, aquele que adquiria (ou readquiria) sua capacidade laborativa era considerado maduro para voltar ao convívio social.

A equipe médica considerava o trabalho a terceiros como algo inovador, expandindo o “tratamento hospitalar para além de suas fronteiras” (CASTELLARIN, 1981, p. 29). A experiência realizava-se da seguinte maneira:

Estabelece-se um contrato de trabalho entre o empregador e o CAR no qual o empregador se compromete a dar um salário condizente e um ambiente adequado pelos serviços do paciente; o hospital, por outro lado, se compromete a dar assistência ao paciente nesta nova tarefa (medicamentos, supervisão social e psiquiátrica), além de recebê-lo de volta no caso de haver desistência de alguma das partes. O numerário recebido pelo paciente é integralmente revertido para o mesmo, exercendo o CAR a função fiscalizadora das cláusulas contratuais (CASTELLARIN, 1981, p. 29).

Assim, a última etapa antecedia a alta efetiva do internado. De acordo com um “estudo social” (1974) a respeito do paciente L:

Somente eram encaminhados para trabalhar na área 3, os pacientes que estivessem desempenhando satisfatoriamente as suas tarefas em seu setor e que por isso nós os premiávamos por um trabalho que lhes rendia mais, financeiramente. Muitos ganharam bem mais que o salário mínimo, colocando dinheiro em carteiras de poupança.

Portanto o trabalho remunerado, valor fundante e atividade central da sociedade capitalista, parece ter sido considerado pelo discurso médico como um verdadeiro prêmio, uma forma de motivar os internados a exercerem suas atividades. A documentação do Centro Agrícola não revela o valor exato pago aos pacientes. No entanto, explicita que os internados que passavam para a denominada “área 3” eram “contratados pelos granjeiros como diaristas ou para empreitadas, sendo pagos pelos patrões após entendimento destes com os pacientes e com o Hospital” (Relatório do Centro Agrícola de Reabilitação, 197-?).

Contudo, o documento “Rotina para recepcionar pacientes vindos do Hospital São Pedro” (197-?) indica que os internos que trabalhavam na área 2 também recebiam gratificação em dinheiro, além de terem direito a lanche: “o lanche só receberá o paciente que trabalhar na área 2 [...]. E que também neste setor serão avaliados e terão uma pequena gratificação em dinheiro, pelos trabalhos que realizarem, de acordo com a sua produção”.

O dinheiro para as gratificações dos pacientes era retirado da própria produção: “o produto do trabalho de nossos pacientes na lavoura teria a finalidade de abastecer os hospitais mantidos pelo Estado. A verba destinada a esta despesa seria usada para pagamento dos pacientes e manutenção do CAR (Centro Agrícola de Reabilitação)” (CONCEIÇÃO, 1972, p. 24).

Apesar das gratificações serem utilizadas constantemente como estímulo à realização das atividades previstas, a finalidade do trabalho dos pacientes, do ponto de vista psiquiátrico, não era a produção nem mesmo o valor, “recompensa” ou “privilégio” recebidos em troca desta. A preocupação central, conforme apontado no capítulo anterior, dizia respeito ao processo em si, às atividades desenvolvidas, as quais levariam ao resgate de vínculos antigos e conseqüentemente à reabilitação (CASTELLARIN, 1983). Segundo Arendt (2003, p. 99), “labor” (lembrando que o Centro estava fundamentado na “laborterapia”) significa a própria atividade do trabalho. Por

isso a idéia central consistia em manter os pacientes sempre ocupados, como visto anteriormente, não sendo fator decisivo a produtividade. De acordo com a autora (ARENDR, 2003, p. 99), “ao contrário da produtividade do trabalho, que acrescenta novos objetos ao artifício humano, a produtividade do labor só ocasionalmente produz objetos; sua preocupação fundamental são os meios da própria reprodução”. De acordo com Theodosio e Gonçalves (1966, p. 51), “o trabalho aplicado nos hospitais psiquiátricos deve visar precisamente o doente e sua cura, e não como existem, infelizmente, numerosos exemplos visando o benefício financeiro do hospital”.

A laborterapia, técnica largamente utilizada na Europa, seguindo prescrições “intocadas desde Pinel” (CUNHA, 1989, p. 51), assumia características diferentes em terras brasileiras:

há aqui uma diferença digna de registro: recomendada como uma técnica terapêutica, a laborterapia era entendida pelo alienismo europeu do período (início do século XX) como um meio de ressocializar os internos considerados curados, reintroduzindo-os no mercado de trabalho e preparando-os para um retorno “produtivo” à sociedade – e é evidente que os resultados desta técnica eram (são) extremamente discutíveis. Mas no caso do Juquery e da psiquiatria brasileira, é curioso que a laborterapia jamais tenha sido entendida ou praticada desta forma. Na verdade, no modelo de Franco da Rocha, o trabalho significava um meio de disciplinar os incuráveis, de torná-los dóceis e integrados no seu novo mundo de reclusão perpétua e garantir a ordem e a disciplina da própria instituição (CUNHA, 1989, p. 51-52).

A equipe dirigente do Centro Agrícola gaúcho na década de 1970, em seu discurso, indicava a laborterapia como uma possibilidade de devolver os internados à sociedade, ou seja, aproximava-se da citada visão européia. Segundo o Dr. Castellarin (1983), “a laborterapia constitui(a)-se na coluna dorsal do tratamento”.

Semelhante à perspectiva panóptica, a equipe médica do Centro acreditava ser um erro submeter os internados a tarefas penosas, cujo único resultado seria o cansaço físico (CASTELLARIN, 1983). O trabalho não deveria ser forçado, nem exercido como uma forma de castigo, e sim em virtude da recompensa, não apenas material, mas principalmente por ser encarado como a possibilidade de cura e conseqüente retorno ao “mundo normal”. Tais concepções lembram a seguinte reflexão de Bentham (1987, p. 216-217), “a sujeição e a servidão jamais avançaram tanto quanto o estímulo e a liberdade”.

Bentham afirma que as atividades laborativas precisam durar o dia inteiro, apenas com intervalos para as refeições, devendo ser diferentes e aplicadas em turnos, pois a repetição pode levar a um estado de melancolia e também a problemas de saúde. Neste ponto, o Centro aproxima-se muito da proposta do reformador inglês, formulada no século XVIII e agora resignificada pelas novas modalidades terapêuticas, na medida em que o maior estímulo ao trabalho era exatamente a possibilidade de reabilitação e de saída para o “mundo exterior”. As atividades laborativas também seguiam procedimentos semelhantes ao das instituições panópticas defendidas pelo autor, com jornadas diárias, intervalos para as refeições, turnos bem definidos, conforme visto anteriormente.

No entanto, algumas vezes, a motivação dos pacientes ao trabalho parecia variar sobretudo de acordo com o valor recebido, com a possibilidade da alta relegada a um segundo plano. Em um Memorando de 23 de fevereiro de 1979, por exemplo, foi solicitado o aumento da verba destinada aos internados, pois eles estavam “desmotivados para o trabalho”. Este último, portanto, poderia ser percebido pelos internos como mercadoria (e não como “terapia”), sendo as gratificações recebidas, e não a reabilitação, o impulso maior à sua execução .

No artigo “Terapia ocupacional terapêutica” (THEODOSIO e GONÇALVES 1966, p. 45), fica explícita a perspectiva de trabalho adotada pelo Centro de Reabilitação:

O trabalho não é somente uma obrigação social, mas também um fator de adaptação social do indivíduo ao seu meio. Pode o trabalho transformar-se em um agente terapêutico de grande valor no combate a distúrbios psíquicos, constituindo um dos principais objetivos da terapia ocupacional⁶⁷.

Assim, estimulados a trabalhar, os internados deveriam seguir rotinas fixas, as quais, na perspectiva da equipe médica, atendiam a proposta terapêutica de reabilitação através do trabalho. Além disso, conforme citado anteriormente, tal controle que, em certos momentos, pode parecer excessivo, chocando-se com a proposta mais humanista da Instituição, talvez estivesse associado à necessidade de administrar um

67 Tal artigo, segundo o depoimento do Dr. Kokot, era utilizado na Escola de Saúde Pública, no curso que capacitava enfermeiros e atendentes para o Centro Agrícola.

número significativo de indivíduos num espaço físico de grandes proporções e ainda cercado por uma natureza quase hostil.

Neste sentido, a forma de controle que parece ter sido mais utilizada era os livros de ocorrência. Tal mecanismo, bastante citado ao longo das páginas precedentes, era utilizado por médicos, atendentes e, algumas vezes, pelos próprios pacientes. Nos livros, faziam-se anotações diárias sobre todos os aspectos da vida quotidiana no Centro. Conforme assinalado no documento sobre as “Atribuições dos atendentes” (197-?), a equipe técnica deveria “comunicar verbalmente ou no livro de ocorrência as modificações de conduta de pacientes, bem como as ocorrências destes no trabalho, recreações, etc”. A punição para certas atitudes contrárias às normas da instituição consistia no retorno ao Hospital Psiquiátrico São Pedro.

A ameaça do retorno ao São Pedro, ou seja, de um retrocesso no tratamento, não era uma especificidade do Centro Agrícola. Tal procedimento também ocorria no Juquery, no início do século XX, onde os pacientes eram invariavelmente ameaçados com o retorno à primeira fase do internamento caso não obedecessem às regras da instituição. Neste sentido, o medo do internado possuía também efeitos disciplinares (CUNHA, 1986, p. 87). Tal perspectiva pode ser percebida no Centro Agrícola, entre outras evidências, através da anotação feita por um atendente em um dos livros de ocorrência:

O sr. A.C. está mais ansioso neste últimos dias. Hoje quebrou um rádio alegando que não consegue ficar sem cigarros, após conversarmos ficou claro que não tem o direito de quebrar objetos, se esta situação se repetir tem que continuar o tratamento no São Pedro (28/09/72).

Neste sentido, entro no terceiro e último ponto a ser analisado neste sub-capítulo, o qual refere-se à vigilância.

O controle do espaço em Itapuã realizava-se através da vigilância. Segundo Foucault (2002, p. 148), este modelo de controle é anterior ao século XVIII; porém, deve-se considerar como nova sua disseminação em consequência de métodos mais recentes de coerção. Tais métodos ligam o poder disciplinar à economia e aos resultados dos processos onde é exercido. O domínio insere-se em uma rede de relações na qual se entrecruzam não apenas a autoridade exercida verticalmente, mas também aquela exercida de baixo para cima e lateralmente. Seu funcionamento

assemelha-se ao de uma máquina, e mesmo com a figura do chefe, quando em seu formato piramidal, o poder é distribuído entre os vários indivíduos que exercem a vigilância, pois precisa sempre estar em toda a parte. No Centro Agrícola, o controle estava dividido entre os membros da equipe dirigente, atendentes e os próprios internados, os quais, como visto anteriormente, exerciam funções de liderança de grupo, vigiando “lateralmente” seus pares.

Os atendentes, talvez pelo fato de permanecerem por mais tempo dentro do espaço asilar, procuravam alertar a equipe dirigente não só a respeito das atitudes dos pacientes, mas também sobre as demandas da própria instituição. Por exemplo: “Neste pavilhão, do Dr. Gabriel, as alas estão todas super-lotadas eu penso que será bom uma transferência de paciente para pormos em ordem as alas (10/12/1978)”.

Já os pacientes líderes de grupo eram avaliados pelo seu trabalho e também pela maneira como conduziam os seus liderados, sendo responsáveis por organizar, avaliar e motivar os demais. Deveriam ainda informar ao atendente sobre suas dificuldades em relação a seus colegas, solicitando a troca de setor daqueles que não conseguiam se adaptar. Por exemplo: o paciente B., líder do grupo que trabalhava na olaria, registrou no livro de ocorrência sua reclamação a respeito de dois internados, os quais não considerava aptos ao serviço, salientando que “a olaria precisa de pessoas ativas, a não ser que se despreze as palavras *progresso* e *produção*. Se os trabalhadores não forem mais ou menos homogêneos o trabalho fica prejudicado” (30/04/1973, grifos no original).

Assim, a idéia de que o poder disciplinar em uma instituição para doentes mentais está monopolizado nas mãos do médico psiquiatra é contestável, pois ele necessita dos demais indivíduos que exercem também funções de vigilância a fim de manter o controle sobre os que nela habitam⁶⁸. No caso do Centro, portanto, o poder estava dividido sobretudo entre a equipe dirigente; os atendentes, os quais, por permanecerem mais tempo com os pacientes, acabavam sendo os “olhos dos

68 Esta observação vale também para os manicômios tradicionais. Neles, não é apenas o médico psiquiatra o detentor do poder, pois este funcionava distribuído entre “funcionários, enfermeiros, e outros especialistas que são os responsáveis pela vida interna dos hospícios” (SCHIAVONI, 1997, p. 102). Segundo Schiavoni, o controle concentrado nas mãos dos diretores dos hospícios é um mito, já que eles exercem apenas um tipo de domínio dentro da instituição, tornando-se interdependentes dos demais funcionários, os quais devem cumprir suas funções para garantir a consolidação do saber médico. Desta forma, mesmo nas menores funções, há um exercício do poder disciplinar.

médicos”; e os próprios internados⁶⁹ que, de certa forma, também exerciam o controle no espaço institucional. Neste sentido, por exemplo, o paciente A., líder do grupo do refeitório, alertou no livro de ocorrência sobre uma possível reclamação de outro internado, o senhor D., o qual, segundo o primeiro, “faz só o que quer”:

Quarta feira trinta e um de outubro de mil novecentos e setenta e três: a os senhores atendentes; também médicos e administradores secretários e o senhor diretor superior. Venho com estas a fim de uma defesa única! Quero dizer que o senhor D. poderá levar uma conversa na reunião dizendo que está trabalhando muito no refeitório mais esta entregue a ele, ele faz só o que quer (31/10/1973).

Retomando considerações já feitas anteriormente, segundo Bentham (1987, p. 199), o estabelecimento de uma nova ordem que não caminhe para a degradação somente é garantido através da inspeção: “uma inspeção de um novo gênero, que surpreende a imaginação mais do que os sentidos, que coloque centenas de homens na dependência de um único, dando a este homem uma espécie de presença universal no recinto de seu domínio”. Para o reformador inglês (1987, p. 204), a permanente visibilidade leva à perda da capacidade de fazer o mal e mesmo do desejo de fazê-lo: “Não se formam intenções quando se percebe a impossibilidade de executá-las; os homens colocam-se naturalmente em seu lugar e uma submissão forçada leva pouco a pouco a uma obediência maquinal”.

No Centro Agrícola, a introjeção da percepção de uma vigilância constante, em alguns casos, fazia com que os próprios internados limitassem suas atitudes “más” (ou seja, contrárias às normas da instituição). Por exemplo, em uma anotação do Livro de Ocorrência fica claro que não era sempre necessária a presença “real” de um atendente para que os pacientes cumprissem suas tarefas: “continuam os pacientes indo sozinhos aqui na horta porque não tem número de atendentes para acompanhá-los” (13/12/1972).

69 Os pacientes também exerciam funções que lhes conferiam um certo poder, conforme apontado anteriormente. A idéia de conceder responsabilidades aos pacientes, e não me refiro apenas aos líderes, mas aos internados que exerciam atividades laborativas em diferentes setores, parece estar ligada à noção de comunidade terapêutica. Tal perspectiva “baseia-se na responsabilidade recíproca entre a equipe terapêutica e os pacientes” (SERRANO, 1983, p. 69).

Na tentativa de garantir que todos os internados participassem das atividades terapêuticas, a equipe dirigente procurava assegurar o controle do cotidiano institucional através da vigilância. Nesta perspectiva, em certas circunstâncias, conforme citado anteriormente, os internados eram ameaçados com a possibilidade de retorno ao São Pedro, o que impossibilitaria a reabilitação. Pode-se perceber este aspecto, por exemplo, na entrevista do Dr. Gabriel Camargo:

o maior castigo que podia ter para eles era ter que voltar para o Hospital São Pedro e até era ameaça, quando um paciente apresentava algum problema os outros diziam “olha que tu vai voltar para o São Pedro”, isso era motivo para ele se comportar.

Conforme já foi apontado, não cabia apenas aos atendentes exercerem o controle, os pacientes líderes de grupo também avaliavam o trabalho de seus colegas e eram avaliados por isso. Neste caso, não teríamos vários homens na dependência de um único, mas diversos olhares que se cruzavam. Portanto, o comportamento do internado deveria estar de acordo não apenas com as expectativas dos médicos e dos atendentes, mas também com a dos seus colegas de trabalho e de internamento.

Contudo, o que à primeira vista parece apenas uma introjeção das normas institucionais, pode conter outros significados intrínsecos. Conforme será abordado posteriormente, alguns pacientes desejavam permanecer na instituição. As motivações para tal anseio foram, algumas vezes, reveladas pela documentação, tais como a pobreza e a rejeição da família. Outros motivos podem ser apenas intuídos a partir de cada trajetória individual que cruzou pelo Centro Agrícola. Nesta perspectiva, cabe ressaltar que muitos internados passaram a ver no Hospital um lugar para morar, “um lugar para si” (WADI, 2004), um verdadeiro lar⁷⁰. Enquanto a equipe médica preocupava-se em reabilitá-los, reeducando-os e preparando-os para devolvê-los à sociedade, onde acreditavam que fosse o lugar adequado àqueles que conseguiam

70 No artigo intitulado “*Um lugar todo seu!?: paradoxos do viver em uma instituição psiquiátrica*”, Yonissa Wadi (2004) trata do fato de alguns internados perceberem o Hospício como um “lugar para si”, a partir dos escritos de uma mulher internada no Hospício São Pedro, em Porto Alegre, entre os anos de 1909 e 1911.

alta, alguns pacientes viam na instituição outras possibilidades. Assim, por exemplo, sendo homens de origem rural, é provável que muitos realmente gostassem das atividades propostas, a ponto de não precisarem de “atendentes para acompanhá-los”.

Mergulhados em um verdadeiro “efeito de panóptico”, os próprios internados seguidamente limitavam suas ações diante de uma visibilidade constante que não precisava utilizar a força, mas apenas um sutil controle. Neste sentido, o paciente poderia tornar-se a base de sua própria submissão, não sendo necessários fossos, muros altos ou correntes, bastando que as separações fossem nítidas e as aberturas bem distribuídas (1987, p. 167). O esquadramento do espaço asilar, de acordo com De Certau (2003, p. 100), “permite uma prática panóptica a partir de um lugar de onde a vista transforma as forças estranhas em objetos que se podem observar e medir, controlar portanto e ‘incluir’ na sua visão”. Este controle que permite “ver ao longe”, “antecipa-se ao tempo pela leitura de um espaço”. Assim, por meio de nítidas separações estrategicamente posicionadas, procurava-se ter uma leitura antecipada do espaço institucional e de seus moradores. Contudo, tais mecanismos de controle não podem ser reduzidos apenas a efeitos negativos de submissão e vigilância, pois, de acordo com a proposta da instituição, era através da terapêutica voltada para o trabalho que os internados iriam readquirir suas capacidades laborativas e, conseqüentemente, estariam novamente aptos a viver em sociedade.

Cabe ressaltar que a criação e o funcionamento do Centro Agrícola foram legitimados através do poder/saber psiquiátrico, o qual justificou os procedimentos estratégicos da instituição perante a sociedade exterior e dentro do próprio Centro. Pretendo agora analisar esta questão.

2.3. A legitimação do espaço institucional

Neste sub-capítulo proponho uma análise a respeito do poder/saber médico psiquiátrico que legitimou a criação e o funcionamento do Centro Agrícola de

Reabilitação perante a sociedade, percebendo também como, em certos casos, ele foi corroborado pelos próprios pacientes e atendentes. Pretendo concentrar tal análise em três pontos:

- 1) as concepções teóricas que fundamentaram as escolhas da equipe dirigente que fundou o Centro Agrícola;
- 2) a atuação do poder/saber psiquiátrico dentro da instituição, através de um discurso que lhe conferia legitimidade não apenas perante a sociedade exterior, mas também dentro dos limites institucionais e
- 3) a maneira como este poder/saber se posicionava em relação ao que considerava ser uma das maiores barreiras que impedia o retorno dos pacientes ao convívio social: a família dos internados.

A legitimação do poder/saber dos psiquiatras remonta ao início das práticas de internamento ocorridas ainda no século XVII (FOUCAULT, 1997, p. 49). Deste modo, o

grande médico de hospício [...] é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que detém sobre ela, e aquele que pode produzir a doença na sua verdade e submetê-la na realidade, pelo poder que a sua vontade exerce sobre o próprio doente.

Assim, cabe ao médico psiquiatra conhecer a verdade a respeito da loucura, detendo um saber “científico” sobre ela (FOUCAULT, 1997 p. 50). Contudo, é justamente esta “certeza” que parece ter provocado os grandes abalos ocorridos na psiquiatria desde o final do século XIX, os quais colocaram em dúvida exatamente este poder/saber médico. Segundo Foucault (1997, p. 51):

o que foi posto em questão era a maneira como o poder do médico estava implicado na verdade do que ele dizia e, inversamente, a maneira como esta podia ser fabricada e comprometida por seu poder [...]. Todas as grandes reformas, não somente da prática, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder: são tentativas de deslocá-lo, mascará-lo, eliminá-lo, anulá-lo.

Na tentativa de “deslocar, mascarar, eliminar ou anular” o poder e o saber médicos, surge entre 1958 e 1960, a antipsiquiatria, colocando em questão o papel do psiquiatra como responsável por produzir a verdade da doença no espaço hospitalar

(FOUCAULT, 2003, p. 337). De acordo com Foucault (1997, p. 52), é possível perceber que várias antipsiquiatrias atravessaram o caminho trilhado pela psiquiatria moderna.

Antes de analisar a antipsiquiatria, o autor distingue “dois processos perfeitamente distintos do ponto de vista histórico, epistemológico e político” (1997, p. 52). O primeiro é o movimento voltado à “despsiquiatrização”, que surge logo após Charcot⁷¹. Tratava-se

não tanto de anular o poder médico, mas de deslocá-lo em nome de um saber mais exato, de dar-lhe um outro ponto de aplicação e novas medidas. Despsiquiatrizou a medicina mental para estabelecer, na sua justa eficácia, um poder médico o qual por imprudência (ou ignorância) de Charcot tinha levado, abusivamente, a produzir doenças; portanto, falsas doenças (FOUCAULT, 1997, p. 52).

O segundo diz respeito a uma forma de “despsiquiatrização” diferente da anterior, a qual surge através da psicanálise. Esta retirou o paciente do espaço asilar e ajudou a reconstituir “o poder médico, produtor de verdade, num espaço organizado para que essa produção permaneça sempre adequada a esse poder” (FOUCAULT, 1997, p. 54).

De acordo com Foucault (1997, p. 54-55), “a essas duas grandes formas de despsiquiatrização, ambas conservadoras do poder [...], se opõe a antipsiquiatria”. Esta última opõe-se à “instituição como lugar, como forma de distribuição e mecanismo dessas relações de poder”. A antipsiquiatria procurou dar ao

indivíduo a tarefa e o direito de levar a cabo a sua loucura, de levá-la a seu termo, numa experiência que pode ter a contribuição dos outros, mas nunca em nome de um poder que lhe seria conferido por sua razão ou por sua normalidade; separando as condutas, os sofrimentos, os desejos do estatuto patológico que lhes havia sido conferido, liberando-os de um diagnóstico e de uma sintomatologia que não tinham simplesmente valor de classificação, mas de decisão e de decreto; invalidando, enfim, a grande retranscrição da loucura na doença mental, que havia sido empreendida desde o século XVII e concluída no século XIX (FOUCAULT, 1997, p. 56).

71 Até por volta de 1887, Neurologia e Psiquiatria eram especialidades não muito delimitadas e que frequentemente se confundiam. Foi o médico Jean-Martin Charcot (1825-1893) quem diferenciou mais claramente as duas especialidades. Graças aos estudos de Charcot, a Neurologia se desenvolveu e passou a ser lecionada no ensino universitário da França.

Conforme Soares (1997), a antipsiquiatria se insere em um conjunto de movimentos que objetivavam se “contrapor” ou “superar o modelo vigente, em um período de reconstrução da Europa, onde os grandes hospícios eram comparados aos campos de concentração nazistas, e quando se necessitava de mão de obra para a reconstrução dos países”. A antipsiquiatria é classificada pelo autor como um movimento que propunha “rupturas na constituição do saber médico sobre a loucura”.

Segundo o Dr. Kokot e o Dr. Castellarin, a proposta do Centro Agrícola foi inspirada pela antipsiquiatria⁷², movimento que se fundamentava em duras críticas à psiquiatria tradicional e seus métodos. De acordo com a anteriormente referida reportagem-denúncia feita pelo jornalista Sergio Caparelli no Hospital São Pedro, na década de 1970, era

cada vez maior o número de psiquiatras que criticam a psiquiatria tradicional pelos métodos que utiliza, pela violência que exerce sobre o indivíduo, pela redução do doente a algo sem vontade própria e sem direitos, um caso psiquiátrico de uma dimensão mais burocrática que humana (*Folha da Manhã*, 29/10/1974, p. 10).

A antipsiquiatria surgiu “junto à grande corrente de contestação cultural e política dos anos 60, esse movimento tinha como ponto estratégico críticas ao objeto, às teorias e aos métodos da Psiquiatria e Psicopatologia, proporcionando uma profunda revolução nesse campo” (SOARES, 1997).

Segundo Desviat (2002, p. 41):

Na realidade, antipsiquiatria era um termo ambíguo que representou para a opinião pública, até o final dos anos 70, todos os movimentos de contestação e reforma, desde [...] as experiências inglesas até as denúncias da situação assistencial durante a repressão franquista. Com o surgimento dos processos de reforma psiquiátrica, ela se converteu rapidamente em um movimento contracultural que questionou a própria doença mental e a psiquiatria. Foi uma crítica global e ideológica desse ramo, [...] que serviu para dinamitar os limites entre a razão e a loucura na consciência da época, assim como para evidenciar a importância das contradições sociais e da alienação na produção da doença mental.

72 Neste período ainda não se falava em “luta antimanicomial”; segundo Paulin e Turato (2004, p.242), o Movimento da Reforma Psiquiátrica surgiu somente em 1978, inspirado pelos preceitos da antipsiquiatria.

A perspectiva que norteava tal concepção consistia numa verdadeira ruptura com a tradicional ciência psiquiátrica, criticando o conhecimento psiquiátrico, percebendo-o como uma forma de dominação (VIZEU, 2005, p. 43). Segundo as lembranças do Dr. Kokot:

Houve durante um certo tempo, acho que durante a década de 1970, uma corrente da psiquiatria que se chamava antipsiquiatria. Então na antipsiquiatria dizia-se que a doença mental não existia. Que na verdade a doença mental era a última forma que o ser humano tinha de protestar contra as coisas que não concordava. Bom, eu acho que Itapuã foi em parte, fruto deste equívoco. Eu acho que a gente tinha a ilusão que no momento em que a gente criasse um ambiente saudável a doença mental desapareceria em um passe de mágica e a gente então teria homens lindos, maravilhosos, de olhos azuis, loiros, que fossem para suas casas ajudar a família a crescer. Isso era uma coisa que a gente até dizia: nós vamos devolver as pessoas com condições de ajudar a família a se sustentar. Claro que não era possível, a doença mental existe, basta tu ter um doente mental em casa que tu vai ver que a doença mental não é só uma forma de protestar.

De acordo com Vizeu (2005, p. 44), é através das críticas feitas pela antipsiquiatria ao modelo psiquiátrico tradicional que surge a idéia de reforma psiquiátrica. Nas palavras do autor:

A antipsiquiatria corresponde a um movimento no qual se questiona a validade da psiquiatria como metodologia científica de tratamento da doença mental. Seus proponentes buscam questionar epistemologicamente a disciplina psiquiátrica como forma de saber centrada numa lógica causal e analítico-empírica, e, por isso, não competente para tratar da questão loucura, eminentemente subjetiva e não circunscrita ao âmbito objetivo da realidade.

Inspirados em parte por tal perspectiva, os criadores do Centro Agrícola gaúcho acreditavam que a reabilitação dependia das condições em que o doente vivia durante o internamento. Assim, misturando perspectivas da psiquiatria “tradicional”, novas concepções, como a antipsiquiatria, a equipe médica do Centro afirmou em um artigo (CONCEIÇÃO, 1972, p. 21) que a experiência de Itapuã era fruto das suas convicções de que

o doente mental crônico e/ou cronicado é reabilitável desde que se modifiquem as condições sociais a que está submetido e que se acredite em suas potencialidades, proporcionando-lhe oportunidade de desenvolvê-las através de trabalho sistematizado e gratificante.

A proposta do Centro, baseada em tais princípios, era de que, através do resgate da capacidade de trabalhar, os pacientes teriam mais chances de integração social, pois não seriam um ônus aos seus familiares e sim mais um a trabalhar no sustento do lar. Conforme o Dr. Castellarin:

Estavam surgindo novas medicações, novos tratamentos, as chamadas comunidades terapêuticas estavam no auge, o movimento antipsiquiátrico estava dando os seus primeiros frutos.

Além dos preceitos da antipsiquiatria, a fundação do Centro Agrícola estava baseada em outro movimento, o qual, segundo Soares (1997), priorizava “críticas à estrutura asilar”: a comunidade terapêutica⁷³. Tal perspectiva procurava reestruturar a estrutura asilar percebida como responsável pela segregação e cronificação de seus internados. Assim como apontado por Foucault (1997, p. 55), citado anteriormente, este movimento opunha-se à instituição psiquiátrica como local de distribuição e reprodução do poder médico. A proposta da comunidade terapêutica priorizava a reabilitação e a humanização dos asilos, transformando-os em verdadeiras microssociedades organizadas através do trabalho dos doentes (AMARANTE, 1995, p. 31). Esta a proposição assentava-se “na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes tendo como objetivo resgatar o processo terapêutico partir da transformação da dinâmica institucional” (SOARES, 1997).

Conforme Amarante (1995, p. 28), a primeira e mais importante referência ao surgimento de uma comunidade terapêutica remete à década de 20. Chamada também de “terapêutica ativa” ou “terapia ocupacional”, foi implantada por Hermann Simon. Simon colocou os doentes crônicos para trabalharem na construção do hospital e observou a melhora dos sintomas destes com tal iniciativa. Segundo Simon (apud VERTZMAN, 1992, p. 20), havia três malefícios que ameaçam os doentes mentais num hospital psiquiátrico e contra os quais se deveria lutar: a inatividade, o ambiente

73 Segundo Amarante (1995, p. 28): “Em 1946, T.H. Main denomina comunidade terapêutica o trabalho que vinha desenvolvendo em companhia de Bion e Reichman, no Monthfield Hospital, em Birmingham. Somente em 1959, na Inglaterra, Maxwell Jones consagra o termo e o delimita, com base em uma série de experiências em um hospital psiquiátrico [...]. Com isso, o termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar”.

desfavorável e o preconceito do próprio doente em relação à sua responsabilidade.

É no Rio Grande do Sul que surge o primeiro modelo assistencial deste tipo no Brasil, a Clínica Pinel. Fundada nos anos 60, tal espaço foi

influenciado pelos princípios da comunidade terapêutica [...] [e pelas] experiências da psicoterapia institucional francesa; a proposta das comunidades terapêuticas era viabilizar uma prática alternativa que agisse no interior dos hospitais asilares. Em sua essência, procuravam alterar a lógica do funcionamento manicomial, tornando-se um espaço de recuperação que integrava os pacientes aos familiares e desprovido da hierarquia repressiva das instituições (PAULIN e TURATO, 2004, p. 254).

Ainda nos anos 60, o psiquiatra David Zimmermann instalou no Hospital Psiquiátrico São Pedro um “serviço comunitário”. A proposta previa “a restrição da terapêutica medicamentosa, estimulando a terapia ocupacional [...] entre os pacientes internados” (PAULIN e TURATO, 2004, p. 254).

O Centro Agrícola surgiu, pois, neste contexto permeado por críticas severas à psiquiatria tradicional e influenciado por diversos movimentos e propostas. A escolha do chefe da equipe ocorreu em virtude de sua experiência profissional médica na Clínica Pinel, espaço legitimador de sua competência, que, aos olhos do poder público, lhe dava autoridade para dirigir o inovador projeto da Secretaria da Saúde do Estado. De acordo com o próprio Dr. Kokot:

eu fiz minha formação na Clínica Pinel, que nós tínhamos na Clínica Pinel este modelo. Era um Hospital que ao contrário dos outros hospitais psiquiátricos as pessoas ficavam lá trabalhando, fazendo alguma coisa, artesanato, enfim, esporte... e que tinha esse apoio terapêutico. Então pra mim não chegou a ser uma novidade [a implantação do Centro Agrícola], foi transplantar um modelo que eu tinha aprendido, no qual eu tinha trabalhado, estava inserido durante três anos, transplantar isso para o projeto [...].

Os membros da equipe médica, nos seus depoimentos, destacaram as suas experiências profissionais progressas e uma postura inovadora frente à maneira como o doente mental era tratado na época, como fatores que embasaram sua competência e autoridade para integrar o trabalho desenvolvido no Centro Agrícola. Por exemplo, a assistente social Valenzuela disse ter trabalhado em um hospital psiquiátrico comunitário no Chile, fundamentado na perspectiva da comunidade terapêutica. Já o

Dr. Camargo afirmou ter sido um dos primeiros a falar em antipsiquitria dentro do São Pedro e a contestar o tratamento oferecido aos doentes naquela instituição.

A proposta do Centro Agrícola de Reabilitação, conforme apontado anteriormente, questionava o tratamento empregado nas colônias agrícolas que o antecederam e no próprio São Pedro. Contudo, ainda assim, este era mais um espaço de atuação psiquiátrica. Apesar de, em seu depoimento, o Dr. Kokot ter referido que a nova instituição foi mais propriamente “um desejo” de reabilitar pacientes psiquiátricos crônicos, do que “algo cientificamente correto”, vimos que, mesmo incorporando certas críticas e tendências da antipsiquiatria, o projeto estava baseado em teorias e perspectivas psiquiátricas da época.

A instituição, portanto, legitimava-se através de um discurso fundamentado em perspectivas teóricas influentes no período, as quais nortearam a formação da equipe dirigente, conferindo a seus membros a autoridade necessária para que atuassem no Projeto. No entanto, era necessário também obter a legitimação dentro do próprio espaço asilar, procurando garantir a aceitação da terapêutica pelos próprios internados. Neste sentido, cabe uma análise a respeito do segundo ponto proposto no início do presente sub-capítulo, na tentativa de compreender como atuava o poder/saber psiquiátrico no interior do Centro.

Construído sob a perspectiva da liberdade ilusória (o modelo “open-door” escocês), o Centro possuía, como já ressaltado, uma série de normas. Estas regulavam a quotidianidade dentro da instituição, objetivando garantir que a proposta terapêutica fosse cumprida, normatizando os horários de trabalhar, comer, dormir, etc. e visavam, segundo a perspectiva médica, fornecer aos pacientes uma idéia de segurança. Conforme citado anteriormente, pode-se questionar se a idéia de segurança trazida pelas normas não era também uma necessidade da própria equipe dirigente. Como não ficavam na instituição em tempo integral, as rotinas funcionavam como uma forma de controle, cabendo aos atendentes fazer os internados seguirem tais normas. Assim, mesmo em sua ausência, eram as prescrições dos psiquiatras que deveriam ser cumpridas, restando – pelo menos teoricamente - aos atendentes a execução destes procedimentos.

Sustentados por um poder/saber que lhes conferia competência e autoridade no que se refere ao tratamento proposto pelo Centro de Reabilitação, os membros da equipe médica formularam um texto (197-?) cujo título é “Atitudes”, no qual procuravam prever o comportamento a ser seguido pelos atendentes em situações variadas. Por exemplo:

Atitude profissional impessoal: Esta ordem determina que a enfermeira e demais membros da equipe não dêem outras resposta às súplicas ou à agitação do enfermo do que uma atitude profissional e amigável. A enfermeira não dará demonstrações de interesse pessoal ou de preocupação em face da autodepreciação do enfermo nem tentará oferecer apoio quando o paciente expressa suas idéias delirantes [...].

Firmeza: [...] deve-se dizer ao enfermo o que deve ser feito e não pedir-lhe que faça. [...] deve tornar óbvio que sabe o que quer e que espera obediência.[...] as solicitações do enfermo, quando negadas [...], devem ser recusadas de modo a não deixar margem de dúvidas.

Proteção: Quando o paciente, por sua conduta bizarra, irritabilidade ou expressão de idéias delirantes perturba o ambiente, torna-se necessário proteger o grupo de enfermos e para isso recorre ao isolamento do perturbador em seu quarto.

Neste sentido, tentando normatizar “atitudes” frente a determinados comportamentos que pretendiam prever, os médicos buscavam regular o cotidiano do Centro mesmo em sua ausência. Através de uma “atitude profissional impessoal”, os pacientes deveriam ser ignorados em suas “súplicas”, “autodepreciações” e “idéias delirantes”. Caso ocorresse algum tipo de conduta “bizarra”, para a “proteção” dos demais enfermos, ou para garantir que as prescrições psiquiátricas fossem cumpridas e a ordem mantida, o “perturbador” precisava ser “isolado” em seu quarto. Assim, a proposta “anti-São Pedro” acabava mantendo alguns castigos, repetindo o que ocorria nas “instituições totais”.

Contudo, uma outra interpretação pode ser pensada a partir de tal texto. A equipe médica tinha por objetivo a reabilitação dos doentes, nesta perspectiva, os procedimentos descritos talvez pudessem contribuir para tal finalidade. Caso a enfermeira demonstrasse interesse pessoal no enfermo, dando atenção às suas manifestações de autodepreciação e a suas idéias delirantes, poderia estar estimulando o mesmo a dar seguimento a tais atitudes. As determinações de “firmeza” e “proteção”, ainda que possam soar como duras, possivelmente visavam garantir a ordem pensada como necessária para que a terapêutica proposta fosse realizada.

Nesta perspectiva, na visão da equipe dirigente, eram em grande parte as “atitudes” dos médicos e dos atendentes que determinavam a melhora ou a piora do estado de saúde dos internados. Em uma anotação no Livro de Ocorrência, o Dr. Kokot ressalta a importância das “atitudes” de sua equipe:

À equipe – O paciente ao sair de uma situação acomodada como era no Hospital Psiquiátrico São Pedro para uma outra em que deve trabalhar, decidir e responsabilizar-se deve necessariamente passar por crises como vários estão passando. Nossa atitude frente à mesma é que vai determinar se o paciente melhorará ou piorará após. [...] Cláudio Kokot. (Livro de ocorrência, 09/09/72).

No entanto, os próprios médicos apontam que, algumas vezes, o tratamento empregado acabava surtindo efeitos que contrariavam os objetivos idealizados. O Centro buscava preparar o paciente para retornar à sociedade “normal”, porém, em certos casos, a instituição oferecia

melhores condições de vida que o próprio ambiente de origem, o que pode induzir a uma maior dependência do paciente ao hospital. Este oferece segurança, alimentação e moradia sem lhe cobrar nada. Esse estímulo pode reverter o objetivo do hospital e levar os pacientes ao hospitalismo (CASTELLARIN, 1983).

Conforme antes mencionado, segundo Heller, o homem já nasce inserido em determinada realidade cotidiana e o amadurecimento do indivíduo está ligado à sua capacidade de adquirir as habilidades necessárias para viver a quotidianidade própria de seu tempo e camada social. Assim, pode-se dizer que os loucos são retirados de seu meio porque não conseguiram adquirir as capacidades consideradas fundamentais à vivência do dia-a-dia. O internamento proposto pelo Centro, objetivando a reabilitação e, conseqüentemente, devolvendo alguns internados à sociedade, buscava, segundo o discurso da equipe médica, recuperar ou mesmo desenvolver tais capacidades. Tal discurso parecia querer superar a barreira entre a instituição e a quotidianidade.

A proposta do Projeto, de acordo com esse discurso, era resgatar os valores culturais do paciente e suas atividades diárias, perdidas ao longo dos anos de internamento. Por exemplo:

As manifestações culturais aparecem, principalmente, durante as atividades recreativas, além dos jogos, exibições de filmes e outras atividades urbanas, existem as atividades trazidas de seu meio de origem; pescaria, bocha, roda de chimarrão, músicas folclóricas, etc. [...]

Na área do Hospital existe um “galpão crioulo” construído pelos próprios pacientes, onde se realizam os churrascos e a roda de chimarrão. Semanalmente realiza-se o “palco aberto”, momento em que as pessoas podem expressar todas as manifestações artísticas típicas do gaúcho (música, poesia, contos, etc.) (Histórico do CAR, 197-?).

Objetivava-se, pois, não mais levar o paciente a “acreditar que a obtenção de sua saúde mental depende da adoção não digerida de valores, que não lhe são próprios e por vezes até nocivos” (1975). Assim, como consta em um relatório do Centro de 1973:

Julgamos que a identificação do paciente com seu meio de origem é um fator importante para a sua recuperação e reabilitação já que preserva os valores culturais do paciente, podendo o mesmo estabelecer padrões de identificação mais próximos de seus primitivos objetivos.

Além disso, segundo a equipe médica, o Centro deveria fornecer a seus pacientes os meios necessários para que estes incrementassem “suas relações interpessoais e comportamento social” (CASTELLARIN, 1983). Nos livros de ocorrência são freqüentes as menções à organização de festas e partidas de futebol. Por exemplo: em uma anotação de 08/11/1973, comenta-se o planejamento das atividades da festa de Natal, no qual os pacientes tinham algumas tarefas:

O paciente L. ficou encarregado de fazer uma relação de todos os pacientes que sabem tocar instrumento musical e o paciente A. irá fazer um teste para a comissão saber os pacientes que realmente sabem tocar.

Ainda, o paciente A. ficará encarregado do material (instrumentos musicais) para distribuir aos pacientes e sua guarda.

Jogos de futebol também eram muito praticados. No artigo que descreve o primeiro dia dos pacientes no Centro, tal atividade já aparece mencionada:

17 horas – enquanto esperávamos a janta, jogávamos futebol na frente do pavilhão. Todos os pacientes participaram, mesmo aqueles que nunca haviam chutado uma bola. Seus movimentos exagerados provocaram algumas quedas e muitos fundilhos rasgados, mas nenhum atleta ficou lesionado para os próximos compromissos (CONCEIÇÃO, 1972, p. 19).

Tais atividades eram, segundo o discurso da equipe dirigente, parte do tratamento empregado, objetivando “reintegrar o paciente com seu mundo” (CASTELLRIN, 1983).

Nesta atmosfera que mesclava algumas características próprias dos hospícios e a busca inovadora de reintegração social e cultural, os pacientes acabavam, em muitas ocasiões, legitimando o poder/saber médico. Cito, como exemplo, o relato do internado B. (14/05/1973):

Pela honrosa presença que me foi cedida na participação do churrasco dia 12-05-73 oferecida pelo Centro Agrícola de Reabilitação aos visitantes da equipe técnica da Divisão Pinel, com a equipe médica do C.A.R. onde encontrei-me com vários outros do Centro uns admirando a minha presença e unidos comumente o que me deu a meditar pois enquanto jovem considerei um médico tal grau elevado como se eles fossem de uma natureza bem superior a mim e hoje passando horas em encontro jamais comum como se fossem companheiros de sempre e isso com *psiquiatras* conversa me lembra que foi de importância elevada e que talvez fui o primeiro paciente do Centro psiquiátrico à participar a tal encontro e que jamais esquecerei assim deu pra se sentir mais valorizado pena que muitos não tenham a mesma oportunidade (grifo do paciente).

O paciente B. era líder de grupo e como tal foi escolhido para participar de um churrasco, juntamente com a equipe médica do Centro Agrícola, oferecido aos visitantes da divisão Pinel do São Pedro. Seu comentário em relação ao evento revela uma extrema valorização da figura do médico, como se esse profissional possuísse uma “natureza superior”, a qual, ao menos naquele momento festivo, foi atenuada pela convivência, tornando os psiquiatras “comuns”, quase “companheiros de sempre”.

O contato prolongado com os pacientes também contribuiu para modificar algumas percepções médicas: “a convivência íntima com os pacientes nos ensinou a respeitar determinados hábitos que, a primeira vista foram atribuídos à sua sintomatologia, mas que fazem parte do modo de ser do colono e do peão” (CONCEIÇÃO, 1972). Este fragmento, retirado de um artigo escrito pela equipe médica do Centro, rompe com a idéia de circuito proposta por Goffman (1999, p. 40), segundo a qual o paciente não pode reagir de forma espontânea a determinada situação, pois sua atitude o leva de volta à mesma situação através da punição.

A idéia da equipe médica era de que o convívio mais próximo com os internados, em alguns casos, possibilitaria aos psiquiatras uma nova visão a respeito dos pacientes e seus costumes, evitando a reprodução do circuito.

Desta forma, muitas vezes, a equipe médica levava suas famílias à instituição, evidenciando o desejo de fortalecer o convívio com os pacientes. O Dr. Camargo, em seu depoimento, contou que sua família havia simpatizado com um internado e, quando este faleceu, todos ficaram muito sensibilizados. Já a assistente social Valenzuela relatou que, quando havia plantões aos finais de semana, ela levava seus filhos à instituição:

olha eu tenho lembranças lindíssimas, meus filhos pequenos com os pacientes, isso é a coisa mais linda que eu como estrangeira devo ao Brasil, que me ensinou a entender a cultura do homem do campo através dos pacientes, que me ensinou a falar português, foram os pacientes, vínculos muito fortes, muito fortes.

A convivência mais intensa junto aos internados era uma das principais características dos atendentes psiquiátricos. Os atendentes, conforme já mencionado, eram os olhos dos médicos, devendo acompanhar os pacientes aos locais de trabalho e avaliá-los ao final de cada jornada. Em um estudo social de um interno (197-?), os atendentes são apontados como aqueles que “realmente tratam os pacientes, uma vez que os acompanham durante as 24 horas do dia, funcionando como catalisadores do vínculo estabelecido entre paciente e equipe”. Segundo o mesmo documento, os resultados deste recrutamento foram positivos:

os resultados foram muito bons. Os atendentes recrutados na comunidade mostraram-se altamente eficientes nas suas atividades, pois, praticamente, continuaram com o mesmo trabalho, porém, agora, com fins terapêuticos. Sua integração com os pacientes oriundos da mesma cultura rural foi fácil, até mesmo pela sua linguagem peculiar.

A respeito da medicação utilizada no Centro Agrícola, essa também era legitimada pelo saber psiquiátrico que procurava diferenciar a instituição do modelo São Pedro. Tendo por objetivo conter os “sintomas produtivos”, ou seja, os delírios e alucinações dos internados, as principais medicações eram os neurolépticos, antidepressivos e anticonvulsivantes. Contudo, a principal característica “anti-São

Pedro” dizia respeito à abolição do uso da eletroconvulsoterapia, o conhecido e temido “eletrochoque” (CASTELLARIN, 1983).

No entanto, alguns pacientes, sujeitados por anos de internamento, pediam para voltar ao São Pedro, pois julgavam que a medicação utilizada no Centro Agrícola não estava fazendo efeito. Cito como exemplo este registro, no qual o paciente “pede que o mandem de volta para o São Pedro porque os remédios daqui não resolvem sua doença” (Livro de Ocorrência, 30/12/1972). Outros ainda, por mais estranho que pareça a nós, ansiavam pelo eletrochoque: “o paciente R. [...] se queixa que está muito confuso e inclusive pede para dar-lhe um choque. Mas foi explicado ao mesmo que isso não resolveria seu problema e mandei que falasse com seu médico” (Livro de Ocorrência, 17/07/81).

Muitas vezes, os próprios pacientes apontavam sua “loucura” como a causa que justificava os longos anos de confinamento. C., por exemplo, conta que foi um vizinho de sua família o responsável por sua primeira internação: “ele era vizinho do meu pai, que ele disse assim pro meu pai que era melhor me internar”. Essa é a única parte de seu depoimento em que o entrevistado fala sobre este “vizinho”, com o qual segundo seu prontuário médico, viveu, após o suicídio da mãe, dos 6 aos 16 anos:

A mãe se matou pois perdera irmã por doença (tia do paciente). Ficou com o pai, depois com o Sr. E.T. que batia demais no paciente se este não conseguisse fazer o serviço (ficou dos seis aos dezesseis anos com este). Chegava atrasado à escola devido ao serviço excessivo.

C. chegou a estudar; contudo, o motivo apontado no prontuário para que o paciente tenha deixado a escola (os atrasos “devido ao serviço excessivo”) não é o mesmo que aparece na fala do entrevistado:

Olha.... estudei até o terceiro ano, tive que sair da escola por causa dessa porcaria de crise, ataque que me dava né, não sei que porcaria..... até o terceiro ano tá. Daí os professor dizia pro meu pai que eu não podia estudar por causa dos ataque.

Para C., portanto, não foi o serviço excessivo e as pancadas do vizinho com o qual vivia (e que nem mesmo é citado) o motivo do abandono dos estudos mas sim a doença mental configurada nos “ataques”.

N., em seu depoimento, quando questionado sobre os motivos de sua permanência por dez anos no São Pedro e por mais de trinta anos no Centro Agrícola, primeiro afirmou, de forma rápida, quase automática: “Nunca pude sair porque não tenho lugar pra parar”. Depois de um breve silêncio, como se pensasse melhor no que disse, relatou: “não tenho onde parar por causa dos remédio, agora tenho problema de pressão [...], então é por isso, só por isso”.

Tanto a fala de C. quanto a de N., mais do que legitimarem o poder/saber médico, justificando suas décadas de internamento, revelam “o esforço dos narradores em buscar sentido no passado e dar forma às suas vidas” (PORTELLI, 1997, p. 31 e 33). São narrativas marcadas por um “processo ativo de criação de significações”, onde não cabem critérios como “verdade” e “mentira” (no sentido factual) e sim a compreensão de seus significados para os protagonistas desta história, sendo possível analisar não apenas o que fizeram os entrevistados, mas sobretudo o que queriam fazer, o que acreditavam estar fazendo e o que agora pensam que fizeram.

Neste sentido, a questão dos remédios aparece de maneira recorrente nas falas dos pacientes, nas quais à doença soma-se a necessidade da medicação para justificar a internação contribuindo, conseqüentemente, no reforço do poder/saber médico. Vejamos, como exemplos, trechos dos depoimentos de C. e N.:

- 1) “O médico me perguntou se eu não queria ir para um hospital que tivesse os remédios certos para a minha doença, que lá não tinha, aí me transferiu para o São Pedro” (C.);
- 2) “O médico de lá [do São Pedro] me dava uns remédios diferentes dos que eu tomo aqui [no Centro Agrícola], [...] que ele dizia que era para acalmar” (C.);
- 3) “Lá no São Pedro achei até que com os remédios tinha melhorado a minha doença” (C.);
- 4) “As primeira tentativa de vim pra cá não deu certo, eles não aceitaram, quem tinha a minha doença não podia ir para Itapuã, não tinha remédio para isso lá” (C.);
- 5) “Aqui eu tenho tudo que eu preciso, os remédios, os médicos, o atendimento, tudo” (N.).

Esta “memória medicalizada”⁷⁴ acaba legitimando a internação não apenas para a sociedade exterior, mas também para os próprios indivíduos confinados. Neste ponto, discordo de Albuquerque (1996, p. 92) quando ele afirma que as instituições “totalitárias” podem ser vistas como um sistema de relações que possui seu princípio fundado na soberania; em suas palavras: “sua existência repousa sobre um efeito de reconhecimento – e esse reconhecimento só pode advir de fora”. Creio, ao contrário, que o espaço institucional decide sobre o certo e o errado em todas as esferas que o compõem, “de fora” e “de dentro”. De acordo com o autor, o espaço “total” não pode contar com o reconhecimento de seus membros, os internos; tal reconhecimento viria apenas da sociedade exterior e não dos internados. Contudo, as falas dos pacientes revelam, em muitos casos, um reconhecimento da instituição como a responsável pela medicação, associada à cura. Desta forma, os pacientes acreditavam que não podiam sair pois eram doentes e precisavam dos remédios e da instituição.

Logo, os internados, por vezes, manifestavam seu reconhecimento em relação ao poder/saber psiquiátrico e acabavam contribuindo, mesmo que indiretamente, para justificar a sua manutenção dentro do espaço institucional. No entanto, havia outras barreiras difíceis de serem transpostas. Neste sentido, penso que cabe analisar o terceiro e último ponto proposto no início deste sub-capítulo, percebendo como o poder/saber psiquiátrico se posicionava em relação às famílias dos pacientes. Estas, na maioria dos casos, eram apontadas como o principal obstáculo à reabilitação destes últimos, impedindo que o Projeto atingisse seus objetivos.

A família é percebida pela equipe médica como a grande “vilã” no processo de reabilitação (ou não) dos internados. Segundo Castellarin (1983), “um paciente que perdeu os seus vínculos extra-hospitalares está praticamente condenado a viver para sempre em uma instituição que o acolha, mesmo que ocorra uma melhora significativa dos sintomas que o colocaram no hospital”. Este problema parece ser freqüente nas instituições de caráter asilar. Fontoura (1997, p. 133), por exemplo, salienta que tal

74 Por analogia à “memória trajada” considerada por Perrot como característica da memória feminina. Ver: (PERROT, 1989).

questão também se fazia presente no Hospital Colônia Santana já na década de 1980, em Florianópolis:

Muitos dos pacientes crônicos e asilares internados na Colônia, além de enfrentarem os problemas da internação, de permanecerem excluídos do convívio social, enfrentam, também, o problema da alta, ou melhor, da não possibilidade de alta, pois para muitos, não há uma aceitação de retorno para casa por parte dos familiares. A não aceitação no convívio familiar e na comunidade, é um problema que cerca muitos internos do HCS (Hospital Colônia Santana). Isto pode ser verificado pelas cartas de familiares que solicitam o adiamento da alta.

Em uma reportagem do jornal *Folha da Tarde* (1975, p. 09), afirma-se que a maior dificuldade da equipe médica do Centro Agrícola era “provar para a família que o paciente melhorou dos seus distúrbios mentais”. A matéria conta ainda o triste caso de Itamar⁷⁵, na época com 24 anos: o paciente aparece em uma foto dirigindo um trator, já havia recebido alta, mas a família não queria “recebê-lo de volta”. Apontado como um exemplo de reabilitação e rechaço da família, trinta e um anos depois, com 56 anos, Itamar é hoje um dos mais jovens pacientes que permanecem no Centro.

Em sua entrevista, o Dr. Kokot relata o quanto era difícil receber “de volta o irmão ou o tio louco que está há 10 anos no Hospital, que saiu de casa porque ele era horrível, ele quebrava as coisas, quase matou o fulano”. Assim, a recordação do doente em surto, juntamente com o afastamento por longos anos devido ao internamento, levavam, em muitos casos, à perda total do vínculo familiar e, conseqüentemente, segundo a equipe médica, à impossibilidade de reabilitação. Neste sentido, cito como exemplo a carta do pai do paciente A., de 11 de setembro de 1973, na qual o remetente, ao saber que o filho receberia alta após cinco anos de internamento, nega-se a recebê-lo de volta:

Formulo através desta o pedido que não mandem de volta o passiente A.W. Peso que obrigue-o a trabalhar aí. Ce elle não pode ficar aí que volte para o Hospital São Pedro. Aqui elle não deve voltar por certo aqui revive o problema que o levou a loucura aqui elle faz misuras. Passa as noites arrombando portas, gritando etc... seria necessário um jornal para descrever tudo o que elle faz de loucura.
Nós já tentamos deixa-lo bem a vontade, fazer o que quissse. Foi pior, foi então,

75 O nome do paciente é citado na referida reportagem, por este motivo, penso não ser necessário utilizar apenas suas iniciais.

que ele falou em me matar, que e já estava velho, que não prestava mais para nada.

Quando elle está aqui todo mundo vive de porta trancada, apavorados. Ninguém o recebe, as crianças não freqüentam a escola de medo de sair na rua, os alunos da noite embora adultos, é o mesmo problema. [...]

Por enquanto peço por caridade que não o deixem volta.

O pai de A. não acreditava em sua reabilitação e solicitava que o “obrigassem” a trabalhar no Centro Agrícola, ou o mandassem de volta ao São Pedro, mas, sobretudo, que não o deixassem voltar para casa. A recordação do paciente em surto aparece na carta como algo ainda muito presente. Nesta perspectiva, segundo seu pai, a casa da família era o local onde A. revivia sua loucura, arrombando portas, gritando, ameaçando. Na representação do signatário, a instituição não aparece apenas como um espaço de tratamento, mas também como um espaço de exclusão. Assim, a sociedade englobante teve um papel importante no agenciamento dos mecanismos de exclusão, legitimando não apenas um poder médico vindo “de cima”, mas também alicerçado nos medos e preconceitos das próprias comunidades de origem dos pacientes⁷⁶.

Mesmo estando apto a reintegrar-se socialmente, conforme a perspectiva dos médicos, o paciente era, em muitos casos, “repudiado pelo ambiente de origem, fazendo com que voltasse a refugiar-se na sua patologia” (CASTELLARIN, 1981, p. 30). Contudo, muitas famílias não sabiam ao certo o que fazer com o parente doente e viam no hospício uma possibilidade de cura. Segundo o depoimento de Dona Otília⁷⁷, irmã de um paciente que viveu no Centro Agrícola, por residirem no interior do estado (característica de quase todos os internados da instituição) não havia onde tratar o irmão “doente e agressivo”. Assim, o hospital era percebido como o local onde seria dada a assistência necessária: “aqui, por exemplo, [...] não teria onde tratar, não teria quem acompanhar um paciente desses, enfim, quem ajudar ele”. Em seguida questionei se a família havia sofrido com a internação, ao que ela respondeu: “sim, mas [...] a agente sabe que ia ter gente pra dar assistência e aqui não teria, no caso”.

76 Segundo Ignatieff (1987, p.191), “o processo pelo qual as pessoas são primeiramente definidas, estigmatizadas e marginalizadas como loucas sempre deve começar ou no lar, ou no trabalho, e desde que a grande maioria de lunáticos era pobre, deve-se começar com a família da classe trabalhadora”.

77 Devido a solicitação da depoente, seu nome verdadeiro foi mantido em sigilo, sendo “Otília Poeta” um nome fictício.

As famílias ainda, seguidamente, alegavam não possuir reais condições de levarem seus “doentes” para casa, devido às dificuldades financeiras. Conforme Castellarin (1983), a pobreza favorecia o desenvolvimento da doença: “não é por acaso que se encontram mais pacientes crônicos nas classes sócio-culturais inferiores e que os problemas econômicos – a pobreza e a miséria – favorecem esse desenvolvimento patológico”.

Qual a posição dos membros da equipe médica hoje a respeito da experiência de Itapuã? O Dr. Kokot define atualmente o Centro Agrícola como uma “quimera”, que não chegou aos resultados idealizados pela equipe médica: “o aspecto ressocialização, esse sim deixou a desejar, isso foi uma coisa que contribuiu para que o Projeto não fosse adiante. Realmente muito poucas pessoas a gente conseguiu devolver para a sociedade”.

Também o Dr. Castellarin, ao evocar seu passado, percebe a proposta do Centro como algo utópico, um verdadeiro “sonho psiquiátrico” da época. O Dr. Camargo corrobora tal visão, referindo-se à equipe médica da qual fazia parte como “um grupo de entusiastas e idealistas”. A narrativa do Dr. Kokot segue a mesma perspectiva, identificando o Centro como algo que “não era possível”, “um equívoco” e nem mesmo algo “cientificamente” correto, apenas “um desejo”, “um sonho”:

A corrente psiquiátrica chamada antipsiquiatria unia pessoas muito inteligentes, grandes psiquiatras estrangeiros, muito inteligentes, que conseguiam convencer. Eles contavam coisas que deixavam a gente fascinado, assim... num passe de mágica um doente é retirado de um lugar e é colocado em outro onde ele se transformava. Bom, a gente tentou fazer essa mágica aqui com o Centro Agrícola de Reabilitação e, claro que a mágica não aconteceu, que era um equívoco. Que hoje se sabe que algumas dessas pessoas inclusive, mais cedo ou mais tarde, vieram a apresentar problemas de saúde mental novamente. Então eu acho que era muito mais um desejo, um sonho nosso, do que provavelmente uma coisa cientificamente correta.

O fato de o psiquiatra caracterizar tal proposta como “não científica” parece autorizar o emprego dos termos “ideal”, “magia” e “desejo” para definir o Centro. Segundo o referido estudo de Castellarin sobre os dez primeiros anos de funcionamento da instituição, dos 588 pacientes que passaram pelo Centro, 179 tiveram “altas melhoradas”, ou seja, “altas hospitalares obtidas por melhora da sintomatologia e da capacidade de reintegração social do paciente”. Kokot, por sua vez,

assegura que estas (as reabilitações) foram escassas e poucos acabaram devolvidos à sociedade. Talvez a perspectiva de que o projeto tenha falhado ou mostrado resultados menos significativos do que o esperado, em relação ao seu objetivo principal, leve alguns de seus idealizadores a pensar atualmente a proposta como uma “quimera”.

Outro fator que pode ter contribuído neste mesmo sentido é a mudança de contexto cultural. O período em que surgiu o Centro Agrícola foi marcado pelas críticas ao poder da geração de 1968, as quais incidiam inclusive sobre o poder psiquiátrico, principalmente através de movimentos como a antipsiquiatria e a comunidade terapêutica, citados anteriormente. Tais contestações podem ser percebidas também fora do campo da psiquiatria, procurando despertar a sociedade para o que ocorria dentro dos manicômios através de livros e filmes. Neste sentido, cito alguns exemplos: em 1961, Goffman publicou o livro “Asylums”, que chegou ao Brasil em 1970, com o título de “Manicômios, prisões e conventos”, no qual o autor procura traçar as características das “instituições totais” onde a vida dos indivíduos é normatizada por regulamentações diárias; em 1975, Foucault publicou a obra “Vigiar e punir”, na qual procura perceber a história do pensamento da punição e, assim como Goffman, não limita-se às prisões, englobando manicômios, escolas, fábricas, etc; também em 1975, foi lançado o filme “Um estranho no ninho”, retratando as arbitrariedades ocorridas nos espaços asilares.

Penso ainda que a mudança de posição percebida na releitura que os membros da equipe médica fazem de seu passado pode ter ligação com as posturas políticas e sociais por eles assumidas na atualidade. Nesta perspectiva, alguns ex-membros da equipe mostram-se contrários à maneira como hoje a proposta da reforma psiquiátrica vem se desenvolvendo. Kokot, por exemplo, afirmou que a “idéia de sociedade sem manicômios é uma quimera”, pois, segundo ele, não é acabando com os hospitais psiquiátricos, nem levando os pacientes para outros lugares, que se resolvem os problemas destas pessoas. Talvez a experiência pregressa no Centro Agrícola os conduza a tais contestações, evidenciando uma preocupação com os destinos dos internados após a alta e uma percepção de que a mudança de instituição nem sempre leva à cura.

Hoje, ao construir suas memórias sobre aquela experiência, o Dr. Kokot afirma também que o erro do qual o Centro Agrícola pretendia escapar não estava na psiquiatria em si e sim nos “maus psiquiatras”:

o mau psiquiatra realmente comete erros, eu até diria atrocidades com os doentes, sérias, e isso tem que mudar, é claro que tem que mudar. Agora isso aí não na psiquiatria, isso aí são os maus psiquiatras, isso tem que mudar. Agora não é acabando com os maus psiquiatras, com os maus enfermeiros, os maus psicólogos e maus hospitais que a gente vai acabar com a doença mental, não vai.

Porém, apesar das críticas, para o Dr. Kokot houve um aspecto positivo na criação do Centro:

houve uma indiscutível melhora na vida destas pessoas, elas começaram a ter uma qualidade de vida muito melhor e também, modéstia à parte, uma qualidade no atendimento médico muito superior. Eles tinham coisas que não tinha lá no São Pedro, tinham reuniões de grupo, tinha entrevistas individuais, tinham medicação dada por gente treinada, eles estavam realmente em um hospital.

O tempo passou e, com ele, a possibilidade de reabilitação, ainda que essa possa ser considerada hoje (mas não no início dos anos 70) apenas uma “quimera”. A respeito dos moradores que permanecem no Centro, um estudo realizado no final da década de 1990, aponta que dos 106 pacientes, 62% não tinham nenhum tipo de vínculo familiar. Neste sentido, encerro o presente sub-capítulo com a triste constatação do Dr. Cássio Castellarin:

com o passar do tempo [...] as recuperações vão diminuindo até o ponto que não recupera mais ninguém e se torna assim um hospital completamente estabilizado, um hospital onde não ocorrem mais altas melhoradas, não ocorre mais recuperação, ninguém mais se recupera. As altas no Hospital hoje, infelizmente, a expectativa é o óbito, os pacientes que estão lá já não têm mais mesmo nenhum vínculo com a família, os que têm a família vinculada, esta não tem condições de receber este paciente. Então estes pacientes estão fadados a morrer dentro do Hospital.

* * *

Neste capítulo, procurei analisar os mecanismos utilizados pela equipe médica da instituição estudada na tentativa de garantir a efetivação da terapêutica proposta, os quais implicavam, seguidamente, o controle do tempo, dos corpos e das mentes dos internados. Busquei apreendê-los como efeitos das estratégias, no sentido proposto por De Certeau, percebendo estas como meios de “capitalizar as vantagens conquistadas”.

Assim, a proposta anti-São Pedro acabava, em certos momentos, limitada pelas tentativas de controle que buscavam organizar o tempo dos internados. Os pacientes estavam cercados por inúmeras “rotinas” que pretendiam normatizar o quotidiano garantindo a eficácia do tratamento proposto.

Outros mecanismos atuavam no mesmo sentido, tais como o esquadrinhamento do espaço físico e a vigilância constante. Neste sentido, em algumas ocasiões, a instituição pode ser examinada sob a perspectiva da vigilância panóptica, através da qual objetivava-se que todos os atos dos internados fossem, dia e noite, observados, registrados e controlados.

Procurei ainda perceber como o poder/saber psiquiátrico legitimou a criação e o funcionamento do Centro Agrícola. Concordo pois com De Certeau (2003, p. 100) quando este define o “poder do saber” como uma “capacidade de transformar as incertezas da história em espaços legíveis”. Tornar a instituição e seus pacientes “legíveis”, ou seja, “controláveis”, significava ter o espaço asilar fundamentado em um saber científico que permitia o reconhecimento deste perante não apenas a sociedade exterior, mas também frente aos atendentes e pacientes da instituição.

No entanto, ainda que o objetivo de tal controle fosse fiscalizar e garantir que os internados não se desviassem das normas preestabelecidas, as quais foram pensadas sob a perspectiva terapêutica da reabilitação, alguns pacientes não se deixavam submeter. Os procedimentos quotidianos também são minuciosos e acabam jogando com o poder disciplinar, não só para fugir deste, mas também para modificá-lo, formando o que De Certeau chama de “antidisciplina”.

No próximo capítulo **Nem tão mansos assim: o quotidiano e as táticas de resistência**, procuro analisar justamente esta “antidisciplina”, por meio das táticas de resistência dos internados. De forma brusca ou de maneira sutil, estes rompem com a perspectiva homogênea normalmente associada às instituições asilares.

Capítulo 3

Nem tão mansos assim: o cotidiano e as táticas de resistência

Conforme mencionado anteriormente, era permitido que os internados escrevessem nos livros de ocorrência, sendo uma das atribuições dos atendentes estimulá-los a exercer tal atividade. Contudo, durante o período estudado, poucos se atreveram a fazê-lo (ou tiveram condição para tanto). Em contrapartida, alguns não só escreveram como também utilizaram este instrumento de controle a seu favor, fazendo denúncias, expressando sentimentos, tentando burlar a ordem institucional. Exemplo de que, através das minúcias, se pode perceber que talvez os loucos de Itapuã não fossem tão mansos assim, revelando ainda, em certos casos, a flexibilidade das normas institucionais.

Neste sentido, minha proposta no presente capítulo é analisar os “pormenores normalmente considerados sem importância, ou até triviais, *baixos*” (GINZBURG, 1990, p. 150, grifo do autor), para tentar perceber as táticas de resistência dos internados.

Segundo De Certeau (2003, p. 102 e 47), a síntese das táticas manifesta-se na “própria decisão, ato, maneira de aproveitar a ocasião”. É justamente por meio de procedimentos táticos que os internados jogavam com o poder, aproveitando-se das ocasiões, transformando estas em situações que lhes eram favoráveis.

As táticas constituem-se de procedimentos que valem pela pertinência concedida ao tempo,

às circunstâncias que o instante preciso de uma intervenção transforma em situação favorável, à rapidez de movimentos que mudam a organização do espaço, às relações entre momentos sucessivos de um golpe, aos cruzamentos possíveis de durações e ritmos heterogêneos etc (DE CERTEAU, 2003, p. 47).

De Certeau analisa as diferentes maneiras pelas quais os indivíduos comuns se reapropriam das produções ditadas pelas elites culturais. Para o autor, o “homem ordinário” não é um consumidor passivo e sim um criador ativo, recriando através da reapropriação dos produtos fornecidos pela ordem dominante. Empreendendo uma análise sob esta perspectiva, percebe-se que no Centro Agrícola, muitas vezes, as resistências dos internados ocorriam pela via da recriação do espaço, no limite das

possibilidades oferecidas pelo Hospital. Desta forma, os pacientes, em alguns momentos, inventavam uma nova realidade, (re)criada a partir das próprias normatizações institucionais. Tal fato consiste em uma verdadeira “atividade de formigas”, segundo De Certeau (2003, p. 40); são maneiras de fazer percebidas através de fragmentos.

O choque entre as normas e o cotidiano dos internados permitiu a produção de registros sobre suas vidas, alguns deles chegando às mãos dos pesquisadores de hoje. Assim, este encontro com o poder não pode ser visto somente de forma negativa, como tendo efeitos apenas de exclusão, censura e submissão (MACHADO, 2004, p. 16). É justamente o embate com as regras da instituição que possibilitou que atualmente se possa ter conhecimento de trajetórias “destinadas a não deixar rastro” (FOUCAULT, 1992, p. 98), como as dos ditos “loucos”. Segundo Foucault (1992, p. 98):

O poder que vigiou aquelas vidas, que as perseguiu que, ainda que só por um instante, prestou atenção às suas queixas e ao seu leve burburinho e que as marcou com um golpe das suas garras, foi também o poder que suscitou as poucas palavras que delas nos restam: quer porque se lhe tenham querido dirigir para denunciar, apresentar queixa, solicitar, suplicar, quer porque ele tenha pretendido intervir e com alguma palavra tenha julgado e decidido.

Uma das maneiras de se tentar recuperar as resistências de tais vidas ocorre por meio do discurso daqueles que procuravam controlá-las. Concordo quando Foucault (1992, p. 98) afirma que é impossível rever tais trajetórias “em si mesmas”, em seu “estado livre”, pois até mesmo quando se expressam definem-se a partir da instituição. Porém, parece-me necessário tentar vislumbrá-las nas entrelinhas, sempre à espreita, esperando o momento em que a circunstância torna-se oportunidade de resistência.

Neste sentido, inspirando-me na análise de De Certeau (2003) a respeito das táticas, subdividi o terceiro e último capítulo da dissertação em três partes: **A arte da guerra cotidiana: da violência à sutileza**, na qual pretendo perceber as “astúcias” dos pacientes. Objetivo analisar as diferentes maneiras como estes resistiram às normas impostas pela instituição através de gestos e atitudes, que variavam da violência à sutileza.

No segundo sub-capítulo, **A arte de dar golpes no campo do outro: resistências na fala e na escrita**, pretendo investigar de que forma, por intermédio da

fala e da escrita, os internados jogaram com as regras impostas. Conforme De Certeau (2003, p. 103), a utilização de tais mecanismos pode ser pensada sob a perspectiva das táticas, como “manipulações da língua relativas a ocasiões e destinadas a seduzir, captar ou inverter a posição lingüística do destinatário”.

Contudo, na maioria das vezes, não foram os próprios pacientes que narraram seus “feitos” e sim os atendentes e a equipe médica, criando uma escrita que acabou colocando os internados na posição de atores. Porém, esses últimos nem sempre desempenharam “o papel que outros escreveram para ele(s)” (FOUCAULT, 1992, p. 24). Uma abordagem à “contrapelo” serve justamente para tentar mostrar a resistência destes atores em representar o papel que lhes tentavam imputar.

Na terceira e última parte, **A flexibilidade das normas: a (ins)estabilidade do espaço asilar**, procuro perceber a maleabilidade do sistema de normas institucionais diante dos obstáculos do cotidiano.

As fontes utilizadas neste capítulo são, fundamentalmente, as entrevistas com os membros da equipe médica e com os pacientes que ainda hoje residem no Hospital Colônia Itapuã e os livros de ocorrência, além de outros documentos institucionais. Insisto que a leitura destas fontes foi realizada à “contrapelo”, permitindo enxergar as táticas dos internados nas entrelinhas das narrativas “oficiais”.

Assim, pretendo analisar, através das minúcias que se escondem no cotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação, os pequenos (ou nem tanto) atos dos “fracos”, como escrever apelos e poemas, não trabalhar, suicidar-se, esconder objetos, vender cigarros, etc. Enfim, são o que De Certeau (2003, p. 104) denominou de táticas, “gestos hábeis do fraco” na ordem estabelecida pelo “forte”, “arte de dar golpes no campo do outro, astúcia de caçadores, mobilidades nas manobras, operações polimórficas, achados alegres, poéticos e bélicos”. Cabe agora perceber de que forma ocorriam estes gestos de resistência no cotidiano dos loucos (nem sempre) mansos de Itapuã.

3.1. A arte da guerra cotidiana: da violência à sutileza

Na tentativa de manter a individualidade, alguns pacientes contestavam as normas, procurando não se deixar dominar por um cotidiano repleto de “rotinas” a serem seguidas. Tais reações parecem espontâneas, como se estivessem sempre presentes “nas regiões remotas do ser vivo”, à espera de uma ocasião própria para se manifestarem. Estes “gestos hábeis do ‘fraco’ na ordem estabelecida pelo forte” (DE CERTEAU, 2003, p. 104) ocorriam por motivos diversos, mas quase sempre, ainda que de forma indireta, contestavam a ordem imposta, ocasionando práticas que variavam da agressão à sutileza, repletas de significados. Neste sentido, as atitudes diante das imposições manifestavam-se em gestos carregados de subjetividade, os quais são percebidos como diferentes maneiras de resistir, de manter a singularidade.

Procurei apreender tais gestos através de alguns aspectos mais recorrentes nas fontes, referentes à resistência dos pacientes frente a certas imposições institucionais, como por exemplo: o controle da sexualidade; o estabelecimento de horários para dormir, acordar, trabalhar e tomar remédios; a terapêutica empregada; a mudança de setor de trabalho; o destino da produção; a permanência no espaço institucional e a distribuição (ou escassez) de cigarros. Interpreto esses gestos, bruscos ou sutis, diante das limitações prescritas pelo Centro, como formas de resistir, de preservar a individualidade em meio à despersonalização ocasionada pelo internamento.

Neste sentido, inicio a análise pela narrativa de um trágico incidente ocorrido com o paciente C. durante sua primeira internação, aos 19 anos. Antes de sua transferência para o Centro Agrícola, ainda no Hospital Psiquiátrico São Pedro, o internado cumpriu pena no Instituto Psiquiátrico Forense por ter cometido um homicídio. Segundo C., um paciente mais forte tentou diversas vezes abusar dele sexualmente, fato comunicado à equipe médica e aos enfermeiros: “e era todos os dia, todas as noite e eu dizia pro doutor, dizia pros enfermeiro e ninguém não queria me dar bola pra mim, só diziam assim pra mim, deixa o coitado que ele é doente, ele não sabe o que tá fazendo”. Então, durante uma briga, C. matou o agressor⁷⁸: “matei, matei, matei esse

78 O gesto de C. revela a violência e o desespero diante de uma situação limite. Apesar de não ter ocorrido no Centro Agrícola, tal fato marcou a trajetória do paciente e está ainda muito presente em sua reconstrução de si, na lembrança de seu passado. Neste sentido, insisto na importância da

paciente, matei esse paciente, daí eles me pegaram e me levaram pro manicômio judiciário”.

C. teve muita dificuldade em contar o motivo exato do crime, parecia incomodado e nervoso, disse que “não era acostumado” com aquele tipo de atitude do internado que lhe assediava, que seu pai “nunca”... e as palavras pareciam fugir. Na primeira entrevista, C. não revelou o crime cometido. Ao ser questionado sobre sua vida no São Pedro, disse apenas que teve um “problema” e que acabou sendo transferido para o Instituto Psiquiátrico Forense. Um ano depois, no seu segundo depoimento, com muita hesitação, C. resolveu falar sobre o ocorrido. Assim, pode-se entender tais lembranças como “memórias subterrâneas”, as quais demoram a serem trazidas à tona. São “lembranças traumatizantes que precisam esperar anos pelo momento propício para serem expressas” (POLLAK, 1989, p. 4).

C. falava rápido, desculpava-se, frisava que era um sujeito que mantinha o respeito com os outros, que muitos gostavam dele, que era uma pessoa confiável:

eu abaixei muito assim a [...] não, e sabe o que que é, a senhora me desculpa que eu quero dizer, que um paciente me pedia assim pra mim.....ah....ah..... você é minha mulher, vamo fazer. [...] que..... que..... que ele queria pegar eu, eu [...] não sou acostumado com isso, meu pai, meu pai nunca me... que... que esse rapaz... pra gente aqui... tem gente que... eu respeito tudo viu, eu respeito [...] tem gente que gosta de mim aí que nunca... agora tô trabalhando com esse senhor, ele deixa a casa assim aberta, tudo pra mim.

Por fim, num verdadeiro desabafo, soltou a frase: “o que aconteceu, foi uma morte”. Senti realmente ter “arrancado” tal informação; perguntei, insisti, até sair: “Matei, matei, matei esse paciente, matei esse paciente”. A “confissão” de C. deu-se no interior de uma determinada versão a respeito do ocorrido, na qual ele afirmava que matou para se defender dos abusos, mas antes tentou avisar os médicos; como nada foi feito, a fim de preservar sua honra, de manter-se um homem “de respeito”, pois não era

metodologia “história oral de vida” para as entrevistas com os pacientes, método que leva em consideração toda a trajetória de vida do depoente. É através de suas experiências progressas que se entende como os entrevistados constroem suas memórias a partir do internamento, além de outras percepções relacionadas à doença, a suas atividades antes da vida institucional, aos motivos do internamento, ao cotidiano no São Pedro, às razões de sua transferência para o Centro Agrícola, etc. Assim, conhecendo suas histórias, não apenas através dos registros nos prontuários mas também pelas suas falas, pode-se tentar compreender como os personagens examinados representam suas vidas hoje e o que pensam, na atualidade, sobre o que fizeram no passado (PORTELLI, 1997, p. 31).

“acostumado com isso”, precisou matar. Ou seja, C. teve que significar o assassinato, inserindo-o em sua trajetória, de forma a não romper com sua auto-imagem de homem (heterossexual) confiável.

No Centro Agrícola de Reabilitação, não encontrei nenhum registro ou relato com o mesmo teor de violência. Na referida Instituição, a proposta “anti-São Pedro” gerava tentativas de controlar a sexualidade dos internos de forma a não permitir o que o Dr. Kokot chamou de “exploração dos mais fracos pelos mais fortes”, como a responsável por desencadear o crime cometido por C. no São Pedro. Contudo, tais normatizações poderiam ser responsáveis por outros conflitos.

Assim, nesta tentativa de controlar a sexualidade dos pacientes, não era permitido que eles recebessem visitas íntimas. Segundo Valenzuela, houve uma proposta visando autorizar que aqueles que estivessem na última etapa do tratamento pudessem levar mulheres a seus quartos com o propósito de manter relações sexuais; porém, a medida enfrentou a contestação das irmãs franciscanas que cuidavam dos hansenianos do outro lado da cerca:

fui eu justamente que levei a idéia, de porque só homens, porque não levar mulheres? Bom, eu fui uma das pessoas mais odiadas pelas freiras, foi horrível, horrível... que eu seria uma irresponsável! Que não saberia o que está acontecendo! E para mim era uma situação muito clara por causa do homossexualismo, porque nós mesmos estávamos até incentivando o homossexualismo [...].

Alguns internados contestavam o fato de não poderem manter relações sexuais dentro da Instituição. Por exemplo: A.J.S., líder do grupo do refeitório, alegou, em 1973, não possuir condições de ir a uma reunião devido ao desejo de estar com uma mulher, não tendo, assim, “condições de tratar de outros assuntos”. Afirmava também que foi sua “dotora” que despertou tais desejos:

14 de 11 de 73 vo faltar a reunião por não ter condições de esconder o desejo e a falta de uma mulher junto a mim; não poderei e nem terei condições de tratar de outros assuntos em companhia de outros e inquanto este desejo não passar; não quero trair o pensamento. A dotora C. me deichou com ele ao chegar. 17:36 horas (Livro de Ocorrência, 14/11/1973).

As relações homossexuais eram igualmente proibidas. Em uma anotação da equipe médica para os atendentes, no Livro de Ocorrência, de 23 de novembro de 1977, fica clara a vigilância sobre tais comportamentos:

Peço que façam mais rondas noturnas no quarto em que está o O. para protegê-lo e orientá-lo quando outros pacientes quiserem forçá-lo a manter relações homossexuais.

Também vamos vigiar sempre o paciente L. que já no São Pedro tinha atuações homossexuais. Combinei com o mesmo que aqui não poderá ter este tipo de atitude e será vigiado por toda a equipe de atendentes.

Nos livros de ocorrência, localizei dois casos de relações homossexuais entre pacientes, uma em 1972 e outra em 1978. Em uma destas anotações, o atendente avisava que tal tipo de comportamento deveria ser evitado.

O Dr. Kokot, na sua entrevista, relatou que não se reprimia o homossexualismo, o que não se admitia, conforme mencionado anteriormente, era o abuso sexual dos mais fracos pelos mais fortes. Nestes casos, segundo o psiquiatra:

Não dá para chamar de homossexualidade, é a exploração dos mais fracos pelos mais fortes na verdade. Então a minha preocupação era ver se esse tipo de coisa se reproduzia lá, e realmente a gente teve algumas situações que a gente teve que trabalhar, mas como regra geral era uma coisa que... muita gente preferia dormir no mato e não dormir nas suas camas, ou grupinhos que passavam boa parte da noite em volta de uma fogueira tomando chimarrão e não dormindo.

Mas como distinguir o abuso do desejo? Proibir que os pacientes tivessem relações sexuais com mulheres não estimulava, ainda que indiretamente, as práticas homossexuais? As fontes não oferecem respostas claras. Na tentativa de encontrar uma alternativa diante deste impasse, permitiu-se que nos finais de semana alguns pacientes fossem acompanhados pelas assistentes sociais até a Avenida Voluntários da Pátria⁷⁹ para que suprissem as suas necessidades sexuais com prostitutas.

Controlando a vida sexual dos pacientes, o Centro Agrícola repetia uma prática comum nas instituições asilares em diferentes períodos. Segundo Cunha (1989, p. 59), “o severo controle de práticas sexuais alternativas é uma constante nos mundos fechados das instituições de asilamento”. Um exemplo: de acordo com um estudo

79 A Avenida Voluntários da Pátria (“Volunta”) é um conhecido local de prostituição em Porto Alegre.

realizado na Colônia Juliano Moreira (1983/84, p. 113), antiga colônia agrícola do Rio de Janeiro, a vida sexual dos internados era considerada um verdadeiro “fantasma”:

Tema muito raramente abordado em qualquer âmbito da instituição, a vida sexual dos internos – como um fantasma – apenas aparece como assunto nas reuniões ou nas conversas informais, quando acarreta algum problema mais evidente como a gravidez, ou quando surge associada a queixas de violência e tumulto; nunca como uma preocupação espontânea quanto a como lidar com ela.

No Centro Agrícola de Reabilitação, as práticas sexuais permitidas deveriam ser supervisionadas (ou até promovidas) pela equipe médica. Neste sentido, resistir ao controle que, procurando proteger os pacientes de “abusos”, acabava, algumas vezes, reprimindo certas manifestações espontâneas de sexualidade, também era uma forma de conservar a individualidade. São gestos de resistência dos “fracos”, como não comparecer a uma reunião de grupo devido “à falta de uma mulher”, ou manter práticas homossexuais que escapavam à vigilância.

Outras resistências estavam relacionadas às imposições de horários para dormir, acordar, trabalhar e tomar remédios, e também constituem tentativas de manter a individualidade. Por exemplo: acordar, tomar café da manhã e, contrariando a “rotina” que regulava o horário de trabalho, voltar ao quarto e dormir, não acompanhando os demais. Conforme uma anotação de 1972 no Livro de Ocorrência:

o paciente L. hoje pela manhã, após o café, voltou para seus aposentos para dormir. Fui chamá-lo duas vezes, para ele se levantar para ajudar os outros que estavam trabalhando. Ele me fez uma pergunta “se ele não era gente também”. Eu lhe respondi que não tinha lhe perguntado se ele era gente apenas que fui chamá-lo para ajudar os outros (06/07/1972).

L. questionava se “não era gente também”, se não tinha o direito de dormir um pouco mais ou o quanto tivesse vontade, exprimindo seu desejo de individualização diante da padronização subjacente às rotinas institucionais.

Desta forma, os procedimentos adotados pela instituição na tentativa de garantir o controle, muitas vezes, incitavam resistências. Tal fato pode ser percebido

também no que se refere à norma que estabelecia a permissão para que o próprio internado procurasse sua medicação.

Em todos os livros de ocorrência pesquisados, existem registros diários dos nomes daqueles que procuraram os remédios, os quais tinham horários certos e não eram concedidos fora destes. Tal procedimento, em alguns casos, poderia ser responsável por desencadear gestos bruscos dos internados que resistiam a esta imposição de horários, conforme pode ser exemplificado através do seguinte trecho: “paciente R. não veio tomar a medicação porque estava tomando chimarrão, mais tarde quis tomar, como não demos ele ficou nervoso e atirou a cuia na parede” (20/12/1980).

A questão dos remédios foi assunto da primeira reunião entre a equipe médica do Centro e os pacientes, na qual

a maioria dos pacientes concluiu ser desnecessário o remédio durante o dia. Alguns alegaram que não tinham sentido necessidade, outros acrescentaram que isto poderia interferir nas atitudes diárias. Contudo, todos quiseram continuar com a medicação à noite (CONCEIÇÃO, 1972, p. 20).

Não apenas as normas institucionais eram contestadas, mas também a própria terapêutica empregada. Justamente o objetivo principal do Centro Agrícola, ou seja, a perspectiva de cura através do trabalho, muitas vezes, não parecia claro aos olhos de alguns internados.

A análise do conflito entre terapia e trabalho, efetuada no primeiro capítulo, procurou mostrar o quanto era delicada a proposta de fazer com que o “doente mental” trabalhasse sem ser, ou mesmo sentir-se, explorado. Um dos objetivos salientados em ata da reunião da equipe médica de 11 de agosto de 1973 era de que o paciente deveria “ser motivado, sabendo o que e o porquê ele está desenvolvendo determinada tarefa”. Apesar disso, os pacientes do Centro Agrícola, por vezes, manifestaram sua incompreensão do porquê tinham que trabalhar dentro do ambiente hospitalar.

A situação parecia se agravar quando os pacientes chegavam ao último estágio de tratamento, o chamado “trabalho a terceiros”, visto anteriormente. Neste momento, o internado passava a ter um patrão a quem deveria prestar contas. Porém, continuava vinculado à Instituição e às suas normas, o que gerava alguns conflitos como este, relatado em um Livro de Ocorrência:

O paciente D. discutiu muito hoje pela manhã dizendo que o Dr. Márcio não manda nele porque o doutor não paga ele semanal e que quem manda nele é o sr. Perci, seu patrão, porque paga todas as semanas ele e que segunda feira ia trabalhar com o sr. Perci (02/09/1972).

Na visão do internado, a obediência estava ligada ao pagamento do salário e isto não era função do psiquiatra e sim de seu patrão. Portanto, parece que nem sempre os internos compreendiam o que estavam fazendo e o motivo de algumas atividades, conforme desejava a equipe médica. Na concepção destes, a idéia do trabalho como mercadoria (elemento central da sociedade capitalista), inerente à própria lógica do tratamento empregado no Centro, por vezes chocava-se com a noção do trabalho como terapia.

A mudança de setor de trabalho, que atendia à proposta de gradual afastamento da Instituição, também podia suscitar comportamentos questionadores da autoridade das normas. Em uma anotação de 20 de novembro de 1977, no Livro de Ocorrência, um atendente relatou que o paciente O. estava “muito ansioso e chateado pelo motivo de ter sido transferido de setor, sem saber porque”. O internado passou então a fazer várias perguntas, às quais o atendente afirmou não saber responder:

Então passou a perguntar o seguinte, que para mim era impossível responder:

1) se era porque trabalhava mal como líder do setor que estava?

2) se era, porque ele algumas vezes revelava algo que estava mal com o atendente do setor, pelo motivo de querer cuidar bem da responsabilidade que assumia?

Eu lhe falei sob a troca de setor que na verdade havia deixado um pouco ansioso, mas que isto acontece com quase todos quando mudam de trabalho, mas que, porém, expliquei que um atendente ou um médico sempre procura, a melhorar o paciente e que nunca, provocasse atrapalha e que tinha certeza que esta mudança foi para melhor.

No registro do dia seguinte, uma outra anotação chamou minha atenção, agora de um membro da equipe médica, parecendo tentar justificar a troca de setor mencionada acima e o fato do referido paciente não poder mais ser um líder de grupo. O., conforme a fonte, “discordava dos atendentes”, queria fazer tudo “a seu modo” e, portanto, deveria mudar de setor, pois “a função de liderança não é mais aconselhada devido a todas as ocorrências (brigas) que houve com outros pacientes e atendentes. O líder deverá ser o exemplo e não provocar brigas”.

Talvez O. estivesse tentando individualizar-se, não desejando obedecer aos atendentes e médicos, não buscando ser “o exemplo”, mas sim opinar, fazer-se ouvir. Neste sentido, a transferência do internado para outro setor também pode ser atribuída ao desejo da equipe médica de evitar brigas, assegurando a ordem institucional.

Conforme visto antes, a terapêutica empregada procurava manter os internados permanentemente ocupados. O trabalho realizado era, muitas vezes, motivo de orgulho para os pacientes, mas também gerava, em alguns casos, abalos na ordem institucional. Por exemplo, o envolvimento dos pacientes com os frutos de suas atividades laborativas e o destino que a Instituição dava a esta produção podiam, segundo a equipe médica, conduzir a gestos extremos, como o suicídio. Segundo o trabalho de conclusão de curso do Dr. Castellarin (1983), os suicídios entre pacientes psiquiátricos

ocorrem predominantemente nos três primeiros anos de internação [...] Um paciente que consegue permanecer três anos no hospital já pode ser considerado crônico e a incidência de suicídios entre os crônicos é bem menor que entre os agudos.

De acordo com este mesmo estudo, quando um paciente demonstrava tendência a cometer algum tipo de atentado contra sua própria vida, ele era encaminhado “para um hospital onde existia maior vigilância e limitações ambientais”. Consta no prontuário de um dos entrevistados, o paciente C., uma transferência de alguns meses, em 1983, para o São Pedro, pois estava “com depressão e risco de suicídio (por não conseguir trabalhar)”.

O Dr. Castellarin (1983) cita como exemplo um episódio em que, devido a

questões administrativas estranhas ao funcionamento do CAR (Centro Agrícola de Reabilitação), foi necessário destruir boa parte da produção. Verificou-se que, logo após, os doentes encarregados desta lavoura começaram a apresentar sintomas depressivos, negando-se a trabalhar e voltando ao isolamento anterior.

A dificuldade em comercializar as safras de hortaliças produzidas no Centro foi apontada num relatório da década de 1970. Conforme o referido documento, tal situação acarretava “inúmeras dificuldades no tratamento dos pacientes, uma vez que [estes] vêem seus esforços não serem aproveitados, nem mesmo valorizados”.

O Dr. Camargo relatou ainda que, entre os anos de 77 e 78, houve uma “super safra de cebolas”. As instituições às quais o Centro Agrícola fornecia seus produtos, como o São Pedro, por exemplo, já tinham seus fornecedores regulares deste legume, e assim ninguém ficou com a produção. Nas palavras do psiquiatra:

Então nós enterramos a cebola, fizemos um buraco e mandamos enterrar a produção que estava apodrecendo e fedendo lá. Nesse momento, um cidadão chamado [...] pegou um pedaço de arame e, um dos líderes da horta, enforcou-se deixando um bilhete dizendo que ele pensava que ele ia ficar bom da cabeça, que ele passou muitos anos no Hospital São Pedro, que aqui disseram que ele ia ficar bom da cabeça e que agora chegou lá e viu que aquilo tudo era mentira. [...] se contava desse exemplo sempre. Um doente que se suicidou porque se desiludiu com a coisa, na verdade, um grande entusiasta do trabalho.

Segundo o psiquiatra o paciente em questão, “um grande entusiasta do trabalho”, enforcou-se com arame farpado. O Dr. Camargo atribui o suicídio do paciente a uma desilusão em relação à proposta institucional. Contudo, conforme apontado anteriormente, penso que interpretar tal gesto unicamente sob esta perspectiva é reduzi-lo apenas ao discurso médico. Afinal, o suicídio pode estar ligado às relações sociais e às tradições culturais anteriores dos internados, período o qual esta pesquisa não dispõe de fontes.

Nessa perspectiva, cabe ressaltar que a maioria dos entrevistados relata de maneira enfática e com orgulho as atividades que desenvolveram durante o tempo de internação:

Eu trabalhava, eu trabalhava de marceneiro..... olha a senhora conhece ali onde que tem a creche das criança ali ? [...] Ajudei fazê. Trabalhei naquelas creche lá, pras criança, tudo ali..... limpava ali na frente [...] gramado tudo lá e ali onde que tem a creche ali carpada ali.....ali eu trabalhei [...] (C.)

Eu varria o pátio, varria o pátio, as folhagens, as folhagens das árvores. Eu varria o pátio, limpava, limpeza, carregava café pros outros, trabalhava na cozinha (M).

Eu gostava mais da capina, capina eu gostei mais, trabalhei na horta muito tempo e na capina, tempo que tinha capim, né? [...] Arrancava mandioca, nós plantava mandioca [...] aipim. [...] Eu gostava ... eu gostava. (J.).

Eu trabalhava na horta e depois tinha que ir pro volante que era na chácara, na chácara. (F.).

Primeiro trabalhei no jardim, ali na horta, depois trabalhei no refeitório, trabalhei em tudo que é setor aí, trabalhei nas pedreira, escavando terra. [...] Eu trabalhei

em tudo que é serviço aí, até tenho máquina de escrever, sei batê máquina, sei escrevê à máquina [...] eu trabalhava no almoxarifado e fazia os papéis. (N.).

A relação com os frutos do trabalho era inclusive apontada como um dos motivos de internação dos homens do campo. Em uma anotação no Prontuário do paciente J., por exemplo, a colheita perdida em virtude da chuva foi um dos fatores mencionados como agravantes de sua doença: “o que ajudou a agravar foi a perda de colheitas devido às chuvas no ano de + ou – 1970. Nota: o prejuízo da safra foi em julho de 1973”.

Ainda de acordo com o Prontuário, o internado afirmava que “ficou doente porque sentou na pedra. Quem senta na pedra fica doente, vadio e com preguiça”. Penso que esta breve frase possui um significado muito forte nas suas entrelinhas. Ser “vadio” e “preguiçoso” eram características que J. percebia como associadas à doença. Assim, ao “sentar-se na pedra” para, talvez, descansar, acabou interrompendo o trabalho que deveria ser feito. Neste sentido, pode-se perceber a influência dos valores impostos pelo meio social, no qual o indivíduo que não trabalha é pouco valorizado e, no caso, considerado insano.

Segundo Arendt (2003, p. 16), “o trabalho e seu produto, o artefato humano, emprestam certa permanência e durabilidade à futilidade da vida mortal e ao caráter efêmero do tempo humano”. Assim, ver o resultado do trabalho perdido rompe com tais idéias de “permanência e durabilidade”, podendo levar certos indivíduos a reações extremas, como o suicídio.

Os suicídios podiam ainda ocorrer por outros motivos. J. relatou um caso no qual, devido ao desejo de “voltar para casa”, um paciente enforcou-se: “ele morreu enforcado [...] era paciente daí [...] morreu enforcado.... por causa de um desgosto que ele teve. [...] É desgosto que ele teve. [...] Eu acho que ele queria ir morar no Paraná, voltar pra casa”.

As razões que levavam alguns a cometer suicídio aparecem apenas nas lembranças dos entrevistados, pois nos documentos oficiais tem-se apenas o registro numérico da quantidade destas ocorrências ao longo dos anos. De acordo com o já referido estudo do Dr. Castellarin (1983), durante os três anos que se seguiram à fundação do Centro Agrícola, ocorreram oito suicídios. Portanto, é somente através das

memórias subterrâneas (POLLAK, 1989, p. 4), as quais não são localizadas facilmente, que o pesquisador pode encontrar tais vestígios. É pela história oral que se torna possível buscar, ainda que de forma breve, os relatos a respeito destes gestos extremos. São, portanto, lembranças traumatizantes, dificilmente esquecidas mas poucas vezes expressas.

Da mesma forma, as tentativas de fuga possuem poucos registros nos livros de ocorrência. Cito um desses raros fragmentos:

O paciente A. S. tentou fugir, fomos avisados pelo atendente Adão que o mesmo já ia a 1 Km, e este não tinha conseguido que o mesmo voltasse, então arrumamos uma condução, e o atendente M. e mais dois pacientes foram ao alcance deste e encontraram este já a 10 Km e trouxeram de volta (Livro de Ocorrência, 09/12/78).

Atos deste tipo podem ser compreendidos como contestações à permanência na instituição, como formas de resistência, as quais algumas vezes também resultavam em tragédias. Em sua entrevista, o paciente C. contou que um internado teria morrido afogado ao fugir: “olha.... teve gente que fugiu, olha..... morreu até afogado em água aqui ó....”, e aponta em direção à Lagoa Negra, próxima do Hospital.

Segundo o trabalho do Dr. Castellarin (1983), ocorreram 36 fugas, “predominantemente nos dois primeiros anos” de funcionamento da instituição. De acordo com o psiquiatra, tanto os suicídios quanto as fugas ocorriam sobretudo nos primeiros anos de internamento, pois, com o passar do tempo, o paciente se adaptava ao Centro. Assim, “após a adaptação do paciente ao tratamento, [...] são raros os casos de fuga”.

No caso dos suicídios, tinha-se a mesma perspectiva da “adaptação”, considerada “o fator predominante” para que estes não ocorressem. Assim, adaptar-se poderia significar conformar-se com a situação de internamento, com a longa permanência, sem resistência, sem fuga, sem suicídio; denotando, em última análise, a aceitação do tratamento.

Todavia, para alguns internados, permanecer no Centro não significava adaptação às “rotinas” institucionais e sim um embate constante por meio de gestos de resistência. Porém, outros tantos aceitavam as imposições do tratamento empregado e vários concordavam em trabalhar. Em grande parte dos casos, o motivo era o cigarro,

utilizado como forma de pagamento, conforme já apontado. Motivação importante para os fumantes e também para aqueles que não fumavam e vendiam suas quotas. Quando os cigarros faltavam, as reações podiam ser bruscas:

O paciente J. T. estava agressivo, dando socos em objetos e móveis, devido a falta de cigarros (10/09/1972).

Hoje após o café o paciente T. deu um tapa no seu D. sem motivo, ele hoje está bem agitado, diz sentir muito, eu acho que é devido a falta de cigarros (28/11/1972).

Em um outro caso, relatado no segundo capítulo, um paciente quebrou um rádio alegando estar nervoso por não ter cigarros, sendo ameaçado com o retorno ao São Pedro.

A falta de cigarros, portanto, criava problemas na ordem interna da instituição, como se pode perceber também através destes registros:

“Os paciente reclamam a falta de cigarro e ameaçam não irem mais trabalhar” (06/07/72).

“O paciente O. não quis trabalhar hoje a tarde porque não atingiu os pontos para pegar cigarro, todas as vezes que não pega cigarro ele veste a sua roupa de passeio e que ir para casa” (23/11/1977).

“O paciente J. não quis participar da limpeza no refeitório alegando estar sem cigarros e não iria trabalhar” (19/11/1979).

A importância do cigarro era tão forte em Itapuã que, segundo a assistente social Valenzuela, foi através do “intercâmbio de cigarros” que começou a integração entre os hansenianos e os moradores do Centro Agrícola, levando à retirada da cerca que os separava.

De acordo com o depoimento do psiquiatra Castellarin:

o Estado distribuía cigarro, havia até um marca de cigarro que era feita especialmente para os pacientes. As companhias de cigarro faziam o produto, cigarro com uma qualidade bem inferior, e era distribuído para os pacientes pela Secretaria da Saúde (!). Eles tinham direito a não sei quantos cigarros por semana, e era distribuído semanalmente e quem não fumava revendia ou trocava com os outros pacientes. Recebia igualmente, se ele não fumasse poderia negociar esse cigarro com os outros.

Tal procedimento, segundo o qual aqueles que não fumavam podiam revender seus cigarros, acabou gerando algumas brigas entre os internados. Uma destas ocasiões foi mencionada no capítulo anterior, fazendo com que um atendente solicitasse no Livro de Ocorrência (06/10/1982) que a referida prática fosse revista.

Neste sub-capítulo procurei analisar os gestos dos internados na tentativa de resistir ao controle da Instituição. Olhando o mundo institucional à “contrapelo”, ou seja, percebendo a sombra dos internados nos registros da equipe médica, busquei expor algumas maneiras destes se contraporem ou burlarem as normas do Centro.

As formas de resistência dos moradores da Colônia Agrícola não se davam somente através de gestos explícitos, mas também de outras maneiras que envolviam a sutileza, ou a força, da fala e da escrita, conforme pretendo mostrar no próximo sub-capítulo.

3.2. A arte de dar golpes no campo do outro: resistências na fala e na escrita

A fala e a escrita dos pacientes podem ser analisadas tanto através de anotações dos atendentes nos livros de ocorrência como nos raros momentos em que os primeiros conseguiram se expressar deixando seus próprios registros. Tais rastros, que procurei perseguir ao longo da presente dissertação, denunciam, contestam e, algumas vezes, rompem com a ordem institucional. Assim, jogando com as palavras, os pacientes pareciam, em certos momentos, ter por objetivo “seduzir, captar ou inverter a posição lingüística do destinatário” (DE CERTEAU, 2003, p. 103), transformando a circunstância em uma situação favorável.

Os movimentos retóricos utilizados pelos pacientes podiam gerar práticas que variavam em sua intensidade, e que marcavam um cotidiano permeado pelos conflitos entre as normas e as tentativas de resistência. Neste sentido, pretendo analisar suas falas e escritas através de quatro eixos temáticos que perpassam tais narrativas: o internamento compulsório, a terapêutica empregada, a ausência da família e as omissões, contradições e não-ditos de suas falas.

Início a análise com o comentário do paciente A.J.S., líder do grupo do refeitório, registrado em um Livro de Ocorrência, contestando o internamento compulsório:

Já falei a meu médico, mas não foi ainda reconhecido pelo restante:
Aos funcionários superiores desta repartição
Quero me desculpar muito, mas acho que nada mais tenho a fazer aqui. Eu vim enganado achando que ficaria aqui unicamente um mês ou dois. Já tinha pedido alta antes de vir e chorei senti-me obrigado porque lá não dão de nenhuma forma. Já tive muitas vezes desenganado e sai embora por minha conta. Por ver que não resulta, e não mereço vingança. Vou ter que deixar de querer fazer as vontades de quem não me dá valor e não gosta de mim esse é meu único mal vou ter que procurar lutar rigorosamente para fazer só a minha vontade e já vi que de outro jeito não tenho forma de me curar (19/11/1973).

A transferência de A.J.S. parece ter sido aceita por ele na esperança de permanecer somente “um mês ou dois” no Centro, pois no São Pedro a alta não era possível, “lá não dão de nenhuma forma”. Chorou, sentindo-se obrigado a permanecer onde não queria ficar, acreditando ser uma forma de “vingança” obrigá-lo à internação, a obedecer “as vontades de quem” não lhe dava valor. Diante disso, o internado passou a acreditar que somente lutando para fazer apenas a sua própria vontade é que poderia curar-se. Este verdadeiro desabafo de A.J.S. reflete exatamente a perspectiva que norteia o presente sub-capítulo, ou seja, a manipulação e o questionamento das ordens impostas pela equipe médica por meio da fala e da escrita.

Questionar o internamento e a terapêutica empregada na Instituição era algo recorrente entre os poucos que conseguiram deixar seus registros nos livros de ocorrência. Por exemplo: o paciente A., valendo-se deste recurso, comunicou à equipe médica o seguinte: “eo vos comunico que estou aguardando alta, que já faz um ano que eo estou hospitalizado sem ser doente, e se meo tratamento é o trabalho então eo o farei em casa, que em meu lar também tenho trabalho” (Livro de Ocorrência, 28/08/1973).

Na visão de A., se o tratamento significava trabalhar, ele poderia realizá-lo em sua própria casa, pois lá também existia trabalho a ser feito. O paciente, utilizando a lógica psiquiátrica de forma invertida, resistia a um saber que lhe era estranho, não compreendendo a necessidade do internamento pois, na sua ótica, havia a possibilidade de reabilitar-se através de um trabalho que poderia ser desenvolvido não apenas no Hospital, mas também no seu local de origem. A. valia-se, portanto, do

próprio discurso médico, que pregava um tratamento baseado em atividades laborativas, a fim de questioná-lo.

A., conforme seu prontuário, era um agricultor de Soledade (RS). Ele afirmava ainda que sua cura só ocorreria com a saída do Hospital e com a volta para a casa, “para a lavoura”:

Eu nunca imaginei
que fosse como fora
quem causou minha doença
um doutor, e uma dotora
para me curar
todo mundo ignora
é sair do hospital
e ir para a lavoura (Livro de Ocorrência, 12/10/1973)

Neste trecho, o “poeta louco” utiliza movimentos retóricos (DE CERTEAU, 2003, p. 103), pelos quais procura inverter as posições usuais, dizendo que eram os médicos os responsáveis pela sua doença e não pela sua cura. Porém, numa possível atitude tática, colocou-se na posição de “fraco”, ao afirmar sua condição de “idemente” e de “doente”. Talvez haja um forte componente irônico no trecho abaixo. Mas essa “astúcia sutil” só pode ser intuída e não comprovada cabalmente.

Peço que não se preocupe
com os versos de um idemente
eu faço tantos versinhos
para ficar mais contente
tanto já tenho sofrido
e agora gosto de ser doente (Livro de Ocorrência, 26/10/1973)

Os internados, através dos livros de ocorrência, pareciam ainda querer denunciar as imposições de um tratamento que procurava mantê-los “sempre ocupados”. Segundo um registro do paciente A.J.S., os internos não tinham “condições de trabalhar 24 horas do dia”, como desejavam os médicos: “o doutor acha que a gente consegue ficar sempre ocupado; quando a gente tem a hora de não conseguir continuar e para descansar ele acha que é porque a gente não quer mais, ninguém tem condições de trabalhar 24 horas do dia” (Livro de Ocorrência, 07/11/1973).

Aqueles que se recusavam a trabalhar tinham seus nomes e os motivos da falta inscritos nos livros de ocorrência. Neste sentido, encontrei a seguinte anotação sobre

um dos pacientes: “o paciente N., não trabalhou a tarde, conversando com ele me respondeu que anda muito ansioso com o trabalho na secretaria, e que um dia dará um fim em sua vida. Paciente mostra-se ansioso” (13/12/1977). Ao lado deste comentário, feito por um atendente, está escrito, com uma letra bem maior, a frase: “Isto não é verdade!”.

O paciente N. trabalhava na Secretaria justamente por saber ler e escrever, e por isso conseguiu contestar o registro do atendente, o qual seria lido pela equipe médica e poderia acarretar algum tipo de represália ou acionar o já mencionado “circuito”. Estas tentativas de posicionar-se contra o que havia sido anotado nos livros de ocorrência aparecem também em trechos completamente riscados possivelmente pelos internos. Em um deles pode-se ler: “o paciente V. não respeita ninguém” (Livro de Ocorrência, 14/12/1978). São situações como estas que revelam um verdadeiro jogo de forças, no qual os loucos mostram que nem sempre eram “mansos” e que também queriam se fazer escutar, ainda que nas entrelinhas do cotidiano institucional, riscando aquilo que consideravam mentira e escrevendo a “sua” verdade.

Em outras situações, os atendentes, talvez no intuito de se diferenciarem, legitimando sua posição na hierarquia institucional, acabavam “mandando” os internados executarem as tarefas de forma áspera o que gerava conflitos. No documento “Atribuições dos atendentes” (197-?), consta que estes deveriam “estimular o paciente a participar das atividades sem mandar fazer; fazer por ele ou [...] com ele”. No entanto, parece que nem sempre tal norma era seguida. Neste trecho de um poema do paciente A., por exemplo, isso aparece claramente:

Me mandaro varre a sala
Eu faço limpeza também aqui fora
Se não tivesse mandado
eu fazia uma limpeza na hora
Se é para ser mandado
Antes eo vou simmbora
Mais persiguição que eo
Não existe outro que passe
Ficar só me mandando
Como se ele me pagasse
Eo disse que ia varrer se você não me mandasse
Todos os dia estão procurando
Para que a gente se zangue
Surgindo persiguição que vem de todas as bandas
Ele disse “eu mando no hospital” [...] (Livro de Ocorrência, 03/11/1973).

Segundo o trecho, se não houvesse sido “mandado”, A. teria feito a limpeza, mas se era para ser “mandado”, como se o atendente lhe pagasse (o que não ocorria), ele preferia ir embora. Tais relatos levam a crer que a maneira como as atividades eram explicadas e solicitadas aos pacientes podia incitar conflitos. Conforme já mencionado, talvez os atendentes, na tentativa de resguardar sua posição, agissem, em algumas situações, de forma autoritária.

Outros aspectos podem ser ressaltados no poema de A. Por exemplo: o paciente parece tentar estabelecer suas condições de trabalho, afirmando que não desejava “ser mandado”. O trecho mostra ainda que o internado tinha consciência de que o trabalho que realizava era diferente das atividades “normais”, pois não era remunerado.

Em uma outra queixa do paciente A., registrada no Livro de Ocorrência, pode-se ler:

Pela ultima vez me queixo de atendente neste livro, se for necessário me queixar ainda, ao vou noutra repartição fazer a queicha. Ainda em vez de convidar os pacientes para o trabalho querem obrigarlos a ir. Muitas vez com o seo estado de saúde inpróprio.

O Mateos me mandar caregar pãos mais pezados, eo disse que para ganhar 50 sentavos por dia ê por engano areceber a metade, deve ser um trabalho bem forroso. Chegou até me negar a minha ração de pão por não ter trabalhado. Pesso que ninguém se ofenda com este reclame porque foi um louco que escreveu. Atenciosamente (13/09/1973).

No seu escrito indignado, A. ameaçou queixar-se em “outra repartição”. O paciente fez também uma denúncia de caráter mais geral, reclamando que os internados não eram convidados ao trabalho e sim “obrigados” a trabalhar, muitas vezes em mau estado de saúde. Depois, relatou sua situação pessoal, quando, por “engano”, recebeu apenas a metade da gratificação que lhe haviam prometido, e que ainda tinham lhe negado sua “ração de pão” por não ter comparecido ao serviço. Por fim, de forma à primeira vista contraditória, A. parece querer se desculpar, pedindo que “ninguém se ofenda” com o seu “reclame”, acrescentando ainda que “foi um louco que escreveu”.

Essa última frase pode ser interpretada, à primeira vista, como uma tentativa de amenizar a força de seus escritos. Como se temesse algum tipo de represália, ele

mesmo acabou desautorizando sua contestação ao assumir o discurso médico e afirmar sua loucura.

Em contrapartida, penso que pode existir um pouco (ou muito) de sarcasmo e ironia em sua afirmação, pois aparentemente ao louco tudo é permitido. Cabe aqui citar Erasmo de Rotterdam (2003, p. 125) que, no século XVI, na aurora da modernidade ocidental, em sua obra “Elogio da loucura”, escrevia que essa “deve gozar de um grande favor no céu, pois diariamente é perdoada”. Segundo o autor, quando um homem comete alguma tolice, “ele a atribui imediatamente à loucura, protegendo-se do castigo junto a essa boa deusa”. Voltando ao nosso caso específico, talvez A. quisesse se proteger em sua loucura para poder continuar fazendo suas críticas, brincando com a ordem institucional. Afinal, ele era louco, e como tal estava autorizado a fazer, dizer e escrever loucuras, conforme ele mesmo afirmou: “eu não mantenho mais minhas queixas secretas, porque sou louco, louco é assim mesmo, faz loucuras” (11/10/1973). Neste sentido, suas queixas deveriam ser perdoadas em virtude de sua insanidade, ou seja, era esta que simultaneamente legitimava e enfraquecia suas reclamações. O paciente valia-se, pois, do discurso médico que o classificava como louco para justificar seus atos, recriando sua individualidade a partir das possibilidades oferecidas pelo próprio Hospital e pela psiquiatria.

Em outras ocasiões, os pacientes pareciam tentar sensibilizar ou persuadir de alguma forma a equipe dirigente e assim obter pequenas vantagens. Cito um exemplo, registrado no Livro de Ocorrência: “o paciente C.A. estava comendo folhas de árvore e eu perguntei para ele o que é que ele estava comendo ele disse que estava comendo folhas porque não tinha cigarros” (05/09/1972). O internado podia estar buscando sensibilizar o atendente, visando obter aquilo que, segundo este último, era “tão importante para eles quanto a comida” (Livro de Ocorrência, 08/01/1973), ou seja, o cigarro.

A ausência da família é outro tema constante na fala e na escrita dos pacientes. Alguns internados ressaltaram em seus depoimentos sua indiferença em relação ao abandono; outros negaram que a família os tivesse esquecido, atribuindo à própria doença a culpa por não poderem mais visitar os seus. São relatos que podem conter significados profundos nas entrelinhas, revelando um verdadeiro “enquadramento da

memória” (POLLAK, 1992, p. 205) a fim de tentar imprimir determinada “imagem de si, para si e para os outros” (POLLAK, 2000, p. 10).

No segundo capítulo, ao abordar a questão da família dos internos, constatou-se que a mesma era apontada pela equipe médica como um dos principais fatores responsáveis pela ressocialização (ou não) dos pacientes. Segundo o Dr. Cássio Castellarin (1983), um paciente sem vínculo familiar estava condenado à vida asilar. Muitas famílias alegavam não ter condições financeiras de sustentar o parente portador de sofrimento psíquico. Somente no mês de dezembro de 1978, são relatados no Livro de ocorrência três casos de pacientes que haviam recebido alta e retornaram ao hospital, pois as famílias não possuíam meios de sustentá-los.

Outro fator que atuava neste mesmo sentido era a perda de contato com o paciente, ocasionada pelos longos anos de afastamento devido à internação, somada à recordação do “doente” em surto. Conforme analisado anteriormente, várias famílias pareciam não acreditar na possibilidade de reabilitação e cura de seus parentes internados como loucos. Preferiam, em alguns casos, que estes não voltassem para casa, como na referida carta na qual o pai do paciente A. pede à Instituição que “por caridade [...] não o deixem voltar”.

Nas entrevistas realizadas com os pacientes, a família é um assunto recorrente. O paciente N., ao se referir a seus parentes, revela que não possui contato com estes há algum tempo e atribui à sua própria doença o fato de não poder visitá-los. Neste ponto de nossa conversa, seu tom de voz diminui, tornando-se quase inaudível: “Nesse tempo em que eu estou aqui minha família veio me visitar, minha cunhada, meu irmão, minha irmã, já fui até Pelotas também, fiquei na casa deles, agora faz tempo que não os vejo, com esses problemas de pressão não posso sair”.

Contudo, a observação que consta no Prontuário de N., quando de sua primeira baixa no São Pedro em 1965, é a seguinte: “sem família interessada, foi localizada a mãe, pessoa idosa que diz não ter condições de morar com o filho”. Em 1971, três anos antes deste ser transferido para Itapuã, tem-se a seguinte anotação: “não é visitado por familiares, com os quais não tem contato a muitos anos”.

Também neste caso, não pretendo fazer uma investigação na tentativa de conferir se essas informações são falsas ou verdadeiras no sentido factual, e sim

perceber seus significados. Em meio a tantos casos de abandono, N. parece tentar manter a sua individualidade. Segundo seu relato, ele era visitado e só não podia ir até os seus por causa da doença. Na construção de sua narrativa, o abandono é negado. Concordo quando Portelli (1997, p. 32) afirma que “a diversidade da história oral consiste no fato de que afirmativas erradas são ainda psicologicamente corretas, e que esta verdade pode ser igualmente tão importante quanto registros factuais confiáveis”. Assim, N. possivelmente não estava falseando uma informação, mas sim tentando lidar com o passado doloroso e com sua identidade presente dentro do espaço institucional.

No depoimento de outro paciente entrevistado, C., a questão familiar aparece de forma mais incisiva, pois ele se mostrou revoltado com o fato de nunca ter sido visitado por seus irmãos. Este tipo de sentimento é percebido não apenas no conteúdo de sua fala, mas no próprio tom de voz que se torna agressivo ao tratar do assunto, sobretudo quando fez questão de ressaltar que não desejava saber notícias dos parentes. Contudo, disse sentir falta dos pais, já falecidos:

Os meus parentes nunca me visitaram, pra bem certo, *eu não sinto falta de meus parentes*. Nem quando eu fui internado lá no Paraná eles vinham me visitar. Do meu pai e da minha mãe sim, aí é outra coisa, agora dos meus irmãos, *se tão vivo se tão morto eu não estou nem dando conta* (grifos meus).

C. afirmou depois que “não daria a mão” se viessem visitá-lo, agora falando pausadamente e de forma enfática, parecendo querer ressaltar a importância e a firmeza desta sua resolução. Dar a mão, cumprimentá-los, significaria aceitá-los, o que C. não pretendia fazer. O paciente procurou mostrar que sentia a mesma indiferença em relação àqueles que o abandonaram, não lhe interessando se estavam vivos ou mortos. Tal relato revela resistências que poderiam passar despercebidas sem o auxílio da história oral.

J., outro entrevistado, conta que, no início do internamento, ainda no São Pedro, recebeu visitas, mas com o tempo e a morte do pai, perdeu o contato com seus familiares: “Depois que eu fui pro São Pedro eles me visitavam esse tempo, depois não visitaram mais, o meu pai morreu [...] não visitou mais [...] Me senti sozinho lá ... sozinho lá [...] Tinha vontade de sair”.

A “vontade de sair” ainda persistia quando entrevistei J. em 2001. Na ocasião, ele pediu para que eu falasse com o assistente social sobre a sua alta: “e agora eu queria a minha arta, se a Senhora falasse com o Dr. André pra mim”. Sem saber o que dizer, acabei agindo como a enfermeira do filme “Um estranho no ninho” (1975) e respondi que veríamos isso depois, mesmo sabendo que não podia fazer nada a respeito. Da maneira como procedi, acabei tratando-o verdadeiramente como “louco”, desconsiderando a sua fala, lembrando a cena do referido filme na qual um paciente, que solicitava seus cigarros à enfermeira, recebia sempre um “cuidaremos disso depois” como resposta. No filme, o que interessava ao internado, naquele momento, eram os seus cigarros e não a terapia proposta. No Centro, o que interessava a J. era a sua alta e não as perguntas que eu lhe fazia. O paciente, através de verdadeiros “movimentos retóricos” (DE CERTEAU, 2003, p.103), não queria falar de sua vida, mas sim ver se eu poderia ajudá-lo. São “maneiras de falar” que agem na tentativa de conseguir benefícios próprios. No caso específico, J. tentou “seduzir-me” para que eu agisse como sua intermediária junto à equipe médica, sabendo que a minha fala era mais ouvida que a sua. No entanto, esbarrou na minha intransigência e no meu preconceito diante de seus apelos, como se esses não fossem merecedores de atenção.

A distância do Hospital é mencionada pelos pacientes como um dos motivos da ausência dos familiares:

“O pai veio umas duas ou três veiz, o meu irmão veio uma veiz só. [...] era muito longe ... era muito longe” (J.)

“Eles vêm também aqui. [...] Aqui é mais longe ... é mais longe” (M.)

No entanto, para atenuar tal obstáculo, era permitido que os familiares dos internados pernoitassem na Instituição, conforme consta no regulamento “Rotina de visitas e regulamentos para o uso do quarto de visitas do CAR” (1984). Cito como exemplo desta prática alguns registros localizados nos livros de ocorrência:

Hoje eram três horas quando o C. recebeu visita de sua família, dois irmãos, dois cunhados e um sobrinho. Gostaram muito do hospital e acharam o C. muito bem estiveram mais ou menos uma hora e meia, o cunhado prometeu

voltar a semana que vem e talvez pernoitar. O C. ficou muito contente com as visitas (23/07/1972).

Hoje eram 11 horas quando a este hospital chegou o irmão do paciente V. Gostou muito do hospital e ficou muito contente de ver o seu irmão muito bem de saúde o irmão do V. veio de Palmeiras das Missões. E falei com a irmã ela conseguiu o almoço para a visita. Perguntei se ele ia no ônibus das 12 e 30 ele disse que queria dormir aqui pois queria falar com a doutora do V. (27/07/1979).

Hoje a tarde o paciente I. recebeu a visita de seu pai o mesmo vai pernoitar no hospital essa noite, foi combinado com a assistente social Dona Isabel (09/08/1980).

Ou seja, talvez a distância física fosse mais um recurso retórico dos pacientes no sentido de, em suas falas, justificarem o abandono que sofriam.

Apesar da Instituição reiterar em seu discurso a importância do convívio familiar, alguns internados denunciavam que suas cartas nem sempre eram enviadas. Neste sentido, utilizando-se da escrita, o paciente A. criticava o fato de suas missivas não chegarem ao destino:

De usar tanta paciência
eu vou largar de mão
eu devo ir para casa
porque minhas cartas não vão (Livro de Ocorrência, 19/10/1973)

Reter as cartas dos internados era uma “prática comum nos hospitais psiquiátricos”. Segundo Wadi, a ambição dos escritos de muitos pacientes, de que “todos” soubessem o que estava acontecendo, denunciando, por vezes, as arbitrariedades do internamento, chocava-se com o fato de que tais documentos poderiam ser lidos “como sintoma de uma dada doença” (WADI, 2002, p. 1 e 11). Apesar de não ter encontrado nenhum registro na documentação do Centro Agrícola que indique diretamente tal prática, as cartas de A. não seguiram para a casa de seus familiares e, por isso, ele afirmava que precisava sair da Instituição, a fim de dar notícias e, quem sabe, denunciar a internação que considerava arbitrária.

Em alguns casos, a família internava seu “louco” para poder usufruir de sua aposentadoria. Na reportagem de Sergio Caparelli, citada anteriormente, este fator é apontado como responsável por grande número de internações no São Pedro:

Um levantamento feito no HPSP (Hospital Psiquiátrico São Pedro) levou a conclusão de que a internação de muitos doentes por problemas psíquicos era simples manobra da família para receber a aposentadoria do paciente. As pessoas aposentadas eram internadas sob o rótulo de doente mental e lá ficavam anos, enquanto fora seus familiares recebiam o dinheiro da aposentadoria sem mesmo lhes dar cigarros (*Folha da Manhã*, 29/10/1974, p. 10).

Alguns internados tentavam chamar a atenção sobre tais arbitrariedades. Por exemplo: no prontuário do paciente B. M. no Centro Agrícola de Reabilitação, encontra-se a seguinte anotação:

O paciente queixa-se que seus familiares retiraram, no INPS seu benefício, sem sua autorização. Sua mãe e seu avô [...] relatam que o avô retirou o dinheiro do paciente porque este estava doente, tirando o que lhe pertencia. [...] o assunto não ficou esclarecido (21/03/1973)

Assim, certos “loucos”, mesmo com poucas possibilidades de se fazerem ouvir, buscaram garantir seus direitos diante das artimanhas dos familiares, evidenciando sua pouca disposição de se manterem “mansos”.

Conforme mencionado antes, os atendentes, diante de alguns gestos e relatos, pareciam se sensibilizar, deixando de lado sua posição superior dentro da hierarquia institucional e agindo mais como amigos, ouvintes e confidentes do que como técnicos. Por exemplo: a respeito do desinteresse de um internado em relação ao tratamento, um atendente fez a seguinte observação: “acredito que esta tristeza seja seu sentimento de abandono, pois refere também muita falta de seus familiares” (Livro de Ocorrência, 04/10/1982).

Nesta perspectiva, cito alguns fragmentos retirados dos livros de ocorrência de diferentes períodos, os quais também ajudam a deixar clara tal “sensibilização”, além de evidenciarem o abandono característico dos espaços de exclusão:

Hoje eram 12 horas quando eu fui dar a medicação encontrei o paciente D. chorando conversei com ele me disse que esta com saudade da família dele que faz 5 ou 6 anos que não vê ninguém, eu disse que tinha ido contar para ele que quem sabe amanhã ou depois ele vem te visitar mas ele continuou chorando mais ou menos 20 minutos (28/05/1972).

O senhor. V. P. não está nada bem, se mostra muito preocupado com a visita que recebeu ontem. Falou que seus familiares não o querem mais (e isso o irmão ontem demonstrou claramente) e que só terá paz quando morrer, o que

segundo o pacientes está bem próximo. O paciente está desiludido com a visita que recebeu e a suspeita de r.s (risco de suicídio) (22/03/1976).

[...] o senhor P. F. me falou que tentou o suicídio porque não tem mais esperanças de voltar a conviver com seus familiares. Segundo o paciente seu problema é dinheiro para as despesas de viagem, o que eu não acreditei muito, mas não quis me aprofundar no assunto porque sei qual sua situação junto a seus familiares, eles não o querem em casa (19/05/1976).

Acredito que a tristeza de seu J. G. seja seu sentimento de abandono, pois refere também muita falta de seus familiares o coitado (04/10/1982).

Sensibilizados diante das tristes histórias de abandono, os atendentes tentavam alertar os médicos e os poucos visitantes que apareciam no Centro sobre a importância da família para a recuperação dos doentes:

O paciente D. recebeu visita de dois irmãos e ficou muito contente tendo inclusive ido mostrar o salão paroquial para seus irmãos. Expliquei aos visitantes o quanto é importante para o paciente receber visitas eles ficaram de voltar daqui a 15 dias (03/09/72).

Assim, as representações do abandono familiar por parte dos ditos “loucos” podem ser pensadas como uma forma de resistência expressa na fala e na escrita, seja para aqueles que, consciente ou inconscientemente, negavam-se a admiti-lo, seja para os que afirmavam sentir a mesma indiferença em relação aos parentes. Resistência, neste caso, a representarem o papel de “coitados”, de abandonados, diante da equipe médica, da entrevistadora e de si mesmos. Além disso, chorar, ameaçar o suicídio, tentar expor as suas verdades, também eram maneiras de mostrar a revolta e a tristeza frente ao abandono, de recusar o silêncio e a condição de “mansos”. No entanto, outras manifestações de resistência não são tão explícitas e podem estar escondidas nos silêncios e nas omissões das falas.

Nesta perspectiva, o depoimento de N. possui uma particularidade que pode ser pensada como uma tática de resistência. Empregando a metodologia “história oral de vida”, minha intenção era incentivar o entrevistado a contar suas experiências anteriores à internação, suas vivências no São Pedro e, por fim, sua transferência ao Centro Agrícola de Reabilitação.

A entrevista seguiu muito bem, em ordem cronológica, até o momento de C. relatar sua transferência para Itapuã. Foi quando ele disse: “Bom, quero dar meus

abraços tudo para o pessoal do São Pedro que tá lá agora, na administração lá, e aqui tá tudo bem. Por enquanto mando muitas lembranças, abraços, e aí temos câmbio e é o final, obrigado”. Não entendendo o que estava acontecendo, insisti, perguntando novamente sobre sua transferência, ao que ele respondeu de forma muito incisiva: “Dei câmbio final, agora não posso falar mais. Eu dei câmbio final, não dá mais”. Esta frase lacunar guarda um significado muito forte em seus não ditos, que só se tornou visível a mim após eu conhecer melhor as discussões sobre memória e narrativas orais.

O incisivo “câmbio final” determinado pelo paciente deve ser interpretado em relação ao conjunto de sua história de vida (ROSENTAHL, 1986, p. 198). Dessa forma, “pode-se imaginar, para aqueles [...] cuja vida foi marcada por múltiplas rupturas e traumatismos, a dificuldade colocada por esse trabalho de construção de uma coerência e de uma continuidade de sua própria história” (POLLAK, 1989, p. 13).

Em contrapartida, durante a segunda entrevista, dois anos depois, N. somente falou de sua experiência no Centro Agrícola. Quando questionado, por exemplo, a respeito do período em que serviu no Exército, sobre o qual ele já havia comentado no depoimento anterior, sua narrativa se tornou muito rápida, “telegráfica”, e sua voz, quase inaudível:

Ah... isso... [silêncio]. Isso foi Porto Alegre, Pelotas, isso do Exército. Porto Alegre, Belo Horizonte. Exército, Marinha, Aeronáutica [fala muito rápido]. Isso aí passou [silêncio] mas tá ainda, eu ainda uso roupa camuflada, eu gosto [risos e mostra a calça camuflada].

Segundo Portelli (1997 p. 29), algumas narrativas podem conter “recursos na velocidade da narração”, na tentativa de desviar a atenção de pontos mais delicados. Neste sentido, penso que N., no segundo depoimento, parecia não querer (ou não poder) recordar sobre sua vida antes de ser internado em Itapuã: “faz muito tempo, eu era novo naquele tempo, agora eu tô velho [...] eu me acho velho [risos]”. No entanto, apesar de afirmar que “isso aí passou”, deu a entender que esse passado ainda se fazia muito presente; estava na roupa camuflada, na sua apresentação, na imagem de si que procurava transmitir “para si e para os outros” (POLLAK, 2000, p. 10).

Conforme Rosenthal⁸⁰ (2002, p. 198), este tipo de narrativa revela que o depoente apresenta duas imagens completamente distintas e independentes sobre sua vida, as quais não podem se simplesmente “costuradas” de acordo com o desejo do pesquisador. Desta forma, o período de aproximadamente dois anos que separa as duas entrevistas foi necessário para que N. mantivesse ambas as imagens bem afastadas.

De acordo com Pollak (1992, p. 208), “as coisas mais solidificadas e as mais fluidas – ou seja, as que se transformam de uma sessão de entrevista para outra - são as mais problemáticas”. Seguindo este caminho, penso que N. teve “que fazer um esforço para dividir sua vida em duas partes e não o [conseguiu] por meio da argumentação, tal como vemos em outras histórias de vida” (ROSENTHAL, 2002, p. 198). O entrevistado expressa claramente uma ruptura entre dois momentos distintos: antes e depois de ser transferido ao Centro Agrícola. Pode-se pensar nesta divisão da memória como uma forma de resistência, inconsciente (ou não), e como o único meio encontrado pelo depoente para conseguir narrar sua vida, não permitindo que um período ofuscasse o outro. Assim, não se trata apenas de uma divisão retórica em duas partes diferentes, mas sim do resultado de suas experiências concretas.

No caso de N., havia pois uma resistência subliminar a enquadrar-se num esquema narrativo coerente e cronologicamente ordenado, tão caro à razão ocidental e à noção de indivíduo unitário. Ele preferiu (ou só conseguiu se expressar assim) fragmentar sua trajetória em momentos distintos e inconciliáveis, de forma a evidenciar sua fragmentação interior.

As formas de resistência dos internos analisadas neste capítulo possuem grandes variações, desde riscar o que julgavam não ser verdade nos livros de ocorrência a atentados contra a própria vida. Essas maneiras de resistir permitem

80 Rosenthal (2002, p. 193-200) relata o caso de uma entrevista, na qual o depoente, um judeu alemão que viveu a experiência do Holocausto, foi convidado a falar sobre sua história de vida completa e, depois de uma hora, disse de forma bastante agressiva: “Bem, por ora chega, agora desligue o gravador” (2002, p.197). A autora voltou a entrevistá-lo (semanas depois) e concluiu que o entrevistado dividia sua vida em duas partes bem distintas, antes e depois do Holocausto. A fim de analisar tal experiência, Rosenthal propõe hipóteses para esta ruptura, dentre elas, o fato dele não querer que seu passado atrapalhasse sua visão do presente.

também vislumbrar, na perspectiva proposta por De Certeau, os movimentos retóricos dos ditos “loucos”, não apenas nos raros momentos em que puderam se expressar, mas também através de anotações feitas pelos atendentes e pela equipe médica. Os internados, muitas vezes, se aproveitavam das ocasiões para “seduzir” o destinatário (inclusive eu), o qual seguidamente se tornava seu cúmplice, sensibilizado pela sua situação.

Conforme apontado anteriormente, a inquietude do cotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação não derivava apenas do embate travado entre as normas e as resistências dos pacientes a estas. As próprias normatizações ganhavam novos contornos diante dos obstáculos do dia-a-dia, os quais suscitavam outras práticas de resistência, conforme procurarei mostrar no próximo sub-capítulo.

3.3. A flexibilidade das normas: a (ins)estabilidade do espaço asilar

As normas que procuravam regular o cotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação precisaram se flexibilizar diante dos obstáculos do dia-a-dia e acabaram autorizando improvisações e abrindo brechas para algumas práticas de resistência dos internos. Pode-se, assim, pensar o cotidiano como uma dimensão da vida humana na qual as normatizações ganham flexibilidade (mesmo nos ambientes mais fechados) ao entrarem em contato com os percalços, a criatividade e as surpresas das práticas diárias. Procurei apreender tais resistências através de duas situações responsáveis por abalar a “estabilidade” do espaço asilar, as quais, talvez por este mesmo motivo, foram largamente citadas na documentação: a gradual maleabilidade nos critérios de seleção dos pacientes a serem transferidos e o progressivo convívio destes com os hanzenianos.

Início este esforço de análise investigando a gradual flexibilidade das normas de seleção dos pacientes que deveriam ser transferidos para Itapuã.

A flexibilidade dos critérios de seleção, segundo a equipe médica, era uma conseqüência da crescente diminuição do número de pacientes disponíveis e considerados “reabilitáveis” no São Pedro. Conforme o documento “Comportamento

histórico” (198-?): “a triagem de pacientes no HPSP (Hospital Psiquiátrico São Pedro) é mínima, em virtude de já não haver pacientes com vínculos familiares e condições laborativas, de devolução às suas comunidades”. Neste sentido, como “o Hospital Psiquiátrico São Pedro já não [...] apresentava pacientes que atendessem os critérios iniciais [...], os referidos critérios ficaram modificados e flexíveis”.

Assim, a preferência pelos pacientes diagnosticados como esquizofrênicos e em condições clínicas compatíveis à reabilitação por meio de tarefas agrícolas acabou se flexibilizando, e nem sempre foi posta em prática. A título de exemplo, cito o caso do paciente C.: em seu prontuário, consta que este possuía condições de alta, que havia “cumprido uma pena⁸¹ e merecia retorno adequado para não reincidir”. Porém, continuava o documento: “o paciente é encaminhado novamente ao HPSP (Hospital Psiquiátrico São Pedro), pois recebe alta no IPF (Instituto Psiquiátrico Forense) e *não tem para onde ir*” (grifos meus). Por este motivo, o internado, considerado com plenas condições de viver em sociedade, conforme o olhar médico, permaneceu na Instituição até ser transferido para Itapuã, anos mais tarde.

C., em sua entrevista, relatou que a assistente social do São Pedro havia tentado sua transferência ao Centro Agrícola anos antes desta ser efetivada. Porém, isso não foi possível pois o paciente é epilético, o que, segundo os médicos, poderia prejudicá-lo no trabalho. Alegaram na época que C. “não atendia aos critérios de seleção”.

No entanto, a epilepsia não era um critério totalmente excludente, segundo o documento “Centro Agrícola de Reabilitação” (197-?), citado anteriormente:

Quanto às epilepsias adotamos um critério exclusivo relativo, ou seja, leva-se em conta o tipo de epilepsia tendo em vista o tipo de trabalho desenvolvido no CAR (com instrumentos cortantes e cortocutundentes) e a ausência de neurologista na equipe. Assim, esses casos serão avaliados individualmente.

Na primeira avaliação de C., este foi considerado portador do tipo de epilepsia impróprio ao desenvolvimento das atividades propostas pelo Centro. Além disso, de

81 O paciente C., como foi dito antes, cumpriu pena no Manicômio Judiciário (Instituto Psiquiátrico Forense – IPF), após ter cometido um crime no Hospital São Pedro.

acordo com o seu prontuário, possuía um defeito físico em uma das mãos, o que prejudicaria a realização de certas tarefas⁸².

Contudo, em 1979, por “não ter para onde ir” e por “demonstrar habilidade laborativa”, C. acabou transferido ao Centro Agrícola de Reabilitação. Tal fato reflete a própria maleabilidade dos critérios de seleção, os quais, ao longo do tempo, acabaram se modificando, juntamente com os objetivos da Instituição, transformada em local de moradia permanente para muitos.

A. é outro exemplo de permanência no Centro Agrícola por “não ter para onde ir”. Conforme visto no Capítulo II, o pai do paciente solicitou, através de uma carta, que A. permanecesse na Instituição: “formulo através desta o pedido que não mandem de volta o passiente A.W. Peso que obrigue-o a trabalhar aí. Ce elle não pode ficar aí que volte para o Hospital São Pedro [...] peço por caridade que não o deixem volta” (11/09/1973). Meses depois, A. recebeu alta novamente, e acabou retornando ao São Pedro onde, mais uma vez, foi encaminhado à Itapuã: “em face da difícil situação familiar, sugerimos que seja tentado novo encaminhamento do paciente à Itapuã” (02/09/1974). Portanto, a perda dos vínculos com a sociedade exterior, principalmente devido à “difícil situação familiar” de muitos, acabava fixando os internados à Instituição.

Nestas circunstâncias, diversos pacientes não pareciam resistir ao fato de permanecerem internados mesmo após a “cura” corroborada pela alta, ao contrário, algumas vezes a resistência era justamente à obrigação de sair da Instituição. Alguns acabavam retornando espontaneamente, sem que a família, ou o Hospital, solicitassem, como apontado neste registro do Livro de Ocorrências: “hoje às 17:15 o ex-paciente D. L. chegou no hospital com as malas, e não havia outra alternativa pois o paciente voltava por não ter onde ir então ficou no quarto de visitas para resolver o caso com a equipe amanhã” (28/12/1978)⁸³.

82 Segundo seu depoimento, o ferimento que provocou a lesão permanente foi ocasionado por um acidente de trabalho, antes de ser internado, quando C. mexia uma panela de banha quente: “o médico ainda deu os ponto depressa aqui.... a senhora tá vendo os ponto aqui? [...] Ah... um ataque. [...] tava cuidando um panelão de banha, olha o fogo aqui [...] Queimou tudo aqui”. O entrevistado afirmou ainda que o episódio ocorreu em virtude de um “ataque” causado pela epilepsia.

83 Não encontrei nenhuma anotação que revelasse a decisão da equipe médica sobre o caso.

Conforme dito anteriormente, segundo a equipe médica, a resistência em abandonar a Instituição ocorria porque, algumas vezes, o Hospital oferecia melhores condições de vida que o ambiente de origem de certos internos. Tal fato poderia levar a uma maior dependência em relação ao Centro, que oferecia “segurança, alimentação e moradia” (CASTELLARIN, 1983). Neste sentido, muitos pacientes acabavam retornando à Itapuã, optando pela vida asilar. Por exemplo, no prontuário do paciente A., consta o seguinte registro:

Nova Internação

Motivo: Saiu da colônia de Itapuã há 7 dias está com alta. O informante (cunhado) fala que desde que teve alta o paciente quer que os parentes vendam todos os seus bens, e venham morar em Itapuã, “onde o estado dá comida e casa de graça”. Insiste nisto diariamente, não deixando ninguém em paz. Foge de casa. Não consegue dormir (20/12/1974).

Assim, para receber “comida e casa de graça”, o paciente preferia permanecer internado, afirmando em forma de versos (provavelmente bastante irônicos), conforme visto no sub-capítulo anterior, que passou a gostar de estar doente: “tanto já tenho sofrido / e agora gosto de ser doente” (Livro de Ocorrência, 26/10/1973). Segundo A., a doença permitiu que sua vida melhorasse, conforme relata em um trecho de seus poemas: “quanta coisa foi acontecer / para melhorar a vida / eu tive que adoecer” (Livro de Ocorrência, 09/11/1973). Consta no seu Prontuário que o internado era “de família muito pobre”, o que provavelmente motivou sua preocupação com a sobrevivência fora do espaço asilar, muito clara neste registro: “se eu sair do hospital / decerto vou passar fome” (Livro de Ocorrência, 03/12/1973). Portanto, a instituição parecia oferecer o que A. não tinha em seu meio familiar e social. Neste sentido, Wadi (2004, p. 25) ao referir-se a Pierina, uma paciente internada no São Pedro no início do século XX, faz a seguinte afirmação:

Ter o que comer, o que vestir, aonde dormir, algum tipo de atividade de lazer, podia ser também o bastante para muitos que nada tinham, como revelaram narrativas sobre outras pessoas que passaram pelo Hospício São Pedro de Porto Alegre muitos anos depois de Pierina, mas cujas ações, desejos e sentimentos, parecem bem próximos dos seus

Cabe lembrar que A., inicialmente, fazia severas críticas em relação à instituição e ao internamento. Conforme citado anteriormente, o paciente afirmava em cartas e versos que não era louco e que estava internado contra a sua vontade. Além disso, considerava os médicos os responsáveis por sua doença, chegando a referir-se ao psiquiatra que lhe prestava atendimento como seu “adoecedor”. Assim, a vontade de permanecer na instituição, num primeiro momento, pode soar como uma conformidade. Contudo, tais sentimentos podem conter outros significados.

Talvez A. tenha percebido no espaço asilar outras possibilidades, as quais transcendem a simples adaptação à sua situação de internado. Neste sentido, o Centro Agrícola não oferecia apenas “comida e casa de graça”, mas também era o espaço onde A. podia fazer aquilo que gostava, ou seja, escrever seus poemas.

Semelhante ao caso de A., inúmeras outras situações de abandono familiar assombram as instituições psiquiátricas. Nestes espaços, alguns pacientes recriam na instituição um “lugar para si”. Assim, o que a primeira vista pode parecer apenas uma adaptação, um enquadramento ao espaço asilar, pode conter outros significados que não restringem esta impressão inicial, mas se somam a ela, nuançando-a.

Aceitar os que “não tinham para onde ir” evidencia a maleabilidade adquirida pelos critérios de seleção de pacientes, visto que, inicialmente, o vínculo familiar era considerado fundamental à reabilitação. Assim, a resistência de muitos internos à alta despontava como um obstáculo difícil de ser superado pela Instituição, a qual precisou pensar em soluções para o problema. Neste sentido, cogitou-se inclusive a “possibilidade de ser feita uma granja para serem colocados pacientes que não têm possibilidade de voltarem para casa” (Ata de Reunião, 16/06/1973). Porém, pode-se considerar tal medida contraditória com as metas institucionais, pois favorecendo a fixação do paciente, dificultando o cumprimento do objetivo central propalado pelo discurso médico-científico dos dirigentes do Centro Agrícola: a reabilitação.

Em outros casos, diante da resistência de alguns pacientes a abandonarem a instituição depois da alta, medidas extremas foram tomadas:

O sr. J. está em alta e em função da resistência de se liberar do hospital, hoje deverá ser cortada suas refeições aqui, ou seja: não será permitido que almoce ou jante. Da mesma forma quanto ao quarto de visita que não poderá usar. Foi

tratado isto com ele hoje sobre estas medidas (Livro de Ocorrência, 16/08/1981).

Tal medida pode ser interpretada também como uma tentativa de bloquear a resistência do paciente em se “liberar do hospital”. Ainda que cortar as refeições do internado fosse uma decisão extrema, deve ser levado em conta que devolver os pacientes ao convívio social era o resultado buscado pela proposta terapêutica do Centro Agrícola. Não encontrei nenhum outro registro semelhante a este na documentação pesquisada. Talvez tal situação tenha sido uma resposta aos contratempos presentes no cotidiano, o qual nem sempre podia ser controlado, favorecendo a maleabilidade das normas.

O Dr. Camargo escreveu a um amigo relatando que temia pelo futuro daqueles pacientes que não conseguiram se reabilitar:

[...] Quando os vejo [os pacientes] agora, bronzeados pelo sol, viçosos no azafamo diário, largando as ferramentas, na volta do trabalho, tento não pensar no futuro, naqueles que não conseguiram reabilitar-se, e evoluirão para a [...] paralisação e a cegueira sob condições que vão também, lentamente, se deteriorando...

Acho que estou te aborrecendo com meus temores, mas... (Trecho de um rascunho de uma carta a Adivo Paim Filho, 1983).

A maleabilidade das normas favoreceu ainda outras práticas como, por exemplo, o contato entre os moradores dos dois lados da cerca: loucos e leprosos.

Em determinadas situações, era permitido e até mesmo estimulado que ambos os “doentes” freqüentassem os mesmos espaços. Assim, algumas dependências do Hospital Colônia Itapuã atendiam ambas categorias de internados, como o cinema e a Igreja. Em 15 de setembro de 1972, por exemplo, consta no Livro de Ocorrência que os “loucos” foram assistir ao filme “do Lampião” junto com os hansenianos. Também as missas, realizadas na parte do Hospital destinada a estes últimos, poderiam ser freqüentadas pelos pacientes do Centro Agrícola.

Tanto o cinema, localizado no Pavilhão de Diversões, como a Igreja, são espaços de grande porte. Talvez por isso, exercessem um certo fascínio nos ditos

“loucos” que, freqüentemente, eram flagrados pelos atendentes transitando próximo a tais edificações, durante suas fugas ao “território hanseniano”.

Como os pacientes sabiam que, em certas ocasiões, freqüentar tais lugares era permitido, alguns acabaram utilizando essa flexibilidade das normas para justificar suas incursões ao espaço alheio. Desta forma, por vezes, quando flagrados pelos atendentes no outro lado da cerca, alegavam estar se dirigindo à igreja, ou simplesmente à procura do padre. Como exemplo disso, pode-se citar um episódio registrado no Livro de Ocorrência, em 5 de julho de 1972:

vi aqui da área o seu A. B., passar lá na rua, no quadro dos doentes de lepra, saí correndo atrás dele fui encontrá-lo em frente da igreja. Um dos doentes foi ao meu encontro e começamos a falar com o seu A., a muito custo ele falou: disse que queria falar com o padre pois não se sentia bem.

Tal justificativa (verdadeira ou não) podia servir de “desculpa” para possibilitar o livre acesso a áreas restritas, permitindo certa margem de manobra. Assim, os pacientes, em algumas situações, burlavam as normas institucionais aproveitando-se das brechas deixadas pela flexibilidade destas.

Em outro registro, já analisado por um ângulo diferente no capítulo anterior, um membro da equipe médica avisou aos atendentes que o paciente A. D. deveria ser impedido de “passar para o lado dos hansenianos”. De acordo com a anotação, cabia aos atendentes conscientizarem o internado de que, com essa atitude, ele só seria prejudicado. Pode ser percebido ainda um tom de ameaça no final da nota: “[...] é bom lembrá-lo de que agora está trabalhando e fazendo parte do grupo de alta e só falta deixar de catar cigarros no setor hanseniano, para que esteja colaborando com seu tratamento e melhora” (Livro de Ocorrência, 24/01/1973).

A prática de “catar cigarros” no espaço destinado aos hansenianos não era bem vista por estes últimos, que pareciam temer a acusação de transmitir a doença a seus vizinhos, como mostra a anotação abaixo:

Em conversa com um paciente hanseniano, um atendente toma conhecimento que um dos pacientes do CAR estava juntando baganas, o hanseniano compreendeu e lhe deu uma carteira de cigarro para que ele parasse de juntar baganas. O hanseniano preocupado pergunta: E se ele fica leproso? Vão dizer que é por estar perto de nós (Livro de Ocorrência, 25/12/72)

Assim, em algumas ocasiões, as incursões eram denunciadas pelos próprios moradores do espaço “invadido”, os quais pareciam apreensivos diante de algumas atitudes dos ditos “loucos”, como evidencia também este registro no Livro de Ocorrência:

Dr. Luiz Alberto duas senhoras dos hansenianos nos comunicaram que o sr. A. anda perseguindo-as. Nos contou ainda que outro dia seu A. mexeu com uma sra. e correu atrás de outras. Pedem que tomemos providências com o gaiteiro porque se continuar assim a coisa vai encrespar para o lado dele (31/03/1975).

O contato dos moradores dos diferentes lados da cerca podia resultar também em outras práticas mais duradouras. Segundo o depoimento de Valenzuela, houve relacionamentos amorosos entre “loucos” e hansenianos antes mesmo da cerca ser retirada. De qualquer forma, apesar de não ter encontrado nenhum registro deste tipo nos livros de ocorrência, um casal que reside hoje na enfermaria do Hospital Colônia Itapuã, ambos os cônjuges já bem idosos e debilitados por suas diferentes “doenças”, é a prova viva de tal prática.

Portanto, certas normas que procuravam estabilizar o cotidiano institucional foram, algumas vezes, flexibilizadas diante dos obstáculos do dia-a-dia, o que podia abalar a aparente harmonia institucional, autorizando práticas de resistência dos internados. Tal fato se refletiu também nos caminhos trilhados pelo Projeto ao longo dos anos, culminando em seu gradual declínio e reformulação na década de 1980, período no qual a Instituição que pregava a reabilitação tornou-se mais um espaço asilar.

Neste sub-capítulo, procurei demonstrar que, mesmo diante de uma realidade permeada por normatizações, os moradores do Centro Agrícola possuíam certa margem de manobra a qual possibilitava alguma liberdade, ainda que limitada. Assim, a maleabilidade das normas autorizava práticas de resistência dos pacientes, os quais tentavam aproveitar-se destas brechas no sistema de controle em benefício próprio.

* * *

Neste capítulo, objetivei mostrar ao leitor algumas táticas dos internados que atuavam no cotidiano por meio da astúcia e da surpresa (DE CERTEAU, 2003, p. 46). Pretendi, portanto, analisar as diferentes formas de resistência, de “antidisciplina”, por parte de indivíduos que habitavam, ou ainda habitam, o Centro Agrícola de Reabilitação, hoje denominado Unidade de Internamento Psiquiátrico. As táticas dos pacientes fundamentavam-se na vigilância a fim de perceberem as brechas “que as conjunturas particulares vão abrindo na vigilância do poder proprietário” (DE CERTEAU, 2003, p. 101).

Na tentativa de manter a singularidade, alguns internados questionavam as normas, procurando não se deixar controlar por um cotidiano repleto de “rotinas” a serem seguidas. Procurei evidenciar as maneiras encontradas por estes para contestarem a ordem imposta, analisando algumas de suas atitudes diante de tais imposições, as quais se concretizaram em gestos carregados de subjetividade, que representam diferentes maneiras de resistir, de garantir a individualidade.

Neste caminho, busquei ainda apreender as resistências manifestadas através da fala e da escrita dos internados, seja nos registros deixados pelos atendentes e pela equipe médica nos livros de ocorrência, seja nos raros momentos em que os primeiros conseguiram se expressar legando-nos suas próprias palavras. Em tais rastros é possível apreender denúncias e contestações que, certas vezes, burlavam a ordem institucional. Os internos, nestes casos, pareciam jogar com as palavras, tornando a circunstância um momento favorável, seduzindo, captando ou invertendo a posição do destinatário (DE CERTEAU, 2003, p. 103).

Por fim, tentei analisar a flexibilidade que abria brechas nas normas reguladoras do cotidiano institucional, permitindo outras práticas de resistência dos moradores do Centro Agrícola.

Considerações finais

As fontes disponíveis ao historiador que se propõe a estudar a “história do tempo presente” (mas não só) acabam tecendo, ao longo da pesquisa, uma rede de “descobertas”, muitas vezes inusitadas. Neste percurso, as conclusões tiradas *a priori*, resultantes do estudo de um passado que já se pensava conhecer, ganham novos contornos, desenhados pela própria documentação, supostamente já desvendada, e pelas novas perguntas a ela feitas da parte do investigador.

Costumo dizer que muitas de minhas fontes estão vivas e não falo aqui apenas metaforicamente. Vários dos meus depoentes ainda habitam hoje no Hospital Colônia Itapuã. O contato pessoal com aqueles que atualmente residem na Instituição e com os profissionais que lá trabalham, não me refiro apenas as entrevistas, mas também ao período em que estagiei no Centro de Documentação e nas incontáveis vezes em que para lá retornei a fim de pesquisar, contribuiu no sentido de despertar no meu olhar a atenção aos detalhes, por vezes quase imperceptíveis, presentes no cotidiano.

Ao dar início à pesquisa, pensava que a documentação, “velha conhecida”, estava completamente desvelada, que eu já havia percorrido todo os seus sinuosos caminhos, que não existiriam mais surpresas. Todavia, fui surpreendida, por exemplo, com algumas anotações nos livros de ocorrência que, até então, tinham permanecido “silenciosas” a mim, escondidas pela uniformidade da tinta azul da caneta e do amarelado do papel. Em outra situação inesperada, um dos psiquiatras entrevistados gentilmente me emprestou uma pasta recheada de documentos e artigos da equipe médica os quais, sem dúvida, foram de grande importância na construção desta dissertação. São surpresas como essas que transformam a pesquisa numa verdadeira aventura.

Insisto em afirmar que a documentação sobre o Centro Agrícola de Reabilitação é vasta e muito rica. Nas suas entrelinhas, pode-se enxergar aspectos importantes do cotidiano da Instituição e traços da subjetividade dos internados. Diante desta riqueza, me senti como que desenhando pequenos pontos, a partir dos quais, fixando o olhar, é possível ver uma imagem mais nítida, revelando os “pormenores por vezes ínfimos” (GINZBURG, 1990, p. 150) que expressam a dinâmica interna do Centro. Não era mais

uma história em preto e branco, um cinema mudo onde os atores não podiam ser ouvidos; os personagens, respondendo às minhas questões, ganharam vida e personalidade, muitas vezes através de suas próprias anotações e falas.

O estudo do cotidiano da Instituição pesquisada acabou, assim, desconstruindo a visão homogeneizadora normalmente atribuída a estes espaços de exclusão, terminando por relativizar o conceito de “instituição total”. Penso que a riqueza das fontes e as perspectivas teóricas selecionadas contribuíram neste sentido, possibilitando trazer à tona indivíduos que raramente tiveram a oportunidade de se expressar.

Pretendo agora resgatar as inquietações que guiaram este estudo e tentar respondê-las de forma sucinta.

Procurei nortear este trabalho através de dois eixos articuladores: a institucionalização do Centro Agrícola de Reabilitação e a sua dinâmica interna de funcionamento.

A respeito da **institucionalização**, salientei, no Capítulo I, os diferentes percursos da história pregressa das colônias agrícolas. Pensar sob esta perspectiva tornou-se necessário para se tentar compreender o contexto no qual viveram os indivíduos que criaram e trabalharam no Centro de Itapuã, suas possibilidades e limites de atuação e as experiências anteriores que precisaram ser ponderadas a fim de que o novo projeto se efetivasse.

Tal análise remeteu esta pesquisa a temporalidades e espacialidades variadas. Algumas envolveram uma duração mais longa, remontando, no mínimo, ao século XIX e às primeiras colônias agrícolas fundadas na Europa e, posteriormente, no Brasil. Outras dizem respeito a um período mais curto e a um deslocamento espacial mais próximo, como o da criação das duas primeiras colônias voltadas aos alienados no Rio Grande do Sul. Por fim, dirigindo o olhar a um espaço vasto e a uma conjuntura precisa, busquei localizar a proposta do Centro no modelo público de assistência à saúde da América Latina nos anos 60 e 70. São, portanto, diferentes dimensões que conduziram este estudo a perpassar variados períodos e lugares. Procurei, ainda no intuito de responder a esta primeira inquietação, mostrar o conjunto de circunstâncias que culminaram na criação do Centro Agrícola, analisando a gama de condições variadas

(econômicas, administrativas, políticas, sociais e científicas) que permitiram a concretização de tal empreitada da saúde pública gaúcha no início da década de 1970.

Também na tentativa de mostrar como se efetivou a criação da referida Instituição, tornou-se necessário pensar a respeito das causas mais próximas de sua fundação e dos limites e alcances de sua proposta “anti-São Pedro”. Desta forma, procurei analisar os problemas que assombravam a saúde mental no período, os quais a equipe dirigente do Centro Agrícola pretendia solucionar, percebendo quais os desfechos possíveis para a resolução destes impasses dentro do campo das circunstâncias da época.

A criação do Centro Agrícola de Reabilitação, portanto, foi permeada por percepções e práticas que remontam a uma longa trajetória de idéias e procedimentos a respeito do tratamento destinado ao “doente mental”. Insisto que a Instituição não pode ser considerada um simples e inevitável resultado de tais experiências, mas que, certamente, foi importante analisá-las pois, em seus erros e acertos, direta ou indiretamente, os criadores do Centro nelas se inspiraram ao idealizar e traçar o projeto.

O segundo questionamento que norteou este estudo diz respeito à dinâmica interna do Centro Agrícola de Reabilitação.

Procurei analisar o cotidiano da Instituição sob a perspectiva da tensão entre as **estratégias**, que procuravam legitimar a terapêutica empregada no cotidiano institucional, e as **táticas** de resistência daqueles que não se deixavam homogeneizar.

Denominadas por De Certeau de estratégias, estas relações de força se legitimam através da elaboração de um discurso responsável pela articulação de um conjunto de lugares físicos. No caso do Centro Agrícola, a legitimação ocorreu baseada em um discurso médico-científico que procurou garantir, perante a sociedade, a equipe médica e os próprios “loucos”, a manutenção de um novo espaço destinado ao tratamento da loucura. Por meio dos efeitos resultantes das estratégias, busquei, no Capítulo II, examinar as formas de controle dentro da Instituição.

O primeiro destes efeitos almejava garantir a vitória do lugar sobre o tempo. Pensando o Centro de Reabilitação sob este prisma, objetivei mostrar que a instituição, através do controle do tempo, pretendia regular o ritmo do cotidiano de seus

moradores. A imposição de uma série de “rotinas” tentavam estabelecer desde horários até procedimentos diante de suicídios. Tais normatizações, percebidas pela equipe médica como necessárias para a reabilitação dos pacientes, acabavam, muitas vezes, relativizando a proposta “anti-São Pedro” difundida pelo Centro.

O segundo efeito das estratégias proposto por De Certeau e percebido no Centro concentra-se nos domínios dos lugares pela vista. A Instituição, apesar de sua aparente liberdade, caracterizada pela quase ausência de separações físicas e pela paisagem bucólica, procurava esquadrihar o espaço a fim de garantir a eficácia da terapêutica empregada, controlando para que as normas fossem cumpridas.

Tal perspectiva pode ser percebida, por exemplo, através das diferentes etapas da chamada “progressão para o trabalho” que estabelecia os lugares onde deveriam ficar os internados e as tarefas a serem desempenhadas. No sentido de controlá-los, fazendo-os cumprir as tarefas terapêuticas propostas, havia igualmente os livros de ocorrência e o olhar constante dos atendentes e dos “líderes”, que registravam, entre outros aspectos, comportamentos contrários às normas, os quais poderiam ser punidos, com o retorno ao São Pedro e a conseqüente impossibilidade de retorno ao convívio social.

No Centro Agrícola, sabendo os pacientes que estavam sob constante vigilância, o controle, em certos casos, acabava sendo exercido quase automaticamente, ou seja, os internados limitavam suas ações. As razões que levavam alguns pacientes a adaptarem-se ao cotidiano institucional são variadas, tais como o receio de uma punição, vontade de permanecer na instituição, desejo de reabilita-se, e talvez outras mais, não reveladas e nem mesmo enunciadas nas entrelinhas da documentação.

Tais características permitem perceber, em certos momentos, aspectos do efeito panóptico nas tentativas de controle do cotidiano do Centro Agrícola. Aspectos que podem ser encontrados principalmente na dinâmica interna da Instituição onde a vigilância era constante e procurava garantir a ordem no espaço asilar.

O terceiro efeito das estratégias é a constituição de um poder/saber legitimador. Embasados em alguns princípios da antipsiquiatria e levando em conta os erros e acertos de suas experiências pregressas no campo do tratamento à doença mental, os idealizadores do Centro pretendiam reabilitar por meio do trabalho os pacientes

transferidos. A equipe dirigente fundamentou a criação e o funcionamento da Instituição num discurso alicerçado em um poder/saber médico-científico (marcado por críticas à eficácia terapêutica do manicômio tradicional) que legitimava sua autoridade diante da sociedade “normal” e dos pacientes. Neste sentido, os internados, muitas vezes, acabavam corroborando tal perspectiva e incorporavam fragmentos do discurso da equipe médica às suas narrativas, resignificando-as.

No entanto, muitos se rebelaram contra a instituição e a terapia proposta. Através da análise das **táticas**, procurei investigar, no Capítulo III, as pequenas (ou nem tanto) resistências dos internados. Fundamentadas no tempo, as táticas partem da observação das circunstâncias para efetivarem-se, transformando o momento em uma situação favorável. Tais mecanismos de resistência atuam no espaço do outro, não possuindo um próprio, garantindo a singularidade em meio a um todo aparentemente homogêneo.

Perceber as tentativas de resistência dos internados é possível, de um lado, por meio dos registros tidos como oficiais. Assim, busquei realizar uma leitura à “contrapelo” a fim de tentar vislumbrar tais existências nas brechas e entrelinhas do discurso institucional. De outro, procurei trazer ao leitor, quando possível, as falas e escritas dos próprios pacientes, mantidas em sua originalidade, na tentativa de preservar suas particularidades e a musicalidade característica da retórica dos homens do campo.

Inspirando-me sempre em De Certeau, objetivei analisar as atitudes dos pacientes diante das normas institucionais, tentando compreender os gestos que oscilavam entre a violência e a sutileza entre a ação e a linguagem, interpretados como formas de resistência.

No intuito de analisar as táticas dos pacientes, busquei ainda encontrar em suas falas e escritas, por vezes nada sutis, as maneiras como estes jogavam com as normatizações. Tais expressões de subjetividade constituem, em muitos casos, verdadeiras manipulações da língua (falada ou escrita) destinadas a seduzir, sensibilizar ou persuadir o destinatário.

Por fim, busquei examinar a maleabilidade das normas que procuravam controlar o cotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação, o que autorizou certas práticas de resistência dos internos. Pretendi analisá-las através de duas situações que,

certamente, tornavam instável o cotidiano institucional. A primeira delas, a gradual flexibilidade dos critérios de seleção de pacientes transferidos para Itapuã e a permanência de muitos no ambiente asilar mesmo após a alta. A segunda situação analisada foi o difícil convívio entre “loucos” e “leprosos”. Este, ora estimulado, ora proibido, acabava deixando brechas no sistema de controle, as quais permitiram que os pacientes do Centro jogassem com as normas institucionais.

Mais do que tentar recuperar as existências dos ditos “loucos”, destinados “a não deixar rastro” (FOUCAULT, 1992, p. 98) através de suas raras marcas próprias, foi necessário tentar enxergá-las nas entrelinhas da documentação institucional, onde aparecem por vezes como um breve sussurro, outras como um longo grito de desespero, sempre à espera do momento em que circunstâncias tornam-se oportunidades de resistência.

Quem hoje visitar Itapuã e se deparar com os antigos moradores do Centro Agrícola, perceberá que, nos afetos e conflitos presentes no dia-a-dia institucional, muitos pacientes encontraram um lugar para si. A história que pretendi contar não possui vencedores e nem vencidos, mas talvez mostre, conforme observou Lima Barreto (2004, p. 68) durante sua vivência como interno do Hospital Nacional de Alienados, que debruçar-se “sobre o mistério dela [a loucura] e decifrá-lo parece estar acima das forças humanas”.

* * *

Conforme afirmei na Introdução, busquei escancarar as portas dos longos e desgastados pavilhões que abrigam a loucura em Itapuã, mostrando as rachaduras nas suas paredes, as brechas nas suas normas e, algumas vezes, o rosto e a voz de seus moradores. Existências tristes que paradoxalmente distribuem sorrisos alegres a quem chega; vidas resumidas a poucas folhas em prontuários incompletos e amarelados pelo tempo, mas que se revelam em toda a sua extensão e profundidade nas entrelinhas e nas entrevistas. Histórias de loucos, loucas histórias...

Bibliografia

- AGOSTINO, Gilberto; AQUINO, Rubim Santos; VIEIRA, Fernando e ROEDEL, Hiran. Sociedade brasileira: uma história através dos movimentos sociais. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- ALBERTI, Verena. Manual de História Oral. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- ALBUQUERQUE, J.A. Guilhon. Instituição e poder. Rio de Janeiro: Graal, 1996.
- ALVES, Miriam Cristiane e MARAVOLTA, Márcio de Almeida. Desconstruindo o manicômio mental no cotidiano da comunidade da Vila São Pedro. In: FERLA, Alcindo Antonio e FAGUNDES, Sandra (org.). O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2002.
- AMARANTE, Paulo. Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920). Dissertação (Mestrado em Medicina Social), Rio de Janeiro: UERJ, 1982.
- _____. (org.). Loucos pela vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ARENDDT, Hannah. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- ARRUDA, Elso. Resumo histórico da psiquiatria brasileira. Rio de Janeiro: Editora JC, 1995.
- BARCELOS, Artur e BORGES, Viviane. Segregar para curar? A experiência do Hospital Colônia Itapuã. Boletim da Saúde, Escola de Saúde Pública de Porto Alegre, v.14, n.1, 1999-2000.
- BARRETO, Lima. O cemitério dos vivos [memórias]. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2004.
- BENJAMIN, Walter. Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.
- BENTHAM, Jeremy. Panóptico – Memorial sobre um novo princípio para construir casas de inspeção e, principalmente, prisões. Revista Brasileira de história. São Paulo: ANPUH, 1987. v. 7 nº 14. (Tradução de Ana Edite Ribeiro Montoia).
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996.
- BORGES, Viviane. Projeto CAR: o Centro Agrícola de Reabilitação do Hospital Colônia Itapuã. Boletim da Saúde, Escola de Saúde Pública de Porto Alegre, v.16, n.2, 2002.

_____ et al. Desvendando uma história de exclusão: a experiência do Centro de Documentação e Pesquisa do Hospital Colônia Itapuã. História, ciência e saúde - Manguinhos. Rio de Janeiro: Fiocruz, v.10, 2003.

_____. A loucura herda um espaço deixado pela lepra: fragmentos de história oral com pacientes-moradores do Hospital Colônia Itapuã. História Unisinos. São Leopoldo: Unisinos, v. 10, n. 1, 2006.

BOURDIEU, Pierre. Goffman, o descobridor do infinitamente pequeno. In: GASTALDO, Édison (org.). Erving Goffman, desbravador do cotidiano. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2004.

BRESCIANI, Maria Stella. Documentação – À guisa de apresentação. Revista Brasileira de História. São Paulo: ANPUH, 1987. v. 7 nº 14.

CAMPOS, Paulo Fernando de Souza. Os enfermos da razão, cidade planejada, exclusão e doença mental (Maringá, 1960-1980). São Paulo: Annablume, 2004.

CASTELLARIN, Cássio et al. Centro Agrícola de Reabilitação: nossa experiência. Arquivo da clínica Pinel. Vol. VII. N. 1. Porto Alegre: Clínica Pinel, 1981.

_____. Pesquisa avaliativa: reabilitação de doentes mentais crônicos no Centro Agrícola de Reabilitação (1972/82). Porto Alegre: PUC/RS, 1983.

CARVALHO, Andréa da Luz et al. Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CERTEAU, Michel de. A invenção do cotidiano. São Paulo: Vozes, 2003.

CERQUEIRA, Luiz. Impressões sobre a psiquiatria no Rio Grande do Sul. N.22. Porto Alegre: Coordenadoria de Saúde Mental, 1973.

_____. Perspectivas do hospital psiquiátrico brasileiro. São Paulo: [s.n], 1973.

CHALAS, Yves. La Routine. Analyse d'une composante de la vie quotidienne à travers les pratiques d'habiter. In: Cahiers Internationaux de S. Paris (85) julho/dezembro, 1998.

CHALHOUB, Sidney. Trabalho, lar e botequim. O cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da *Belle Époque*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CIAMPONE, M.H.T. et al. Metodologia do planejamento aplicada à enfermagem. In: KURCGANT, P. (org.). Administração em enfermagem. São Paulo: Epu, 1991.

COIMBRA, Cecília. Guardiães da ordem. Uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “Milagre”. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____. Cidadelas da ordem. A doença mental na República. São Paulo: Brasiliense, 1989.

DIAS, Miriam Thais Guterres. Os (des)caminhos da política de saúde mental no Rio Grande do Sul: uma análise da implantação da lei de reforma psiquiátrica. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Porto Alegre: PUC/RS, 1997.

_____ et al. Seguimento e avaliação da reforma psiquiátrica no Hospital Psiquiátrico São Pedro. In: FERLA, Alcindo Antonio e FAGUNDES, Sandra (org.). O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Da Casa Editora, 2002.

DESVIAT Manuel. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DUARTE JUNIOR, João Francisco. A política da loucura (a antipsiquiatria). São Paulo: Papyrus, 1986.

ENGEL, Magali. Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FAGUNDES, Sandra. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: AMARANTE, Paulo et al (org.). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

FARRELL, Jeanette. A assustadora história das pestes e epidemias. Rio de Janeiro: Prestigio Editorial, 2003.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Mini Aurélio. O minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína (org.). Usos e abusos da História Oral. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

FONTOURA, Arselle de Andrade da. Por entre luzes e sombras: Hospital Colônia Santana: (re)significando um espaço da loucura. Dissertação (Mestrado em História), Florianópolis: UFSC, 1997.

FOUCAULT, Michel. Resumo dos cursos do Collège de France 1990-1982. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

_____. História da loucura. São Paulo: Perspectiva, 2000.

_____. Vigiar e Punir. História da violência nas prisões. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

_____. Diálogo sobre o poder. In: _____. Estratégia, poder e saber. Ditos & Escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, p. 253-266.

_____. Mesa redonda em 20 de maio de 1978. In: _____. Estratégia, poder e saber. Ditos & Escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003, p. 335-354.

_____. Microfísica do poder. São Paulo: Graal, 2004.

GINZBURG, Carlo. Provas e possibilidades à margem de “Il ritorno de Martin Guerre”, de Natalie Zemon Davis. In: A micro-história e outros ensaios. Lisboa: Difel, 1989.

_____. Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

GODOY, Jacinto. História da Psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Edição do Autor, 1955.

GOFFMAN, Erving. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

_____. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1999.

HALBAWACHS, Maurice. A memória coletiva. São Paulo: Editora Centauro, 2004.

HELLER, Agnes. O cotidiano e a história. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

HIDALGO, Luciana. Arthur Bispo do Rosário – O senhor do labirinto. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

IGNATIEFF, Michael. Instituições totais e classes trabalhadoras: Um balanço crítico. Revista Brasileira de História. São Paulo: ANPUH/Marco Zero, vol. 7, nº 14, 1987.

JAMES, Daniel. Contos narrados nas fronteiras – a história de Doña Maria, história oral e questões de gênero. In: BATALHA, Cláudio H.M. et al (org.). Cultura de classe – Identidade e diversidade na formação do operariado. Campinas: UNICAMP, 2004.

LORIGA, Sabina. Soldats. Um laboratoire disciplinaire: l'armée piémontaise au XVIII^e siècle. Paris: Mentha, 1991.

MACHADO, Roberto. Introdução. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. São Paulo: Graal, 2004.

MATTUS, Carlos. Adeus, senhor presidente – governantes e governados. São Paulo: Fundap, 1997.

MAUCH, Cláudia. Ordem pública e moralidade: imprensa e policiamento urbano em Porto Alegre na década de 1890. Santa Cruz do Sul: ANPUH/Edunisc, 2004.

MIRON, V. L. Loucos, nervosos e esquisitos: memórias da loucura em Ijuí (RS) 1890-1990. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Tese de Doutorado), São Paulo: USP, 1998.

NAFFTAH NETO, A. O estigma da loucura e a perda da autonomia. Bioética. Brasília, 6(1): 81-87, 1998.

PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. História, ciência e saúde - Manguinhos. Rio de Janeiro: Fiocruz, v.11 (2): 241-58, 2004.

PELBART, P. Manicômio mental: a outra face da clausura. Saúde Loucura. São Paulo: HCITEC, n.2, 1994.

PERROT, Michelle. Práticas da memória feminina. Revista Brasileira de História. São Paulo: ANPUH, v.9, n.18, 1989.

_____. Os excluídos da história. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

PESSOTTI, Isaias. O século dos manicômios. São Paulo: 34 editora, 2001.

PETERSEN, Sílvia Regina Ferraz. A renovação da historiografia e o tema a vida cotidiana: desfazendo alguns equívocos. In: MAUCH, Cláudia et al. Porto Alegre na virada do século 19: cultura e sociedade. Porto Alegre/Canoas/São Leopoldo: Ed. da Universidade-UFRGS/Ed. ULBRA/Ed. UNISINOS, 1994.

_____. O cotidiano como objeto teórico ou o impasse entre ciência e senso comum no conhecimento da vida cotidiana. In: MESQUITA, Zilá e

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.). Territórios do cotidiano, uma introdução a novos olhares e experiências. Porto Alegre: Ed. UFRGS/EDUNISC, 1995.

POLLAK, Michel. Memória, esquecimento e silêncio. Estudos Históricos. Rio de Janeiro: CPDOC/FGV, v.2, n.3, 1989.

_____. Memória e identidade social. Estudos Históricos. Rio de Janeiro: CPDOC/FGV, v.5, n. 10, 1992.

_____. L'expérience concentrationnaire. Paris: Métailié, 2000.

PORTELLI, Alessandro. O que faz a história oral diferente. Projeto história. São Paulo: PUC/SP, n.14, fevereiro de 1997.

PORTOCARRERO, Vera. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PROENÇA, Fernanda Barrionuevo. Os protegidos de São Francisco: aliança entre Estado e Igreja na criação e no cotidiano do Hospital Colonia Itapuã para a profilaxia da Lepra - (1937-1945). Dissertação (Mestrado em História), Porto Alegre: PUC/RS, 2005.

QUEVEDO, Everton Luis. Isolamento, isolamento e ainda isolamento: o Hospital Colônia e o Amparo Santa Cruz na profilaxia da lepra no Rio Grande do Sul. Dissertação (Mestrado em História), Porto Alegre: PUC/RS, 2005.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério A. et al (org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

REYES, Rodriguez J. Terapia ocupacional y laborterapia em las enfermedades mentales. Madrid: Ed. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, 1972.

ROSENTHAL, Gabriele. A estrutura e a *gestalt* das autobiografias e suas conseqüências metodológicas. In: FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína (org.). Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

ROTTERDAM, Erasmo. Elogio da loucura. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2003

SANTOS, Nádia Maria Weber. A tênue fronteira entre a saúde e a doença mental: um estudo de casos psiquiátricos à luz da nova história cultural (1937-1950). Dissertação (Mestrado em História), Porto Alegre: UFRGS, 2000.

_____. História de sensibilidades: espaços e narrativas da loucura em três tempos (1905/1920/1937). Tese (Doutorado em História), Porto Alegre: UFRGS, 2005.

SERRANO, Alan Indio. O que é psiquiatria alternativa. São Paulo: Brasiliense, 1983.

SERRES, Juliane. Nós não caminhamos sós: o Hospital Colônia Itapuã e o combate à lepra no Rio Grande do Sul (1920-1950). Dissertação (Mestrado em História), São Leopoldo: UNISINOS, 2004.

SCHIAVONI, Alexandre. A institucionalização da loucura no Rio Grande do Sul: o Hospício São Pedro e a Faculdade de Medicina. Dissertação (Mestrado em História), Porto Alegre: UFRGS, 1997.

SCHMIDT, Benito Bisso. Práticas e táticas: Michel de Certeau (re) inventa o cotidiano. Biblos, Rio Grande, 6: 79-93, 1994.

_____. A biografia histórica: o “retorno” do gênero e a noção de “contexto”. In: GUAZZELLI, César Augusto Barcellos et al. (org.) Questões de teoria e metodologia da História. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2000.

_____. Em busca da terra da promessa: a história de dois líderes socialistas. Porto Alegre: Livraria Palmarinca, 2004.

SILVA, Jorge Anthonio e. Arthur Bispo do Rosário – Arte e loucura. São Paulo: Quaisquer, 2003.

SOARES, Jorge Marco Aurélio. Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. Dissertação (Mestrado), Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

TEIXEIRA, Mário. Hospício e poder. Brasília: Ed. do Senado Federal, 1993.

TESTA, Mario. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TAVOLARO, Douglas. A casa do delírio. Reportagem no manicômio judiciário de Franco da Rocha. São Paulo: SENAC, 2001.

THEODOSIO, Joanna e GONÇALVES, Jayme. Terapia ocupacional psiquiátrica. Revista Paulista de Hospitais, vol.14. Porto Alegre: ESP, 1966.

THOMSON, Alistair; FRISCH, Michael e HAMILTON, Paula. Os debates sobre memória e história: alguns aspectos internacionais. In: FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO, Janaína (org.). Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

TUNDIS, Silvério A. et al (org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

VELHO, Gilberto. Trajetória individual e campo de possibilidades. In: Projeto e metamorfose, antropologia social das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

VERTZMAN, Julio et al. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: AMARANTE, Paulo et al (org.). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

VIZEU, Fábio. A instituição psiquiátrica moderna sob perspectiva organizacional. História, ciência e saúde - Manguinhos. Rio de Janeiro: Fiocruz, v.12, n.1:33-49, 2005.

WADI, Yonissa Marmit. Palácio para guardar doidos. Uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade / UFRGS, 2002.

_____. Louca pela vida: a história de Pierina. (Tese de Doutorado), São Paulo: PUC/SP, 2002.

_____. “Um lugar todo seu!?”: paradoxos do viver em uma instituição psiquiátrica. Revista Varia História. Belo Horizonte, n. 32, 2004.

WARRINGTON, Marnie Hugnes. Michel Foucault (1926-1984). In: 50 Grandes pensadores da história. São Paulo: Contexto, 2002.

WEBER, Regina. Os operários e a colméia. Trabalho e etnicidade no sul do Brasil. Ijuí: Unijuí, 2002.

Anais (Congressos, seminários e conferências)

CONCEIÇÃO, Céres Dorneles et al. Tentativa de abordagem psico-social de uma comunidade. In: VI Jornada Sul Riograndense de Psiquiatria Dinâmica. 1972, Pelotas. Anais. Pelotas: [s.n.], 1972.

CONCEIÇÃO, Céres Dorneles et al. Um dia sem a roupagem de louco. In: VI Jornada Sul Riograndense de Psiquiatria Dinâmica. 1972, Pelotas. Anais. Pelotas: [s.n.], 1972.

CONCEIÇÃO, Céres Dorneles et al. Um Centro de Reabilitação de Doentes Mentais Crônicos: comunicação preliminar. In: VI Jornada Sul Riograndense de Psiquiatria Dinâmica. 1972, Pelotas. Anais. Pelotas: [s.n.], 1972.

CONCEIÇÃO, Céres Dorneles et al. Aproximação estatística de uma comunidade em crise. In: VI Jornada Sul Riograndense de Psiquiatria Dinâmica. 1972, Pelotas. Anais. Pelotas: [s.n.], 1972.

KOKOT, Cláudio et al. A equipe psiquiátrica rural. In: XII Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. 1975, Porto Alegre. Anais. Porto Alegre: [s.n.], 1975.

MORAIS, Nelson L. de. A estatística no hospital moderno. In: X Congresso Brasileiro de Higiene. 1952, Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte: [s.n.], 1952.

CASTELLARIN, Cássio. Centro Agrícola de Reabilitação: uma experiência que está dando certo. In: VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria. 1980, Salvador. Anais. Salvador: [s.n.], 1980.

Seminário de Saúde Mental. 1982, Salvador, O trabalho como terapia: a importância da terapia ocupacional. Salvador: [s.n.], 1982.

1ª Conferência Municipal de Saúde Mental. Bento Gonçalves, 1989, Pequena teoria dos três mandatos. Bento Gonçalves: [s.n.], 1989.

Artigos obtidos via base de dados on-line

CIAMPONE, Maria Helena e PEDUZZI, Marina. Programa Saúde da Família. Planejamento Normativo: o processo de construção conceitual do Método CENDES/OPS. Disponível em:

<http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/textos5-2.asp>. Acesso em 14 de fev. 2005.

Biografia de Phillipe Pinel. Disponível em:

www.cobra.pages.nom.br/ecp-pinel.html. Acesso em 23 de mar. 2005.

www.herrerros.com.ar/pinel.htm. Acesso em 23 de mar. 2005.

www.biografiasyvidas.com/biografia/p/pinel.htm. Acesso em 23 de mar. 2005.

Atas de reuniões (CAR)

Hospital Colônia Itapuã. Ata de Reunião. Itapuã/Viamão: HCI, 1973.

Hospital Colônia Itapuã. Ata de Reunião. Itapuã/Viamão: HCI, 1975.

Entrevistas (ex-membros da equipe médica do CAR e ex-Secretário Estadual da Saúde do período)

CASTELLARIN, Cássio. [08/03/2002]. Entrevistador: Arthur Henrique Franco Barcelos. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

CAMARGO, Gabriel. [26/06/2004]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Porto Alegre.

VALENZUELA, Maria Cristina. [31/05/2004]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Porto Alegre.

KOKOT, Cláudio. [16/05/2005]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Porto Alegre.

SOARES, Jair. Ex-secretário da estadual saúde do período. [11/05/2005]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Porto Alegre.

Entrevistas (irmã de um dos internos e pacientes da UIH e UIP)

Otília Poeta. Entrevistas com parentes do paciente A. [05/09/2006]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges.

E.N. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento Hanseniano [26/01/2000]. Entrevistador: Everton Luis Stefanello. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

G.B.E. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento Psiquiátrico. [04/04/2000]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

C. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento psiquiátrico [28/03/2001]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

E.N. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento Hanseniano [30/04/2001]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

M. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento psiquiátrico [23/08/2001]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

J. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento psiquiátrico [21/08/2001]]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

N. Entrevistas com pacientes da Unidade de Internamento psiquiátrico [22/03/2002 e 29/07/2004]. Entrevistador: Viviane Trindade Borges. Itapuã/Viamão: CEDOPE/HCI.

Filmografia

One Flew over the cuckoo's nest (Um estranho no ninho). Direção: Milos Forman. Roteiro: Lawrence Haubien e Bo Goldman. Fotografia: Haskell, Willian Fraker e Bill Butler. Intérpretes: Jack Nicholson, Louise Fletcher, Danny De Vito, Chistopher Loyd e outros. Música: Jack Nitzche. EUA. 1975. (129 min), son., color.

Imprensa

Folha da Tarde. 05 de jul. 1975, p.9.

Zero Hora: 19 de mar. 1971, p.3; 20 de mar. 1971, p.9 ; 27 de mar. 1971, p.13; 26 de jan. 1972, p. 22 e 13 de jan. de 1990, p.32.

Folha da Manhã. 29 de out. 1974, p.10; 30 de out. 1974, p. central e 31 de out. 1974, p. central.

Livros de Ocorrência do CAR

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Livros de Ocorrência. Itapuã/Viamão: HCI, 1972-1982.

Mensagens (Presidência do Estado do Rio Grande do Sul)

RIO GRANDE DO SUL. Fala dirigida à Assembléia dos Representantes do Estado, pelo presidente Carlos Barbosa Gonçalves. Porto Alegre, 1909 (Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul).

RIO GRANDE DO SUL. Fala dirigida à Assembléia dos Representantes do Estado, pelo presidente Borges de Medeiros. Porto Alegre, 1918 e 1920 (Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul).

Relatórios (CAR)

Hospital Colônia Itapuã. Centro de Reabilitação de Doentes Mentais Crônicos. Relatório da situação atual. Itapuã/Viamão: HCI, 1972.

Hospital Colônia Itapuã. Relatório de atividades setor de psicologia. Itapuã/Viamão: HCI, 197-?.

Hospital Colônia Itapuã. Relatório do Centro Agrícola de Reabilitação. Itapuã/Viamão: HCI, 197-?.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Relatório do CAR. Itapuã/Viamão, 1973.

Hospital Colônia Itapuã. Relatório da equipe médica do CAR. Itapuã/Viamão: HCI, 1989.

Hospital Colônia Itapuã. Relatório da situação atual da UIP. Itapuã: HCI, 1989.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Relatório do CAR: Itapuã/Viamão: HCI, 1973.

Hospital Colônia Itapuã. Relatório de atividades setor de psicologia. Itapuã/Viamão: HCI, 1975.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Relatório atual da unidade de internação psiquiátrica. Itapuã/Viamão: HCI, 1997.

Relatórios (Secretaria da Saúde)

Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Relatório anual da Secretaria da Saúde. Porto Alegre: ESP, 1970.

Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Unidade de Planejamento. Resumo das atividades anuais. Porto Alegre: ESP, 1967-1970.

Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Unidade de Planejamento. Relatório Quadrienal de atividades da Secretaria da Saúde. Porto Alegre: ESP, 1967 a 1970.

Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Unidade de Planejamento. Relatório anual. Porto Alegre: ESP, 1972.

Rotinas

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Rotina para a viagem de pacientes. Itapuã/Viamão: HCI, 1973.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Rotina de correspondência relativa aos pacientes. Itapuã/ Viamão: HCI, 1973.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Rotina de correspondência relativa aos pacientes. Itapuã/ Viamão: HCI, 1973.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Atribuições da chefia do serviço de enfermagem. Itapuã/ Viamão: HCI, 1974.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Rotina de alta. Itapuã/ Viamão: HCI, 1975.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Normas para o trabalho à terceiros. Itapuã/ Viamão: HCI, 1978.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Nova dinâmica de atendimento de pacientes do HCI. Itapuã/ Viamão: HCI, 197?.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Atribuições ao coordenador da recreação. Itapuã/ Viamão: HCI, 197?.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Normas para a avaliação dos líderes de setores no CAR. Itapuã/ Viamão: HCI, 1981.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Rotina de visitas e regulamentos para o uso do quarto de visitas do CAR. Itapuã/ Viamão: HCI, 1984.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Rotina de funções da enfermaria. Itapuã/ Viamão: HCI, (s/d).

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Rotina para pacientes usufruírem recursos médico-clínicos. Itapuã/ Viamão: HCI, (s/d).

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Atribuições dos líderes. Itapuã/ Viamão: HCI, (s/d).

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Atribuições dos atendentes. Itapuã/ Viamão: HCI, (s/d).

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Rotina para ser usada em caso de suicídio ou morte de pacientes. Itapuã/ Viamão: HCI, (s/d).

Outras fontes

CAMARGO, Gabriel. Trecho de um rascunho de uma carta à Adivo Paim Filho, 1983.

Hospital Colônia Itapuã. Atribuições dos atendentes. Itapuã/ Viamão: HCI, 197-?.

Hospital Colônia Itapuã. Centro Agrícola de Reabilitação. Itapuã/ Viamão: HCI, 197-?.

Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Escola de Saúde Pública. Hospital Psiquiátrico São Pedro. Centro Agrícola de Reabilitação de Itapuã. O que é o atendente psiquiátrico? Curso preparatório para atendente psiquiátrico, 197-?.

Hospital Colônia Itapuã. Estudo social. Itapuã/ Viamão: HCI, 197-?

_____. Escola de Saúde Pública. Hospital Psiquiátrico São Pedro. Centro Agrícola de Reabilitação de Itapuã. A saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: ESP, 1972.

Hospital Colônia Itapuã. Estudo social. Itapuã/ Viamão: HCI, 1974.

MÜLLER, Rui Carlos. Memórias de um Velho Hospício. Porto Alegre: HPSP, 1975.

Hospital Colônia Itapuã. Memorando. Itapuã/ Viamão: HCI, 1979.

Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira. Trabalho de pesquisa sobre a Colônia Juliano Moreira. Rio de Janeiro: CJM, 198-?

Hospital Colônia Itapuã. Programa de ampliação e reestruturação do CAR. Itapuã/ Viamão: HCI, 198-?

Hospital Colônia Itapuã. Comportamento histórico. Itapuã/ Viamão: HCI, 198-?

Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Escola de Saúde Pública. A saúde no Rio Grande do Sul, 1983.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Estudo de caso. Itapuã/ Viamão: HCI, 1988.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Perfil dos usuários da UIP. Itapuã/ Viamão: HCI, 199-?.

Hospital Colônia Itapuã. Histórico do CAR. Itapuã/ Viamão: HCI, 1991.

Hospital Colônia Itapuã. Unidade de Internação Psiquiátrica. Estudo de caso. Itapuã/ Viamão: HCI, 1991.

Hospital Colônia Itapuã. Programa de ampliação e reestruturação do CAR. Itapuã/ Viamão: HCI, 1998.

Hospital Colônia Itapuã. Fazenda Santa Clara de Itapoã. Itapuã/ Viamão: HCI, 2002.