

Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

CECILIA DE MENEZES SOBREIRA CUNHA

**A FUNDAÇÃO DA CASA DE SAÚDE SANTA TERESA EM CRATO-CE (1970):
HISTÓRIA LOCAL, MÉDICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A ÁREA
PSIQUIÁTRICA**

Rio de Janeiro
2013

CECILIA DE MENEZES SOBREIRA CUNHA

**A FUNDAÇÃO DA CASA DE SAÚDE SANTA TERESA EM CRATO-CE (1970):
HISTÓRIA LOCAL, MÉDICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A ÁREA
PSIQUIÁTRICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, como requisito parcial para obtenção de Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Teresa Acatauassú Venancio

Rio de Janeiro
2013

Ficha Catalográfica

C972 Cunha, Cecilia de Menezes Sobreira
A fundação da Casa de Saúde Santa Teresa em Crato-CE (1970):
história local, médicos e políticas públicas para a área
psiquiátrica / Cecilia de Menezes Sobreira Cunha – Rio de
Janeiro: [s.n.], 2013.

191 f .

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) -
Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2013.

Bibliografia: 178-191 f.

1. Psiquiatria. 2. Saúde Pública. 3. Assistência psiquiátrica.
4. Políticas públicas. 5. Saúde mental. 6. Hospitais psiquiátricos.
6. História. 7. Brasil.

CDD 616.89

CECILIA DE MENEZES SOBREIRA CUNHA

A FUNDAÇÃO DA CASA DE SAÚDE SANTA TERESA EM CRATO-CE (1970): HISTÓRIA LOCAL, MÉDICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A ÁREA PSIQUIÁTRICA

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, como requisito parcial para obtenção de Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em 23 de agosto de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ana Teresa A. Venancio (COC – Fiocruz) – Orientadora

Prof. Dra. Cristiana Facchinetti (COC – Fiocruz)

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado (IPUB-UFRJ)

SUPLENTES:

Prof. Dr. Luiz Antonio Teixeira (COC – Fiocruz)

Profa. Dra. Cláudia Freitas de Oliveira (UFC)

Rio de Janeiro
2013

Em memória de José Alceli Sobreira,
Alô bombom.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à minha orientadora Ana Teresa Venancio que, com sua paciência, dedicação e competência muito me ensinou sobre a labuta acadêmica.

Ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, aos professores, funcionários e aos colegas de turma que contribuíram para a realização dessa pesquisa. Especialmente à professora Cristiana Facchinetti e Luiz Antonio Teixeira pelas contribuições na banca de qualificação dessa pesquisa.

Aos meus familiares, meus pais Carlos Eduardo e Christianne, e aos meus irmãos Gabriel, Rebeca e Raquel, pela credibilidade e apoio em minhas decisões. A todos os amigos que fiz ainda em terras carienses e que marcaram intelectual e afetuosamente os doces e bárbaros anos da faculdade. Em especial às amigas mais estreitas dos queridos Marcus Vinícius, Cláudio Leôncio e Lígia Casimiro, muito obrigada.

Gostaria também de agradecer às colegas de ofício, Amanda Teixeira da Silva e Edianne dos Santos Nobre, que leram e corrigiram meu projeto de pesquisa antes de submetê-lo à seleção do mestrado, suas contribuições foram mais que valiosas. Aproveito esse espaço para registrar meus agradecimentos às professoras Daniele Medina e Jane Simeão que também acreditaram nas minhas *loucas* ideias. Sobretudo à Jane, que me instigou a perceber a criação do Santa Teresa pela lente da *cidade da cultura*, sem dúvida um diferencial em minha narrativa.

Agradeço à psicóloga Leda Mendes Pinheiro, que me levou para conhecer a Casa de Saúde Santa Teresa, o rumo de minha vida se alterou depois daquele convite feito em mesa de bar, muito obrigada!

Quero agradecer com carinho à Mônica Dias de Sousa, Vinícius, Aninha e Dedé que abriram as portas de sua casa e seus corações para que eu me aconchegasse nessas terras distantes do meu Cariri. E também aos queridos Pauline Petit e Alejo Di Dio, surpresas *bienvenidas* nos momentos de reclusão monástica.

Ao escritor pernambucano e amigo de outros carnavais Geraldo de Fraga por suas histórias de Marco Doido, Ceguinhos e outros tantos que dão cor e vida à paisagem

sinistra do Recife Antigo; e também ao querido artista cariense Reginaldo Farias pelo carinho com que aceitou fazer os mapas desse trabalho, muito obrigada!

Agradeço de todo coração a todas as pessoas que me concederam depoimento, me recebendo em suas casas e em seus ambientes de trabalho. Tenho que resguardar seus nomes, mas quero deixar registrado minha imensa gratidão. Os momentos de coleta dos relatos sobre a casa de saúde, imersos na história de vida de cada entrevistado, foram enriquecedores. Mais especial ainda era quando, em meio a conversas despretensiosas, o nome de meu avô, José Alceli Sobreira, era evocado, presenteando minha alma com as lembranças de quem com mais carinho acreditou em mim.

Por fim quero agradecer à Fundação Oswaldo Cruz pelo apoio financeiro para a realização dessa pesquisa, sem o qual o trabalho não teria sido o mesmo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - Políticas de Saúde e Assistência Psiquiátrica nos anos 1970	28
1.1– Políticas de saúde no contexto do regime militar	29
1.2– Assistência psiquiátrica no contexto do regime militar	37
1.3– Panorama da assistência psiquiátrica por seus especialistas.....	52
CAPÍTULO 2 – Crato, Cariri e Ceará: os serviços de saúde e assistência psiquiátrica	77
2.1 – Uma certa história da saúde no Crato, Cariri e Ceará	84
2.2 – Uma história oficial da psiquiatria no Ceará.....	101
2.2.1 – A assistência psiquiátrica no Ceará nos anos 1940: um esboço de reformulação.....	104
2.3 – Uma história da psiquiatria cearense (1940-1970).....	109
CAPÍTULO 3 – Criação da Casa de Saúde Santa Teresa	121
3.1 – Crato, a cidade da cultura e dos serviços de saúde.....	123
3.2 – “Mais uma cintilante estrela na formosa constelação da rede hospitalar do Cariri”	131
3.3 – Redes de relacionamento para a construção da CSST	140
3.4 – Os fundadores da Casa de Saúde Santa Teresa.....	146
3.5 – A casa de saúde após sua fundação.....	163
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
ANEXOS	175
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	178
FONTES PRIMÁRIAS.....	178
FONTES SECUNDÁRIAS.....	186

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig. 1- Fachada Hospital São Francisco de Assis.....	98
Fig. 2- Fachada Posto de Profilaxia Rural de Crato.....	99
Fig. 3- Anúncio da Casa de Saúde Santa Teresa no jornal <i>A ação</i>	131
Fig. 4- Convite de Inauguração da Casa de Saúde Santa Teresa.....	132
Fig. 5- Fachada da Casa do Noviciado.....	134
Fig. 6- Planta da Casa do Noviciado.....	135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Primeiros médicos caririenses (1849-1934).....	88
Tabela 2 – Serviços de saúde na região do Cariri (1921-1952).....	100
Tabela 3 – Número de leitos em instituições psiquiátricas no Ceará – 1971.....	117
Tabela 4 – Ambulatórios de saúde mental no estado do Ceará – 1972.....	117

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Mapa do Cariri Cearense e dos estados vizinhos.....	172
Anexo 2 – Mapa do Ceará.....	173
Anexo 3 – Mapa das principais cidades da Região do Cariri.....	173

LISTA DE ABREVIATURAS

- Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)
- Caixas de Aposentadorias e Pensões (Caps)
- Casa de Saúde Santa Teresa (CSST)
- Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU)
- Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM)
- Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula (HPSVP)
- Hospital São Francisco de Assis (HSFA)
- Instituto Cultural do Cariri (ICC)
- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI)
- Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores do Estado (IPASE)
- Instituto de Previdência do Estado do Ceará (Ipec)
- Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ipub)
- Instituto Nacional da Previdência Social (INPS)
- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)
- Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)
- Organização Mundial de Saúde (OMS)
- Serviço de Assistência à Psicopatas (SAP)
- Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência (SAMDU)

RESUMO

O objetivo dessa dissertação foi analisar a construção da instituição psiquiátrica privada Casa de Saúde Santa Teresa na cidade de Crato, região do Cariri cearense em 1970, e que era credenciada pelo INPS. Para contar a história dessa instituição analiso três dimensões distintas que possibilitaram que esta casa de saúde fosse criada naquele momento e naquele lugar. Em primeiro lugar analiso as políticas públicas para a área da saúde em geral e assistência psiquiátrica em específico, no período da década de 1970, contribuindo com a análise do debate acadêmico dos psiquiatras naquele momento, que discutiam as problemáticas e sugeriam a reorientação daquela assistência médica especializada no país, defendendo os preceitos da psiquiatria comunitária. Em um segundo momento, busquei compreender o modo como estavam colocados os serviços assistenciais à saúde na região do Cariri cearense, assim como os serviços de atenção ao doente mental em todo o estado do Ceará, no sentido de compreender o espaço ocupado pela Casa de Saúde Santa Teresa no contexto assistencial que a cercou. Ao final, privilegio a história local analisando, por meio do evento de criação daquela casa de saúde, os espaços ocupados por seus sócios fundadores e as redes de relações acionadas para que aquela instituição pudesse ser construída.

Palavras-chave: história da psiquiatria; assistência psiquiátrica; história da saúde; INPS; Crato; Ceará

ABSTRACT

The objective of this dissertation was to analyze the construction of private psychiatric institution Casa de Saúde Santa Teresa, in the town of Crato, region of Cariri, concessioned by the INPS in 1970. To tell the story of that institution, I'll analyze three different perspectives, which permitted this hospital to be created at that time and in that city. First I'll analyze the public policies for health and psychiatric assistance in the 70's, contributing to the analysis of the academic debate among psychiatrists of those times, who discussed the problems and suggested the reorientation of this specialized medical assistance along the country, defending the precepts of the community psychiatric. Then, I tried to understand the way in which the health care services were organized in Cariri, as well as the care services to the mentally ill all along the Ceará, in order to analyze the place that the Casa de Saúde Santa Teresa occupied in the context of regional medical assistance. Finally, I emphasize the local history: analyzing the inauguration of this hospital, as well as its founding partners, and the social relationships as main factors.

Keywords: history of psychiatry, psychiatric care, health history; INPS; Crato, Ceará

INTRODUÇÃO

Neste trabalho, pretendo contar a história da primeira instituição psiquiátrica da região do Cariri cearense, a Casa de Saúde Santa Teresa, criada na cidade de Crato em 1970, por meio de uma sociedade particular de três médicos da região. Para falar sobre a criação desta instituição elaboro três focos de análise que me auxiliam na compreensão do *porquê* e de *como* foi possível que uma casa de saúde como esta pudesse ser instalada naquele momento e naquela localidade. Em um primeiro momento, busco analisar as políticas públicas de saúde e assistência psiquiátrica, a partir da historiografia sobre o tema, no intuito de compreender o que vinha sendo preconizado e discutido sobre a prestação de serviços psiquiátricos à época. Em seguida, busco observar o desenvolvimento dos serviços de saúde na região do Cariri cearense, em correspondência com o resto do estado e também o desenvolvimento dos serviços psiquiátricos no Ceará, pretendendo perceber em qual contexto assistencial a Casa de Saúde Santa Teresa foi inscrita. Por último, analiso o evento de criação desta instituição, os médicos envolvidos e as redes de relações criadas para que esta instituição pudesse ser construída em Crato de 1970.

Nos dois primeiros focos de minha narrativa pretendo analisar as condições gerais que possibilitaram a criação desta instituição tanto em nível nacional sobre o que estava sendo organizado, preconizado e discutido para a área da psiquiatria, como o cenário da assistência médica e psiquiátrica em nível local, em correspondência com todo o Estado do Ceará, dimensões estas que permitiram que a Casa de Saúde Santa Teresa fosse instalada. Busco perscrutar o evento de criação dessa instituição psiquiátrica identificando os atores sociais que estavam envolvidos com a sua criação, os espaços socioculturais por eles ocupados e as redes de relações que foram acionadas para que esse hospital pudesse ser instalado.

A Casa de Saúde Santa Teresa foi inaugurada em junho de 1970 por iniciativa privada de três médicos da localidade: Maurício Monteiro Teles, Elígio Figueiredo Abath e Carlos Barreto Carvalho. Antes de sua fundação, o único serviço específico para atendimento aos doentes mentais existente em Crato era um ambulatório psiquiátrico em funcionamento no Hospital São Francisco de Assis, e que atendia a toda região do Cariri cearense e também a outros municípios de estados vizinhos. Este hospital foi montado nas instalações de um dos prédios pertencentes a instituição

religiosa da cidade Congregação das Filhas de Santa Teresa, onde havia funcionado seu antigo noviciado. A construção da casa de saúde implicou a participação de atores sociais que apoiaram moral e socialmente a iniciativa dos três médicos fundadores, como instituições do clero, a imprensa, entre outros atores que faziam parte da elite local cratense naquele momento.

Este hospital particular, que levantava a bandeira de ser uma instituição hospitalar especializada, direcionada ao tratamento de pessoas com transtornos nervosos e mentais, desde sua fundação esteve credenciado pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Oferecia, desta forma, como tratamento a psicoterapia, psitrossonoterapia, corletiterapia e sonoterapia e era dirigido pelos sócios fundadores, enquanto sua administração ficava ao cargo das esposas daqueles médicos.

Por muito tempo guardei certa imagem da Casa de Saúde Santa Teresa que, para mim, era marcada pelo estranhamento e pela sensação de desconhecido. Essa instituição é popularmente conhecida, simplesmente, por Santa Teresa, sendo referida no masculino, e não ousou responder se por estar associada à ideia de hospital, manicômio ou hospício. *O* Santa Teresa faz parte de um linguajar corriqueiro local, facilmente evocado para toda e qualquer atitude tida como *estranha, diferente, anormal*, ou coisa de gente *doida*, imagem esta que compartilhei até conhecer aquele hospital e querer contar sua história. Estava nos últimos períodos da graduação em história pela Universidade Regional do Cariri – Ceará (URCA) e sabia que havia uma área na história que se interessava pelo tema da loucura, psiquiatria e saberes afins, embora desconhecesse o debate e as questões pertinentes ao campo.

Os primeiros passos dessa pesquisa foram influenciados pelas leituras a respeito da história da psiquiatria, sobretudo os trabalhos de Cunha (1989) e Engel (2001) que destacavam a presença dos sujeitos tidos como loucos e as estratégias de exclusão destes personagens das ruas da cidade no processo de desenvolvimento e expansão do espaço urbano. A perspectiva analítica dessas historiadoras informou os percursos de minha investigação em busca dos vestígios da presença dos sujeitos tidos como loucos no cotidiano cratense.

Comecei essa saga investigando na imprensa local, no semanário cratense *A ação*, os periódicos produzidos nos anos próximos ao da criação do Santa Teresa, caminho bastante motivador visto que, rapidamente, encontrei as matérias sobre sua inauguração, notícias sobre os médicos fundadores nas colunas sociais do jornal além de propagandas sobre aquele hospital. Os personagens por quem procurava, isto é, os

sujeitos tidos como loucos, também figuravam nos vários editais de interdição que faziam saber “a quantos o presente edital virem ou dêle conhecimento tiverem que, por êste Juízo e Cartório da Escrivã que êste subscreve, foram regularmente processados os têrmos de interdição” de pessoas como Adão Jacinto da Silva, “por estar sofrendo das faculdades mentais”.¹ Com a criação da CSST as solicitações de interdição dos caririenses passaram a fazer referência sobre esta instituição, onde constavam que senhoras como a dona Herondina Lima Cavalcante, que

*há dezessete (17) anos, vem demonstrando, pelo comportamento, ser portadora de esquizofrenia, sofrendo de crises prolongadas, incompatibilizando-a, conseqüentemente, com a vida em família e o meio social. Esclarece ainda, encontrar-se a paciente, recolhida, atualmente, à Casa de Saúde Santa Teresa, de Crato, e anteriormente internara-se em hospitais psiquiátricos de: Fortaleza e Teresina.*²

Ao lado desses editais de interdição também encontrei relato, nas edições do *Ação*, sobre a notável presença desses sujeitos no cotidiano da cidade, como uma tal *Julia Doida*,

*uma débil mental que faz ponto entre as ruas Monsenhor Esmeraldo e Tristão Gonçalves, [que] continua desrespeitando as famílias, principalmente as jovens que transitam por aquelas ruas. A doida não perde a oportunidade de ficar totalmente despida e dizer palavrões. Quando a rapaziada pede para que ela mostre a televisão, a débil tira a roupa na presença de todos. Por diversas vêzes, Julia foi prêsa, mas volta a repetir a mesma cena. Agora, a doida inventou uma nova moda: está atirando pedras nos para-brisas dos carros que transitam por aquelas ruas.*³

O relato sobre *Julia Doida*, a tal que andava nua pelas ruas do Crato, era acompanhado pelo de outros personagens tidos como *débeis mentais*, e que abarrotavam as celas da cadeia pública da cidade. O incômodo que a presença destes sujeitos causava era relatado pelas autoridades locais e divulgados no jornal *A ação*:

A Cadeia Pública não suporta o número de débeis mentais soltos nas ruas do Crato. O Cel. Raimundo Pereira informou que as celas daquela delegacia não oferecem condições e segurança de espaço. No início da semana, a política iniciou uma batida contra os débeis mentais que perturbam a tranquilidade da cidade, mas foi obrigada a suspender a

¹A ação, 3/7/1971.

²A ação, 25/9/1971.

³A ação 15/05/1971.

*campanha, porque os marginais estavam danificando as paredes da Cadeia Pública. Informou, ainda, que os familiares dos débeis mentais não dispõem de recursos para interná-los em Fortaleza.*⁴

Essas manchetes incitavam a permanência dos sujeitos tidos como loucos incomodando o cotidiano da cidade, mesmo após a criação da Casa de Saúde Santa Teresa.

Por outro lado, havia aqueles que não incomodavam tanto assim e conviviam harmonicamente no cenário citadino, sendo muitas vezes até benquistos pelos membros da sociedade cratense. Os *tipos populares* foram lembrados por escritores cratenses que contavam sobre os *causos e trejeitos* de personagens famosos na literatura e memória local, como Pedro Cabeção, Moipen, Tandôr, Maria Caboré, Pernambucana, entre outros. Suas histórias e peculiaridades figuravam nos escritos cratenses desde os anos 1950, muito antes da criação de uma casa de saúde psiquiátrica na cidade.⁵ De acordo com os contadores de suas histórias, esses sujeitos percorriam os espaços públicos da cidade, nos parques e feiras populares, imersos no cotidiano cratense e muitas vezes eram “músicos, poetas, loucos, artesãos, vadios, mendigos, contadores de histórias, profetas impacientes, hóspedes das sarjetas, marquises e bancos de praças, cantadores, andarilhos, anônimos da extra-oficialidade, os heróis populares” (Monteiro, 1994: 151). Eles também se tornaram alvo de minha busca sobre a relação de Crato com a loucura.

Eu percorria, portanto, tanto o rastro da casa de saúde como o dos sujeitos tidos como *loucos* ou *débeis mentais*, ou ainda os *tipos populares* na imprensa local, tentando identificar possíveis estratégias de exclusão ou repressão dessas pessoas após a criação do Santa Teresa. O questionamento que fazia às fontes era sugestionado pela literatura a que tinha tido acesso até então, onde se evocava tanto os indícios de uma relação harmônica de convivência entre a loucura e a normalidade como as estratégias de exclusão desses sujeitos no convívio urbano, a partir de um suposto processo de institucionalização da loucura após a criação da Casa de Saúde Santa Teresa. Contudo, não encontrava o início e o fim dos fios que teceriam a história que queria contar: mesmo com a CSST fundada, percebia a permanência desses sujeitos, seja nos jornais que abordavam as performances da *Julia Doida*, ou dos demais *débeis mentais*

⁴A Ação, 3/7/1971.

⁵ Brito, J. B. “Reminiscências - Tipos populares do Crato antigo” *Revista Itaytera* 1956(2): 259-264; SOUSA, A. O. Poeminhas de era uma vez. *Tipos e ditos populares do Crato de ontem de hoje e de outros temas*. Crato: 2000. CAVALCANTE, A. “Alguns tipos populares do Crato”. *Revista Itaytera*. 1998(42); Monteiro, Emerson. “Tipos populares”. *Revista Itaytera* 1994(38): 150-152.

abarrotoando as celas da cadeia pública, o que demonstrava que essa instituição apresentava uma porosidade que a diferenciava da analisada por Engel (2001). Também não identifiquei na literatura local nenhuma mudança no relato sobre os tipos populares antes ou depois do Santa Teresa ter sido fundado.⁶

Por outro lado, a busca pelos vestígios da loucura também era sugestionada pela historiografia local, sobretudo pelo trabalho de minha professora de graduação Antônia Otonite Cortez (2000). Esta historiadora afirmava existir um discurso intelectual sobre a cidade de Crato que lhe diferenciava das demais cidades que com ela formavam o Cariri cearense, atribuindo-lhe a denominação *cidade da cultura*, que também lhe dava status de promotora da civilidade e dos bons costumes para as demais cidades caririenses. Além disso, ao folhear as páginas dos jornais produzidos em Crato, nos anos de 1970, percebi que a região do Cariri experimentava um momento de desenvolvimento urbano, com a criação de hospitais e casas de saúde, inauguração de estabelecimentos comerciais e outros empreendimentos que denotavam o incremento urbano vivido pela região. Neste sentido, ao buscar o vestígio da loucura e compreender a relação que a cidade estabelecia com os sujeitos tidos como loucos, também percebia essa cidade como espaço de civilidade que vivenciava um período de expansão econômica.

O pré-projeto de dissertação com o qual adentrei o Curso de Mestrado em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz – tinha um intuito bem ousado: o de verificar como a criação da CSST atendia às estratégias da *cidade da cultura*, no sentido de ordenar as condutas das pessoas nos espaços urbanos de Crato, que seria exemplo para as demais cidades da região. Também tinha como objetivo compreender se a proposta de criação dessa casa de saúde atendia aos preceitos das políticas de saúde mental elaboradas pelo governo federal no período, fazendo uma correspondência analítica ao que era proposto nacionalmente, e ao que era efetivado pela CSST.

Entretanto, os rumos de minha pesquisa foram se alterando na medida em que ia me aprofundando nas discussões historiográficas do campo da história da psiquiatria, através da disciplina História e historiografia da psiquiatria e nos debates junto à minha orientadora, bem como do campo da história da saúde pública, sobretudo nos debates da disciplina de História e historiografia da saúde pública. Assim, minha pesquisa foi

⁶ Refiro-me ao fato de encontrar relatores sobre os tipos populares na década de 1950; 1990 e 2000, cf. nota acima, sem identificar nenhuma mudança analítica sobre o modo como esses personagens foram retratados após a criação do hospital.

sendo aprofundada, e meu objeto de estudo inicial foi ganhando corpo e forma, sendo construído e levando em conta as contribuições das propostas analíticas elaboradas no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde.

O campo da história da psiquiatria no Brasil pode ser compreendido a partir de três tendências historiográficas: 1) os estudos clássicos; 2) os influenciados pelas contribuições foucaultianas e 3) os estudos mais recentes produzidos no contexto da nova história ou história cultural, em grande parte sob influência da antropologia.⁷ Na primeira tendência dos estudos *pioneiros* ou *clássicos* encontram-se trabalhos que começaram a ser produzidos pelos psiquiatras, em fins do século XIX e início do século XX, interessados na construção de uma memória para sua área profissional como forma de legitimação de seu status social. Informados por uma concepção linear da história e do progresso da psiquiatria, estes profissionais construía a história de sua área à medida que construía também seu campo de atuação profissional, no momento inicial em que essa especialidade buscava consolidar o seu status científico. Como demonstra Venancio e Cassilia (2010), esses autores, sobretudo médicos-psiquiatras, ao tratarem de diversos temas nesse campo específico, “eles mantêm a perspectiva de dar destaque a instituições e personalidades, projetando prescrições para o futuro da especialidade, do ponto de vista da técnica e do ponto de vista assistencial” (Venancio e Cassilia, 2010: 28).⁸ Nesse sentido, a história produzida por esses pioneiros assume características positivas ao primar pelos feitos e méritos de grandes personalidades de seu campo profissional, bem como pela história das instituições assistenciais. Trabalhos nessa perspectiva continuam sendo escritos até hoje.

Em seguida, observa-se a matriz de trabalhos que surgiram no final da década de 1970, tendo como grande referência o trabalho de Roberto Machado *et al.* (1978) *Danação da Norma: Medicina Social e a constituição da psiquiatria no Brasil*, que analisou o processo de *medicalização da sociedade* brasileira no século XIX. Com este trabalho, Machado e os demais autores sugeriram uma ruptura com a forma como a história da psiquiatria vinha sendo contada até então pelos psiquiatras, caracterizada por

⁷ Em se tratando do campo mais amplo da história da medicina no Brasil, Edler (1998) aponta para existência dessas mesmas matrizes de produções historiográficas. Conclusão semelhante apresenta Huertas (2001), sobre as produções em história da psiquiatria a nível internacional. Em Venancio e Cassilia (2010) e também Lima e Holanda (2010), trabalhos sobre as produções no campo da história da psiquiatria no Brasil. Percebe-se que há as mesmas tendências que seguem a história da medicina no Brasil e a historiografia da psiquiatria internacional.

⁸ Como exemplo dessas produções, encontram-se os trabalhos de LOPES, Leme. *A psiquiatria e o velo hospício. Quatro séculos de cultura*. Rio de Janeiro: Universidade do Brasil: 1966; e também UCHOA, Darcy Mendonça. *Organização da Psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Sarvier, 1981.

ele como sendo “ufanista, dispostas a celebrar o presente, justificando-o pela ardorosa conquista de uma posição de racionalidade duramente realizada ou a se realizar” (Machado et al. 1978: 19). Esta obra influenciou os demais trabalhos produzidos no Brasil neste campo, pelo fato de passarem a tomar a psiquiatria, loucura e os saberes *psi* como objeto de estudo histórico e, também, em nível epistemológico, inserindo as contribuições heurísticas foucaultianas (Venancio e Cassilia, 2010: 29).

Estes trabalhos começaram a ser escritos partir do final da década de 1970, por profissionais da área da psiquiatria, psicologia e psicanálise que estavam engajados nos rumos que a assistência psiquiátrica estava tomando, assim como por sociólogos, filósofos e historiadores. Neste período, chegava ao Brasil as proposições foucaultianas, influenciando não só a área da história, mas o campo intelectual como um todo.⁹ A nova forma de se contar a história da psiquiatria, a exemplo do que demonstra Edler (1998) em relação à história da medicina, não somente rompeu

com a auto-imagem que a medicina forjara de si mesma, mas principalmente, por introduzirem nova trama conceitual com a pretensão de evidenciar os nexos sociológicos, políticos, epistemológicos e econômicos que articularam historicamente o saber médico com o exercício de variadas formas de poder e dominação social (Edler, 1998: 174).

Ao tomar a psiquiatria como objeto, os trabalhos que foram produzidos a partir desta tendência abordaram principalmente as temáticas da constituição de um aparato psiquiátrico através das instituições, formação e desenvolvimento do saber psiquiátrico, processo de *psiquiatrização* da sociedade, entre outros temas (Wadi, 2009: 69). Contudo, os trabalhos produzidos a partir desta filiação teórica foram, posteriormente, alvo de críticas pois, ao enfatizarem o controle social e o poder disciplinador que a psiquiatria ensejava, deixavam de contemplar outros fatores que incidem na conformação dos saberes / práticas *psi*.¹⁰

Os estudos da terceira matriz de trabalhos em história da psiquiatria que floresceram, sobretudo, a partir do final da década de 1980 e início da de 1990, partem de um movimento de convergência de saberes da história com a antropologia, proveniente tanto da reformulação do saber/fazer histórico com o movimento da

⁹ Acerca das contribuições foucaultianas à historiografia brasileira ver Rago (1995).

¹⁰ Desta matriz do pensamento foucaultiano outros trabalhos surgiram, como os de Cunha (1986 e 1989) aqui já citado, e o que aliou a sua análise a perspectiva da história social. Também o trabalho de Engel (2001), também já citado, que analisou o processo de encarceramento da loucura no Rio de Janeiro, a partir da criação do espaço do Hospício Pedro II.

chamada nova história, como da adoção da perspectiva histórica pelo saber antropológico. (Venancio e Cassilia, 2010: 32).

De cunho culturalista, a nova forma de pensar / fazer histórico da chamada história cultural, estava em profundo diálogo com a antropologia, e surgiu como alternativa aos macro modelos explicativos da realidade, como o marxismo e o estruturalismo, que já não davam conta da multiplicidade dos fatores incidentes nos processos históricos. Essa *história cultural* deu ênfase a questões antes relegadas pelo modelo do determinismo econômico, como as questões intelectuais, psicológicas e culturais – preteridas por fazerem parte da alçada da superestrutura –, e não somente relativas à esfera social. A partir de então, escalas analíticas elementares como o próprio indivíduo também passaram a receber atenção do historiador, que propunha repensar a relevância de sujeitos e de ações particulares na história sem, contudo, ter a pretensão de forjar grandes tratados explicativos sobre a realidade. Ou seja, a partir da derrocada dos grandes modelos explicativos, “os historiadores foram obrigados a voltar ao princípio da indeterminação, ao reconhecimento de que as variáveis são tão numerosas que, na melhor das hipóteses, apenas generalizações de médio alcance são possíveis na história” (Stone, 1991: 24). Considerando que “a cultura do grupo e mesmo a vontade do indivíduo, são, pelo menos potencialmente, agentes causais de transformação tão importantes quanto as forças impessoais da produção material e do crescimento demográfico” (Stone, 1991: 19).

As questões suscitadas no contexto da nova história ou história cultural, que influenciaram e reformularam o campo da produção histórica como um todo, incidiram sobre o campo específico de história da psiquiatria, nos chamados *estudos recentes*. A partir dos quais as contribuições foucaultianas não foram desconsideradas, mas

deixavam de ser o ponto de chegada das análises pretendidas, no sentido da afirmação da medicalização da sociedade que a psiquiatria engendrava, para serem o ponto de partida, isto é, uma das chaves para se compreender que o poder disciplinar era uma expressão coetânea de variados processos e valores culturais que eram instituídos e instituintes da própria sociedade ocidental moderna onde se manifestavam (Venancio e Cassilia, 2010: 31).

Novos temas, objetos e abordagens foram propostos para este campo da pesquisa histórica. Exemplo disto são as produções em história da loucura que privilegiam a perspectiva do sujeito considerado louco e história da loucura no tempo presente, análise da vida cotidiana das instituições e a problematização do êxito das políticas de

controle da saúde mental sendo questões que também adentram o campo de análise a partir dessa nova perspectiva (Wadi, 2009: 71). Contudo, embora se perceba a expressiva expansão dos temas abordados, “é notável a permanência de estudos sobre temas clássicos do campo da história da psiquiatria (...), [que] parecem agora apresentados sob novos enfoques ao considerarem a complexidade da negociação dos processos sociais em jogo” (Venancio e Cassilia, 2010: 33). Em texto apresentando o campo da história da psiquiatria internacional, Huertas (2001) aponta para os novos rumos desse campo em que se faz necessário “adaptar, matizar y enriquecer el discurso, intentando la solidez metodológica y la incorporación a la reflexión de otros elementos hermenêuticos procedentes de otras tradiciones historiográfica y sociológicas” (Huertas, 2001: 23).

A história que aqui pretendo contar pode ser identificada com a terceira matriz de trabalhos em história da psiquiatria, a dos *estudios recientes*, devido o esforço de compreender a psiquiatria para além da ideia de controle social e estratégia de exclusão que ela representa, enfatizada pela matriz de trabalhos de influência foucaultiana. Sem negar o aspecto da exclusão social, mas observando-o antes como pressuposto do que como conclusão, busco compreender a complexidade das tramas que compõem as práticas e saberes psiquiátricos, isto é, as relações sociais estabelecidas entre diversos personagens cratenses, e que possibilitaram a criação da CSST na cidade cearense de Crato em 1970. Dessa forma, minha pesquisa pretende

demonstrar que mesmo enquanto lugares de isolamento, as instituições psiquiátricas foram espaços híbridos para os quais confluíram a ciência e a assistência, a exclusão e a vida social e que refletiam as especificidades locais dos processos de institucionalização da alienação mental num país de proporções continentais (Venancio e Cassilia, 2010: 34).

Este trabalho também incorporou os debates sobre as políticas públicas de saúde e assistência psiquiátrica à época da criação da CSST, incluindo, assim, uma bibliografia específica sobre história da saúde pública. Ao mesmo tempo, ampliei a análise sobre a historiografia da saúde no Ceará, utilizando também a documentação oficial acerca da assistência psiquiátrica naquele Estado. Divido, portanto, esse trabalho em três panoramas analíticos distintos, apresentados em três capítulos.

No primeiro capítulo, busquei compreender as políticas públicas de saúde em geral e dentro da área da psiquiatria no período da criação da CSST. Segundo Menicucci (2007), a política de saúde executada pelos militares foi baseada na prestação

dos serviços de saúde no âmbito da previdência social prestada, mormente, pela rede privada, em detrimento de um investimento nas ações de saúde pública. Como consequência deste direcionamento, haveria o descaso com a saúde de pelo menos metade da população do país, tendo em vista que naquele momento somente uma parcela se encontrava assistida pelos benefícios da previdência social.

A produção historiográfica acerca das políticas públicas de saúde no período do regime militar que utilizo nesse trabalho corresponde a uma matriz revisionista de trabalhos pioneiros que foram produzidos ainda no contexto da ditadura e que, em um contexto de denúncia mais ampla ao regime militar, também denunciavam a política de saúde adotada. Opto pela utilização da matriz de trabalhos revisionistas sobre as políticas de saúde pública em geral, por acreditar que esses trabalhos apresentam um panorama e uma análise mais complexa sobre como a saúde estava sendo gestada pelos militares pós-64. Por outro lado, no que se refere especificadamente à história da assistência psiquiátrica no mesmo período, a bibliografia que faço uso foi produzida por profissionais da área que estavam, em sua grande maioria, engajados com os rumos que a assistência psiquiátrica estava tomando no contexto do regime militar. Nesse sentido, o tom de denúncia fica bastante evidente nos textos produzidos por autores que compreendiam a política de saúde gestada como promotora da *capitalização da medicina* em geral, e *indústria da loucura* em específico (Vaissman, 1983; Resende, 1989; Paulin e Turato, 2004).

Procuro aprofundar a discussão sobre a assistência psiquiátrica no período do regime militar, trazendo como contribuição a análise do debate produzido pelos psiquiatras que estavam atuando àquela época, onde pretendo identificar quais questões estavam sendo debatidas no campo próprio da psiquiatria, sendo levadas aos congressos e divulgadas nos periódicos especializados. Para isso busquei, nos índices de periódicos especializados, artigos que versassem sobre o panorama da psiquiatria e sua assistência.

Os periódicos analisados foram o *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*—produzido pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ipub); a revista *Neurobiologia* – fundada em 1938 pelo professor Ulysses Pernambuco, pertencente à Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Brasil e da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia e do Departamento de Neurologia e Neurocirurgia da Sociedade de Medicina de Pernambuco; *Revista Brasileira de Saúde Mental*, fundada em 1955, órgão oficial de divulgação científica do Serviço Nacional de Doenças Mentais; *Revista de Psiquiatria* – produzida pelo Centro de Estudos da Casa de Saúde

Dr. Eiras, fundada pelo médico psiquiatra Leonel Miranda; *Revista Brasileira de Psiquiatria* – fundada por Clóvis Martins, órgão de divulgação científica da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). As coleções desses periódicos, relativas ao período de janeiro de 1960 à dezembro de 1974, encontram-se disponíveis para consulta na biblioteca do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Do debate psiquiátrico sobre o panorama de assistência psiquiátrica nacional sigo a análise sobre a história da saúde de Crato e da região do Cariri, onde analiso a produção local sobre esse tema em correspondência com a história da saúde no Ceará. Em outro momento, ainda nesse capítulo, busco observar o que tem sido produzido sobre a história da psiquiatria no Ceará. Minha contribuição a esse debate se dá através da análise da documentação da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) relativa àquele estado. A Dinsam era o órgão propositivo, regulamentador e fiscalizador da assistência psiquiátrica no Brasil, criado em 1970, em substituição ao Serviço Nacional das Doenças Mentais (SNDM), que fazia a gestão da assistência psiquiátrica nacional desde 1941. Esta documentação encontra-se no Instituto Municipal de Assistência a Saúde Juliano Moreira (IMASJM), no Rio de Janeiro. Seu acervo corresponde a cerca de 1100 caixas-box catalogadas, cujo conteúdo tive acesso por meio de listas manuscritas que servem de seus índices, agrupadas em duas pastas suspensas. As listas descrevem o que contém em cada uma das caixas-box e desse universo observei que em 52 caixas há informações sobre o Ceará.¹¹ Estes documentos são mapas de movimentação de doentes, relação de recursos humanos, correspondências entre a secretaria de saúde do Estado do Ceará, os diversos hospitais e o SNDM, posteriormente Dinsam. Por meio dessa documentação, busco traçar a trajetória de desenvolvimento dos serviços psiquiátricos no Estado do Ceará até o momento em que foi criada a Casa de Saúde Santa Teresa, em 1970. O potencial deste material está muito além do uso que faço dele nesta pesquisa, abrindo caminho para outras possibilidades analíticas: para uma história serial e quantitativa ou qualitativa da assistência psiquiátrica cearense.

Concluo as investidas analíticas no terceiro capítulo, com o ajuste da lente, refinando meu foco para o evento de criação da Casa de Saúde Santa Teresa, observando a teia de relações e conjunturas que estavam dispostas para que o projeto de criação desta instituição fosse concretizado naquele momento e naquele lugar. Tento

¹¹ Além das caixas catalogadas, cujo conteúdo consta no índice, há um número expressivo de caixas-arquivos que não contém índice de seu conteúdo e que não foram pesquisadas por mim, cf. Braga (2013).

compreender o cenário social em que foi forjada a criação dessa instituição, identificando a teia das relações envolvidas entre os personagens de minha história e os espaços por eles ocupados no contexto social de Crato em 1970. Para a construção da casa de saúde, os médicos fundadores acionaram um circuito de relações com outros atores sociais, por sua vez vinculados às elites intelectuais e/ou religiosas.

Faço uso da prosopografia, buscando analisar a história de vida e a carreira profissional de três médicos: Maurício Monteiro Teles, Elígio Figueiredo Abath e Carlos Barreto Carvalho, rastreando sua origem familiar e os indícios de suas experiências intelectuais e profissionais por meio da combinação das fontes e publicações sobre e/ou suas respectivas famílias na imprensa local. Também por meio da imprensa busco identificar quais as questões que estavam colocadas sobre a criação da CSST, tentando perceber as justificativas, adesões ou repulsas, e os temas a esta instituição associados.

O jornal *A ação* foi uma importante fonte para esta pesquisa. Este periódico cratense, fundado no dia 20 de outubro de 1939, era órgão da diocese do Crato, confeccionado pela Empresa Gráfica Ltda. No ano de 1970, teve como diretor superintendente o padre José Honor de Brito e, como secretário, o intelectual cratense Huberto Cabral. A figura do padre como diretor superintendente e a do intelectual que estava à frente da secretaria – este último autor de inúmeras manchetes do periódico e de outras publicações cratenses – demonstra a estreita relação entre a intelectualidade cratense e as ações da igreja católica naquela localidade.

Além de percorrer a trilha dos atores de minha história, nos jornais e revistas culturais, também faço uso de depoimentos de pessoas contemporâneas ao momento de fundação daquela instituição e que vivenciaram direta ou indiretamente sua construção. Foram coletados os depoimentos de familiares dos três médicos, ex-funcionários da casa de saúde, intelectuais da cidade, médicos carienses, entre outras pessoas que foram testemunhas oculares do evento de criação do Santa Teresa. Esses depoimentos são por mim utilizados como fontes históricas de que faço uso, ancoradas em outras fontes documentais.

Levo em consideração o fato de que as fontes orais têm como subsídio a *memória* do entrevistado, e necessariamente o *esquecimento*, além da subjetividade intrínseca a produção desse tipo de documento. Ao inserir esse tipo de fonte, tenho em vista que “um dos pontos mais prezados na consideração da história oral está exatamente no fato de ela abrigar possibilidades de enganos, mentiras, distorções e

variações dos fatos registrados e conferidos por outros documentos” (Meihy, 2005: 126). Meu intuito com a utilização dos depoimentos não consiste, todavia, em analisar a potencialidade subjetiva que o debate em torno da história oral evoca.¹² Tampouco intenciono produzir um trabalho sobre as memórias da Casa de Saúde Santa Teresa, de modo que opto por fazer uma análise dos relatos em correspondência com as informações contidas nas fontes documentais, sem necessariamente eleger ou definir os critérios de *verdade* de uma ou outra fonte. É nesse sentido que busco compreender e apresentar os limites e as possibilidades de se trabalhar tanto com as fontes orais como com qualquer outro tipo de documentação – cada qual guardada às suas peculiaridades, apresentando limites de produção, intencionalidades, seleção e silêncio, cabendo ao historiador fazer uma abordagem crítica e discutir toda a fonte, seja ela de que categoria for.

Para a utilização desse tipo de documentação, meu projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Vivos do Instituto Oswaldo Cruz – Fiocruz, o qual consentiu a realização e utilização das entrevistas com ressalvas da identificação de seus autores. Conteí com a colaboração de 12 (doze) entrevistados para a construção do acervo de história oral de minha pesquisa, dos quais reservo identificação como exigido.

Assim sendo, em meu terceiro capítulo, quando o *zoom* da lente é ajustado, passando o foco do macro processo relativo às políticas públicas de saúde para o microuniverso do evento histórico da criação da CSST, outras respostas se apresentam sobre o *porquê* e o *como* de uma casa de saúde como esta ter sido criada naquele momento e naquela localidade. O ajuste da lente investigativa favorece a visualização de novas justificativas e conclusões históricas sobre o evento de criação de uma casa de saúde privada no contexto da expansão da saúde privada previdenciária. Minha atenção

¹² Uma vertente de estudos mais ortodoxos na história oral utiliza os depoimentos enquanto memória, considerando o que há de mais subjetivo neles, os esquecimentos, as mentiras, as seleções, e tomam os depoimentos como os objetos de estudo propriamente. Trabalhos como estes usam como substrato do fazer historiográfico a própria memória dos participantes, elaborando-as teoricamente, levando em consideração o quesito da subjetividade dos colaboradores. O substrato e o objeto desses trabalhos é único e exclusivamente a memória. Tomo como pressuposto os limites e as possibilidades das entrevistas da mesma forma que penso e questiono a viabilidade da utilização das outras fontes acionadas na composição de meu objeto de estudo, tentando sempre discutir o contexto de sua produção. No caso desse trabalho, percebo que o trato com os depoimentos orais que suscitam um grande número de possibilidades de análise dentro dessa vertente mais ortodoxa; no entanto, opto pela utilização desses depoimentos enquanto recurso investigativo associado a outros, como jornais, revistas, e outras documentações disponíveis, sem considerar uma mais ou menos válida que outra. Mas, especificando o grau de objetividade/subjetividade de cada fonte, optamos por analisar nosso objeto de estudo sob diversos prismas distintos.

se volta para a singularidade dos eventos e para a ação dos indivíduos nos processos históricos, realizando um estudo que põe em evidência a diversidade e complementaridade dos interesses em jogo na criação daquele hospital psiquiátrico.

CAPÍTULO 1- Políticas de Saúde e Assistência Psiquiátrica nos anos de 1970

A política para a área da saúde levada a cabo pelos militares, sobretudo após a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, foi caracterizada pela ênfase na oferta dos serviços de saúde previdenciária, postulada na contratação de serviços médicos privados por meio de credenciamento com o INPS. Por sua vez, os serviços de atenção à saúde que o INPS contratava eram de caráter individual, baseados na medicina curativa. Tal política desenvolvida pelos militares teria como consequências: 1) a negligência com a saúde pública de mais da metade de população do país, que não estava sob tutela previdenciária; 2) a dependência crescente do Estado com o setor privado e de promoção dos serviços de saúde, por não ter constituído uma rede de serviços próprios; 3) astronômicos gastos com o tipo de medicina contratada, se comparada às ações preventivas e, além disso, 4) favoreceu o lucro via prática médica, tornando a saúde uma atividade de mercado altamente lucrativa (Menicucci, 2007, Vaissman, 1983; Resende, 1987).

A racionalidade do lucro, característica do modelo de assistência à saúde gestado no governo dos militares, foi duramente questionada por diversas pesquisas produzidas na área da saúde pública, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1970, num momento de crise política e econômica do regime militar, influenciadas por uma vertente marxista de análise das políticas estatais. Tais pesquisas identificavam as medidas adotadas para a área da saúde como centradas no privilégio do setor privado de promoção dos serviços médicos e, conseqüentemente, mercantilização da saúde. Nesses estudos também ficava evidenciada que a responsabilidade pelo caos no qual se encontrava a saúde pública naquele momento seria resultado da tendência de privatização que marcou a política dos militares.¹³

¹³ Para auxiliar a contar a história das políticas públicas de saúde no período do regime militar, faço uso de uma literatura revisionista das obras consideradas por Menicucci (2007) como *clássicos* sobre a previdência social brasileira naquele período histórico. Exemplo desses *trabalhos clássicos* são as obras de Donnangelo (1975), Possas (1981), Braga e Paula (1981), Oliveira e Teixeira (1986), entre outros. Tal matriz de trabalhos também é conhecida como *literatura de tendência estrutural ou economicista*, para qual “a solução adotada na política de saúde assistencial fez prevalecer os interesses capitalistas, seja no sentido de atender aos interesses e pressões dos setores empresariais, em uma perspectiva sociocêntrica para explicação das políticas sociais” (Menicucci, 2007: 76). No entanto, opto por utilizar uma produção mais contemporânea sobre este assunto, por acreditar que os textos de Menicucci (2007) e de Escorel, Nascimento e Edler (2005), que se apoiam no referencial empírico dos *clássicos*, ao sintetizarem as principais ideias defendidas por aqueles autores, apresentam uma análise mais complexa e atualizada sobre o tema.

A perspectiva de denúncia a capitalização da saúde repercutiu nas análises específicas sobre a área da assistência psiquiátrica de finais dos anos de 1960 e década de 1970. Com essas pesquisas, produzidas a partir dos anos de 1980, surgiu uma incisiva denúncia à política assistencial psiquiátrica adotada, postulada na ênfase da oferta de assistência psiquiátrica previdenciária, privilegiando os serviços privados e, portanto, favorecendo o fortalecimento do que se convencionou chamar de indústria da loucura (Vaissman, 1983; Resende, 1989, Paulin e Turato, 2004). A política para esta área também passou a ser identificada a partir de uma perspectiva que colocava em relação dicotômica a psiquiatria pública dos grandes hospitais e a psiquiatria previdenciária, expressa na figura das casas de saúde e clínicas particulares credenciadas pelo INPS.

Para dialogar com esta bibliografia, analiso o debate médico-psiquiátrico especializado, por meio dos artigos publicados em revistas científicas e anais de congressos desta área, com o intuito de identificar as questões que estavam sendo discutidas pelos psiquiatras no decorrer dos anos de 1960 e início da década de 1970, em termos de políticas públicas para esta área da saúde. Também se verificando uma discussão em torno da eficácia terapêutica da psiquiatria, também identifiquei a reivindicação de revisão da legislação assistencial psiquiátrica e a reformulação dos serviços psiquiátricos em todas as suas unidades assistenciais, seja públicas ou privadas, apontando para a necessidade de inserção de um modelo de saúde com base nos serviços comunitários, como estava sendo preconizado pela Organização Mundial de Saúde à época.

1.1 –Políticas de saúde no contexto do regime militar

Ao se falar sobre a política de saúde vigente no período da ditadura militar, facilmente se ouve um eco de denúncia ao modelo adotado que, ao enfatizar a prestação dos serviços de saúde no âmbito da previdência social, teria favorecido o lucro do setor privado por meio dos serviços médicos e negligenciado a saúde pública. Esse tom ressoou em grande número de pesquisas sobre saúde coletiva, produzidas a partir da segunda metade da década de 1970 e que delatavam a questão da *capitalização da medicina* e do modelo de saúde no âmbito da previdência social (Menicucci, 2007: 60). A produção destas pesquisas se deu no contexto de insatisfações e reivindicações mais amplas em relação ao regime militar que, naquele momento, começava a vivenciar a

inflexão do autoritarismo acompanhado de uma crise econômica (Scorel, Nascimento e Edler (2005: 62).¹⁴

A ditadura militar brasileira foi instituída em 1964 e retirou do poder o presidente João Goulart (1961-1964), colocando o militar Castelo Branco (1964-1967), sob a razão aparente de inibir uma suposta ameaça de golpe comunista, assegurar a ordem social e ajustar a economia. Medidas que resultaram na “repressão e supressão dos canais de comunicação entre Estado e a sociedade” e “exclusão econômica de grandes parcelas da população, bem como despolitização de temas que passaram a ser tratados sob ótica tecnicista”, entre os quais o da saúde da população (Scorel, Nascimento e Edler, 2005: 59-60).

A partir de 1968, o governo militar assumiu feições mais rígidas, aumentando a repressão política, cassando mandatos, censurando os veículos de comunicação e estabelecendo eleições indiretas para os cargos do poder executivo. Este período, identificado como a linha dura da ditadura, teve como ápice o governo do militar Emílio Garrastazu Médici (1969-1974), também caracterizado pelo auge do desenvolvimento econômico chamado de *milagre econômico*. Em contrapartida, os militares asseguravam o apoio da população com a expansão de direitos sociais como, por exemplo, o alargamento da cobertura previdenciária.

A partir de 1974, quando o militar Ernesto Geisel (1974-1979) assumiu o poder, observa-se uma mudança no quadro político anterior, inaugurando um momento de enfraquecimento do regime. A inflexão do autoritarismo foi acompanhada pela retomada dos movimentos sociais, que estavam silenciados a partir da instauração do regime ditatorial e pela crise financeira, com o fim da ideia de *milagre econômico*, assim como pelo fim do apoio da população civil aos militares, algo que ficou expresso nas eleições indiretas ocorridas em 1974. Neste contexto de crise econômica e política do regime militar, foram divulgadas várias pesquisas desenvolvidas por atores sociais engajados em analisar as políticas públicas que denunciavam a racionalidade do modelo tecnicista, então adotado pelos militares (Scorel, Nascimento e Edler, 2005: 62). Esses atores apontavam para a grande concentração de renda e precárias condições de vida nas

¹⁴ No caso da análise das políticas públicas de saúde em geral, conforme destaque na nota anterior, faço uso de uma literatura revisionista ao invés da utilização direta da *literatura de tendência estrutural ou economicista*. O mesmo não se repete em relação às análises específicas sobre a área da psiquiatria, que discutirei no próximo tópico deste capítulo. Neste certame, utilizo os trabalhos de autores como Luiz Cerqueira, Magda Vaissman e Heitor Resende que apresentam traços analíticos semelhantes ao da *literatura economicista*, pois enfatizam a lógica de acumulação de capital imposta à assistência psiquiátrica, entre outros aspectos.

regiões metropolitanas e para o alarmante estado no qual se encontrava a saúde da população em geral e a ineficácia das medidas de saúde pública, caracterizadas pelo grande número de doenças que, somadas às péssimas condições de vida da população, acarretava em elevado índice de mortalidade. Delatavam ainda que o autoritarismo repressor do regime militar tinha atingido também a área da saúde “com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas” (Escorel, Nascimento e Edler, 2005: 61).

Desta feita, a política para a área da saúde adotada pelos militares tendeu a ser compreendida pelo “modelo mais geral de relacionamento entre Estado e sociedade de uma política de centralização e privilégio do produtor privado”, pois estava baseada na contratação dos serviços privados para oferta de assistência aos previdenciários, em detrimento da construção de uma estrutura própria para oferta desses mesmos serviços (Menicucci, 2007: 74). Ao salientar a oferta de saúde no âmbito da previdência social, o Estado estaria contemplando somente a parcela da população sob tutela do INPS, isto é, cidadãos que tinham suas profissões regulamentadas pelo Estado e seus dependentes que à época não chegavam a contar nem a metade da população do país.

Durante a década de 1970, a oferta de saúde no âmbito do INPS teria vivenciado o período de

maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e volume de recursos arrecadados, além de dispor do maior orçamento de sua história. Entretanto, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidades de Serviços (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção (Escorel, Nascimento e Edler, 2005: 61).

Enquanto isso, a área da saúde pública, responsável por todo o restante da população desassistida pela previdência, vivenciaria uma “carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB”, tida como uma “máquina ineficiente e conservadora cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia” (Escorel, Nascimento e Edler, 2005: 61).

Para compreender as reivindicações e denúncias ao modelo de oferta de saúde adotado durante a ditadura militar é necessário destrinchar as bases da previdência social brasileira e do sistema dual de saúde existente no período em questão – isto é,

serviços de previdência e serviços públicos – que de acordo com Fonseca (2007), tiveram suas origens gestadas no primeiro governo Vargas.

Há um consenso historiográfico afirmando que os serviços de previdência foram iniciados com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), criadas em 1923 com a Lei Eloy Chaves.¹⁵ As CAPs eram instituições das empresas privadas, destinadas a criação de um fundo em casos de desvalimento e morte de seus empregados, e eram mantidas pela contribuição do trabalhador e do empresário. A assistência médica ao trabalhador e seus dependentes poderia ser uma atribuição dessas caixas, mesmo não havendo regulamentação sobre a forma como estes serviços deveriam ser prestados, nem tampouco dos recursos alocados a este propósito (Menicucci, 2007: 62).

A partir de 1930, no primeiro governo Vargas, o sistema de previdência que existia até então passou a ser regido pelo Estado, de modo que as CAPs foram, paulatinamente, institucionalizadas e transformadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Se antes as caixas estavam vinculadas às empresas privadas, os institutos passariam a ser vinculados às categorias profissionais específicas, como bancários, ferroviários, comerciários, funcionários públicos, entre outras; podendo ganhar abrangência nacional. A manutenção dos institutos era realizada pelo sistema tripartite, onde o Estado assumia a responsabilidade de, além de contribuir junto com o trabalhador e o empresário, gerenciar a arrecadação. A receita do que era recolhido tenderia a crescer em progressão geométrica, enquanto as despesas com aposentadorias, pensões e serviços de saúde, em progressão aritmética. O Estado enquanto administrador disporia de um grande montante de recursos, que poderia ser alocado na forma de investimentos em siderúrgicas e hidrelétricas, entre outros empreendimentos nacionais. De modo que a previdência social, neste momento, assumiu um modelo de contenção dos gastos, adotando o *regime de capitalização*, que implicaria no investimento em empreendimentos estatais, tendo em vista a diferença entre receita e despesa previdenciária (Cohn, 1995: 54).

No âmbito dos IAPs, os serviços de saúde, assim como nas caixas, não eram atribuições obrigatórias, estando condicionados “às disponibilidades financeiras das instituições previdenciárias,” os quais legislariam sobre os limites de alocação de recursos empenhados para os serviços médicos (Fonseca, 2007: 44). Nesses anos de 1930, a assistência à saúde não foi enfatizada como prioridade da previdência social –

¹⁵Decreto-lei n° 4.682/23.

onde também estavam incluídas as atribuições de prestação de pensões e aposentadorias – algo que foi verificado somente a partir dos anos de 1960, momento em que ocorre “uma substancial expansão da assistência médica previdenciária de forma a constituir um novo padrão de atenção à saúde no país, até então, em grande parte, de natureza privada” (Menicucci, 2007: 64).

Os institutos eram independentes entre si e cada um elaborava seu próprio regimento interno onde era delimitado, de acordo com sua receita, o teto percentual disponível para a prestação de serviços de saúde. Assim, cada IAP podia montar sua própria estrutura para prestação de serviços médicos ou simplesmente contratar serviços terceirizados mediante credenciamento com médicos, clínicas, casas de saúde ou hospitais privados. Isto significou que, para os institutos com maior número de segurados e maior arrecadação, “tornou-se viável financeiramente a organização de serviços médicos próprios, opção que não foi, contudo, da maioria, especialmente no caso da assistência hospitalar” (Menicucci, 2007: 71).

Foi a partir desse período de consolidação da previdência social no primeiro governo varguista que se oficializou a separação histórica entre a medicina previdenciária e saúde pública, quando o Estado passou a promover saúde a partir de dois ministérios, com ações específicas e direcionada a públicos distintos. De um lado estava a saúde pública, de caráter universalista e não-restritivo, pois destinada a toda a população indiscriminadamente, combinando ações de cunho preventivo/coletivo e com menor expressividade, assistência médica, promovida pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp). De outro, configurou-se a assistência à saúde no âmbito da previdência social, promovida pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e destinada aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho (Fonseca, 2007: 48). O tipo de saúde que cada ministério ofertava ao público sob sua tutela também diferiria, apesar disso não ser reconhecido como uma regra. O Mesp ficou caracterizado por promover, sobretudo, a prevenção de determinadas doenças, por meio de ações verticais específicas de combate a epidemias, enquanto que o MTIC ateu-se ao desenvolvimento da medicina curativa, de ação individual, mais dispendiosa que as ações preventivas do Mesp. Contudo, “além da assistência médica, os organismos previdenciários incorporaram também, nos anos seguintes, medidas destinadas à prevenção de determinadas doenças, só que em caráter bem diverso daquele impresso às ações desenvolvidas no Mesp”, isto é, com menor ênfase e abrangência (Fonseca, 2007: 45).

No contexto de conformação das políticas sociais que marcou o primeiro governo Vargas, a distinção da oferta de serviços de saúde executados pelo Mesp e pelo MTIC ensejou “modelos diferenciados de reconhecimentos de direitos sociais” (Fonseca, 2007: 41). Isto significa dizer que a oferta de saúde no âmbito do MTIC representaria um direito social, o qual teria usufruto somente os trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que a oferta de saúde no âmbito do Mesp representaria uma concessão ou uma benevolência do Estado a toda população, não prescindindo de um direito social instituído pelo Estado.

A ideia de saúde que foi sendo forjada no âmbito da previdência pode ser compreendida por meio do conceito de *cidadania regulada* cunhado por Santos (1979), onde o reconhecimento de quem era ou não cidadão era estar, ou não, inserido no mercado formal de trabalho. Observa-se naquele momento uma

relação entre ocupação e cidadania, sendo reconhecidos determinados direitos sociais a setores de assalariados urbanos. Entre esses direitos, vai se inserindo o da assistência à saúde, mesmo que de forma secundária em relação às prestações previdenciárias propriamente ditas (Menicucci, 2007: 64).

Isto significa dizer que, para o Estado varguista, os *cidadãos* possuidores de direitos sociais eram apenas os trabalhadores de categorias profissionais por ele reguladas, e esses direitos seriam repassados por meio da previdência social. Os indivíduos que não estavam inseridos no mercado formal de trabalho eram compreendidos como *pré-cidadãos*. Quanto à saúde ofertada no âmbito do Mesp, atrelada à educação, representava uma concessão a estes últimos. Sendo assim,

a assistência médica governamental se desenvolve como um benefício vinculado ao contrato de trabalho formal e com as características de seguro, ou seja, uma obrigação contractual de caráter contributivo, não se constituindo como uma prestação pública a que tem direito toda a população (Menicucci, 2007: 62).

Essa lógica do *regime de capitalização*, que implicava na contenção dos gastos com a previdência social, característica durante o governo varguista, foi subvertida a partir do governo Dutra (1946-1951). A partir de então, passou a vigorar uma nova filosofia política, a da *seguridade social*. Tal ideia delegava ao Estado obrigações *naturais e inalienáveis* aos seus cidadãos, onde a assistência sanitária, hospitalar e médica se tornaram obrigatoriamente atribuições previdenciárias (Escorel e Teixeira,

2008: 368). Com isso, o direcionamento que orientou os institutos previdenciários foi o da ampliação de “gastos com assistência médica, pouco a pouco, de instituto em instituto, abrangendo mais e mais doenças, beneficiando os segurados e seus familiares” (Escorel e Teixeira, 2008: 374). No que concerne às aposentadorias, pensões e demais benefícios previdenciários também se observa essa orientação por meio da ampliação dos gastos.

A Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), de 1960, representou a subversão definitiva da política contencionista que já vinha sendo solapada pela inclusão da ideia de *seguridade social*.¹⁶ Com ela, propunha-se “a uniformização dos serviços previdenciários, [e] a assistência médica passou a ser assumida como parte inerente da Previdência Social”, devendo ser assegurada a todos os seus beneficiários (Menicucci, 2007: 65). Por meio da Lops, ficava legitimada uma prática que já vinha sendo realizada desde o início da institucionalização da previdência, a de que os IAPs poderiam ofertar assistência médica a seus segurados por meio de serviços próprios ou contratados. Contudo,

mesmo na Lops a assistência permaneceu condicionada às disponibilidades financeiras, não se definindo uma fonte específica de financiamento, embora já nessa época se identificasse entre alguns setores técnicos da previdência a necessidade de uma fonte de custeio para a saúde (Menicucci, 2007: 65).

A Lops não foi colocada em prática, e a reunião dos institutos previdenciários sob um único órgão veio a acontecer somente em 1966, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS).¹⁷ A unificação dos institutos de previdência foi acompanhada pelo alargamento da cobertura previdenciária, momento em que o Estado passou a regulamentar outras categorias profissionais, como trabalhadores rurais, autônomos e, por último, empregadas domésticas, aumentando assim a abrangência da previdência.

Até a criação do INPS os serviços de saúde no âmbito da previdência foram marcados pela heterogeneidade, isto é, os tipos de serviços, bem como a forma como eles eram prestados, se por serviços próprios dos IAPs ou terceirizados, variavam de acordo com a receita de cada instituto. Com o INPS, eles foram uniformizados de modo que todo segurado teria o mesmo acesso aos serviços de saúde. Assim, duas coisas

¹⁶Lei n° 3.807/1960.

¹⁷Decreto –Lei 72 de 21 de novembro de 1966.

ocorreram concomitantemente: a expansão da cobertura previdenciária, passando a contar com cada vez mais segurados; e a universalização dos serviços de saúde, onde todos os segurados passaram a ter direitos aos mesmos serviços de saúde em relação às modalidades assistenciais prestada a estes.

Ao congregar as estruturas de assistência à saúde dos antigos IAPs, o INPS constituiu uma estrutura própria insuficiente para contemplar todos os segurados, optando pela compra de serviços terceirizados para complementação do serviço, como já era feito pelos IAPs de menor receita, estratégia de rápida solução, tendo em vista a expansão da cobertura previdenciária e menor custo a curto prazo. Entretanto, essa escolha teria acarretado no “baixo desenvolvimento das capacidades estatais para a produção de serviços de saúde” aos segurados da previdência, cujo número estava em crescente expansão, gerando assim uma dependência do Estado ao setor privado de prestação dos serviços de saúde (Menicucci, 2007: 59).

A oferta de saúde com a expansão da cobertura previdenciária passaria a ser massivamente executada pelo setor privado, a partir da terceirização dos serviços com o credenciamento das empresas de serviços de saúde privada junto ao INPS. Os serviços médicos foram pagos, sobretudo pelas unidades de serviços (US), cujo sistema daria grande margem a corrupção por meio da invenção de doenças, multiplicação dos atos médicos, produção de atos desnecessários, facilitação do lucro indevido com os serviços médicos. Neste sentido, a política de saúde adotada no regime militar de 1964 teria favorecido o setor médico privado, pois tal política teria estimulado a construção de hospitais e clínicas particulares para atender a demanda previdenciária em ascensão. Sob essa perspectiva, a criação do INPS foi interpretada como expressão máxima do privilégio dado à assistência previdenciária, pois este órgão teria se tornado “o grande comprador de serviços médicos e passou a sustentar uma procura ampliada por meio da Previdência Social, garantindo um mercado institucional pela via dos segurados da Previdência” (Menicucci, 2007: 75).

Além disso, ao enfatizar a assistência à saúde previdenciária, o Estado teria negligenciado a saúde pública, desassistindo uma grande parte da população brasileira, já que “pelo menos metade economicamente ativa estava fora do mercado de trabalho formal, sem acesso a qualquer direito previdenciário” (Escorel, Nascimento e Edler, 2005: 60).

1.2 – Assistência psiquiátrica no contexto do regime militar

Na assistência psiquiátrica, para onde sopravam os ventos dos debates acerca do *status quo* da saúde diante do modelo de desenvolvimento econômico adotado pelos militares, também foram produzidos trabalhos com base na perspectiva da denúncia, deflagrando a situação na qual se encontrava a assistência nesta especialidade. À vista disso, identifiquei o trabalho de Vaissman (1983), que compreende a assistência médica “como um setor que apresenta uma racionalidade ligada à formação social capitalista” (1983: 16), onde observa “um circuito de capital através da transferência maciça de recursos do setor público para o setor privado” (1983: 19). Essa autora irrompe severas críticas ao sistema de saúde adotado pelos militares, associando-o ao modelo de política econômica mais geral do governo, o qual tenderia ao privilegiamento do setor privado, pois incentivaria a criação de clínicas e casas de saúde particulares, em detrimento do investimento no aparato assistencial psiquiátrico público. Este último expresso nos grandes e decrépitos hospitais de modelo asilar. Em perspectiva semelhante verifico a análise de Resende (1987) e também Paulin e Turato (2004) que, ao abordarem a assistência psiquiátrica previdenciária, associam-na à lógica privatizante do regime militar, tecendo críticas à mesma.

As denúncias que apareceram na literatura específica sobre a assistência psiquiátrica foram produzidas a partir de 1980, e informavam também sobre a situação caótica dos grandes hospitais e colônias psiquiátricas públicas que, negligenciadas pelo Estado, expressariam a obsolescência do modelo terapêutico empregado. Tais trabalhos acusavam o caráter empresarial do modelo assistencial das clínicas e casas de saúde particulares credenciadas pelo INPS, e que teriam como principal meta o lucro ao invés da reabilitação do paciente mental. Esses trabalhos foram, por sua vez, influenciados pelas análises da área da saúde em geral que, como foi dito acima, tendeu a observar o setor da saúde como mais um espaço para a acumulação de capital. Tal crítica era corroborada pelo cenário degradante dos hospitais psiquiátricos públicos. Neste sentido, este período foi marcado pela consolidação da chamada *indústria da loucura*.

Já Medeiros (1977), ao fazer uma análise histórica do desenvolvimento da assistência psiquiátrica no Brasil, estabelece pouca correspondência com os sentidos da saúde pública em geral, o que não o impediu de relatar a situação que estava colocada à assistência psiquiátrica nos anos de 1960 e os debates que emergiram no contexto de produção do seu trabalho. Neste sentido, embora este autor não apresente uma crítica

tão contundente ao modelo de saúde gestado no pós-64 quanto os demais autores citados acima, ele apresenta as questões que estavam sendo ensejadas sobre a psiquiatria naquele contexto.

A história da assistência psiquiátrica no âmbito das instituições previdenciárias teria um primeiro ensaio registrado em 1929, embora não muito relevante quando o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Funcionários Públicos da União (IPASE) apresentou proposta a uma instituição psiquiátrica particular do Rio de Janeiro, a Casa de Saúde Dr. Eiras, para que atendesse os segurados daquele instituto (Medeiros, 1977: 126). Tal proposta não teve repercussão muito relevante, visto que somente dois pacientes foram internados. Foi, sobretudo, a partir da década de 1950 que a psiquiatria passou a ser ofertada na esfera da previdência, e o primeiro instituto que passou a oferecer assistência nessa especialidade aos seus segurados foi o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI) e, ainda assim, o ingresso deste tipo de assistência no âmbito da previdência social se deu de forma paulatina e irregular (Resende, 1987; Paulin e Turato, 2004). Sendo assim, observa-se que a assistência psiquiátrica foi incorporada posteriormente como especialidade médica pelos IAPs em relação a outras especialidades.

A justificativa para a tardia incorporação dos serviços psiquiátricos pelos institutos previdenciários estaria relacionada com a falta de credibilidade que esta especialidade apresentava, levando-se em conta que faltava ainda à psiquiatria cabedal de competência em relação as demais áreas médicas e que comprovasse sua eficiência (Resende, 1987). Para Resende (1987), não seria muito fácil à psiquiatria mudar este seu status, tendo em vista a *caótica* situação em que se encontravam os hospitais públicos dessa área – fato que só viria a ser atenuado a partir de 1955 com a inserção das drogas antipsicóticas “responsáveis, pelo menos em parte, por grandes transformações na atmosfera dos asilos” (Resende, 1987: 58). Medeiros (1977) justifica a tardia incorporação dos serviços psiquiátricos pelos institutos previdenciários em perspectiva semelhante, informando que conceitos inerentes à psiquiatria, como a *cronicidade* e a *incurabilidade* dos doentes mentais gerava um grande desinteresse por parte das instituições de previdência, pela oferta dos serviços psiquiátricos, e que mesmo quando ofertada no âmbito dessas instituições, apresentava várias restrições acerca do tempo de internação e custeio do paciente (Medeiros, 1977: 126). Tanto a incredibilidade face ao estado dos hospitais ou a ineficácia terapêutica de seus pacientes representam justificativas complementares para o fato dessa especialidade ter demorado a ser

ofertada pelos IAPs. Além disso, a incorporação desse serviço também se deu de forma bastante irregular, apresentando algumas distinções de prestação de serviços psiquiátricos em diferentes IAPs, onde “o IPB assumia o encargo de custear a psicanálise; o IAPC tinha limitações de internações em psiquiatria; o IAPI não limitava internações, mas assegurava direitos mínimos” (Medeiros, 1977: 121).

Essas explicações podem também ser associadas ao fator inerente à oferta de serviços de saúde em geral nos institutos previdenciários: sua heterogeneidade. Como informei acima, cada IAP estabelecia quais os tipos de serviços médicos que poderiam prestar, de modo que a oferta de serviços médicos nesta especialidade ganhou os contornos mais gerais da assistência médica previdenciária, onde “a soma de privilégios repetia, por categoria profissional, o espectro da pirâmide social, com mais vantagens às categorias com mais prestígio e organização político-social” (Medeiros, 1977: 121). Essas maiores vantagens referem-se ao acesso a um maior número de especialidades médicas, bem como a melhores condições de prestação desses serviços. Além disso, apesar de não ser uma conclusão da historiografia, compreendo que esse fenômeno pode ser associado ao fim do modelo contencionista da previdência social ocorrido na década de 1950, mesmo momento em que a psiquiatria passou a ser ofertada em institutos previdenciários, e a progressiva ampliação da oferta de serviços médicos por suas instituições, cada vez mais incorporadas pelos institutos.

Até a década de 1960, quando ocorreu a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, além da gradual expansão da cobertura previdenciária o que se observou foi a centralidade do setor público na oferta de serviços psiquiátricos, isto é, a maioria dos serviços psiquiátricos concentravam-se nos grandes hospitais psiquiátricos públicos.

Desde o início dos anos de 1940 houve uma ampliação da assistência psiquiátrica pública, por meio da construção de hospitais-colônia em quase todos os estados da federação, através de convênio firmado entre os governos estaduais e o então Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação e fiscalização dos serviços psiquiátricos, e que nos anos de 1940 encontrava-se sob a direção de Aduino Botelho (1941-1954). A criação desses hospitais colônia representava a tônica do novo órgão (o SNDM): constituir uma política psiquiátrica que abrangesse os diversos estados (Fabrício, 2009: 106).

Com o convênio entre os estados e o SNDM, ficava estabelecido que os governos estaduais participariam com a doação do terreno onde seria construído o

hospital psiquiátrico, com recursos que receberiam do governo federal e se comprometeriam a manter o novo hospital (Paulin e Turato, 2004: 243). As colônias psiquiátricas que sob esta circunstância foram criadas, funcionaram tanto como complemento aos hospitais psiquiátricos existentes, já que recebiam o contingente de crônicos oriundos dos mesmos, bem como única opção de assistência nos estados que não dispunham de outros serviços, aparecendo “como soluções globais para o problema do louco, assistindo-o em todas as fases da evolução de sua doença” (Resende, 1987: 50-51).¹⁸ Concomitante ao aparecimento desses hospitais-colônias, estavam sendo implantados os primeiros ambulatorios de saúde mental públicos, ainda que de forma incipiente (Medeiros, 1977: 24).

Entretanto, mal a política dos hospitais colônias tinha sido implantada, ficou constatada a ineficácia terapêutica do modelo assistencial propugnado. Em 1950, os hospitais encontravam-se superlotados e, pela crescente demanda de pacientes, tendendo à cronificação de seus pacientes (Paulin e Turato, 2004: 244). Ainda naqueles anos a “democracia liberal atingia o apogeu e surgia uma nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhor qualidade de atendimento na área de saúde, inclusive na de saúde mental” (Paulin e Turato, 2004: 244). No contexto de modernização, industrialização, urbanização e desenvolvimento que marcou este período da história do nosso país, emergia o hospital psiquiátrico privado, conveniado pela previdência social para atender aos seus segurados, alegando ofertar melhores condições de assistência que os hospitais públicos.¹⁹

A clínica ou casa de saúde psiquiátrica, como novo ator institucional que começou a aparecer no contexto dos anos de 1950, ganhou maior notoriedade na década seguinte, com a criação do INPS e expansão da cobertura previdenciária (Resende, 1987: 58; Paulin e Turato, 2004: 246). A unificação dos IAPs, com o surgimento do INPS, demarcou importantes mudanças no cerne da assistência psiquiátrica que até a década de 1960 era caracterizada pelo grande hospital público e pelas colônias psiquiátricas, passando, a partir de então, a ser identificada pela casa de saúde ou clínica

¹⁸ Como será discutido no capítulo seguinte, o Ceará também foi contemplado por essa política, muito embora a colônia psiquiátrica cearense, inaugurada com o nome de Hospital de Saúde Mental de Messejana, entrou em funcionamento em 1966, depois de mais de vinte anos de tal política ter sido implementada. Esse hospital funcionou como complemento à assistência psiquiátrica, tendo em vista a existência de outras instituições psiquiátricas no estado. Dentre elas uma beneficente, o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, ligado à Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza.

¹⁹ Uma análise mais detalhada sobre a assistência psiquiátrica no período do governo JK, em que se aprofunde a discussão sobre a relação entre o setor público e o privado pode ser encontrada na dissertação de mestrado recém defendida neste programa de pós-graduação (Braga, 2013).

privada credenciada pelo INPS. A previdência social ficou responsável pelo pagamento dos serviços psiquiátricos, o que teria estimulado a proliferação dessas casas de saúde e clínicas particulares, que teriam se preocupado em se distanciar do modelo do “velho e decrépito hospital público” (Resende, 1987: 62). Esse quadro trouxe consigo uma mudança significativa no que tange à oferta de serviços psiquiátricos: o seu público. Os serviços psiquiátricos particulares contemplavam a população de previdenciários e seus dependentes, distinta daquela dos hospitais psiquiátricos públicos que continuavam assistindo a população em geral. A partir da criação do INPS a predominância do serviço psiquiátrico público, ou do que foi chamado de “psiquiatria de ralé”, em associação a população em geral, foi solapada pela denominada “psiquiatria de massa”, pois correspondente à ideia de “massa trabalhadora”, uma vez que estava destinada ao público vinculado ao mundo do trabalho formal, com direitos de previdência social (Resende, 1987: 60-61).

Em um fluxo semelhante ao que acontecera na assistência à saúde em geral, a política de assistência psiquiátrica - destinada aos segurados e dependentes da previdência social foi estabelecida sem a instalação de uma rede de serviços próprios psiquiátricos, no qual a previdência social restringiu-se ao “papel regulador da assistência psiquiátrica, adotando e impondo as normas como condição para contratar e pagar serviços de terceiros” (Medeiros, 1977: 125). Também em relação à tendência da política social do INPS em expandir a cobertura previdenciária na psiquiatria, à semelhança do que ocorrera na área da assistência médica em geral, houve investimento privado para a construção de clínicas e casas de saúde particulares credenciadas pelo INPS, destinadas a atender uma crescente demanda e tornando os serviços psiquiátricos públicos “paulatinamente menos significativos” em relação aos previdenciários (Medeiros, 1977: 123).

Isto posto, médicos, clínicas, casas de saúde e hospitais foram credenciados pelo INPS para assistir ao crescente número de segurados. A construção de uma clínica psiquiátrica implicava um esforço mínimo, já que não carecia de muitos equipamentos ou de pessoal qualificado (além do psiquiatra), o que fazia deste um serviço de fácil montagem, em termos de recursos empregados, e lucrativo, em termos de arrecadação. Se no caso da assistência médica em geral os estabelecimentos recebiam por unidade de serviço prestado (US), no caso da psiquiatria essas unidades de serviços equivaliam às diárias de cada paciente (Vaissman, 1983: 24-25). Serviço de fácil montagem, a casa de saúde privada recebia pelas diárias dos pacientes, de modo que quanto mais pacientes

permanecendo por mais dias maior seria o lucro da casa de saúde, não importando, nesse quesito, a eficácia terapêutica do atendimento. Tais fatores teriam contribuído para um vertiginoso aumento de instituições credenciadas (Paulin e Turato, 2004: 247). De acordo com Vaissman, nesse momento houve um exacerbado aumento de atendimento psiquiátrico em estabelecimentos privados. Esse aumento do número da oferta de serviços teria como consequência a subordinação da psiquiatria ao lucro, pois estava vinculada a uma ideia de quanto mais pacientes internado por mais tempo maior o lucro. Essa lógica elegia o “hospital como centro da acumulação de capital” (Vaissman, 1983: 3).

Este momento de fins dos anos de 1960 e início dos anos de 1970 foi caracterizado pelo franco desenvolvimento dos serviços psiquiátricos particulares, de modo que passou a ser identificado como o momento de surgimento da já mencionada *indústria da loucura*, a qual teria sido estabelecida com o apoio da previdência social (Vaissman, 1983: 3; Resende, 1987: 62; Paulin e Turato 2004: 247). Este termo foi popularizado por autores que demonstravam a forma como a oferta dos serviços psiquiátricos passou a ser bastante lucrativa, de modo que a loucura foi identificada como uma mercadoria. Isto é, quando a assistência médica especializada entra no circuito da acumulação de capital.

Enquanto os serviços psiquiátricos privados eram aumentados para atender à crescente demanda da previdência, a assistência psiquiátrica pública teria sido abandonada pelas ações governamentais (Vaissman, 1983: 20). Vaissman (1983) atribui o descaso da psiquiatria pública à ênfase dada a prestação dos serviços psiquiátricos previdenciários. Nesse sentido, essa autora considera que a assistência psiquiátrica previdenciária se encontra em posição dicotômica com a assistência psiquiátrica pública.

Na contramão dessa análise, Medeiros (1977) compreende a importância que a assistência médica e psiquiátrica previdenciária ganhou neste momento enquanto uma “decorrência natural do próprio modo como a Previdência Social se estabeleceu no país” (Medeiros, 1977: 125). Apesar disso, esse autor não deixa de destacar algumas das questões colocadas ao campo médico psiquiátrico daquele momento que também foram denunciadas por Vaissman (1983), como o fato da cronificação dos pacientes psiquiátricos atendidos pelas instituições previdenciárias com o “progressivo aumento de ‘auxílios doença’; altas taxas de reinternações; crescente número de casos de neuroses e de alcoolismos entre pacientes internados” que tornariam, de acordo com

este autor, “discutível o modelo assistencial praticado” (Medeiros, 1977: 128). Embora não seja a tônica principal de seu trabalho, Medeiros (1977) não deixa de informar acerca dos usos indevidos da medicina previdenciária como a finalidade lucrativa, apontando a existência da “máfia de branco” e da “mercantilização da medicina”. Também não observo, em Medeiros (1977), uma defesa maior da perspectiva que associa os problemas da assistência pública à assistência psiquiátrica previdenciária.

Outro trabalho que relativiza a política de privatização da saúde como única responsável pelo caos em que se transformou a assistência psiquiátrica na década de 1970 é Venancio (1990). Como Medeiros, Venancio constrói um contraponto ao que é defendido por autores que apresentam um tom de grande denúncia, responsabilizando a assistência privada previdenciária pela situação em que se encontrava a assistência pública, como Vaissman (1983) e Resende (1987). Esta antropóloga apresenta outra perspectiva analítica ao observar que:

Poder-se-ia também perguntar se as diretrizes do Estado não se coadunavam ainda com a permanência do modelo médico-clínico tão propagado e verificado pelo próprio desenvolvimento da psiquiatria em nosso contexto. Era em consonância com uma psiquiatria dita ‘tradicional’ que o Estado atuava, quando da efetivação da assistência psiquiátrica. E mais uma vez, também em nosso país, a permanência intocável dos asilos era a maior prova dessa afirmativa (Venancio, 1990: 111).

Como foi observado desde os anos de 1950, estava clara a situação degradante em que se encontrava a assistência psiquiátrica nos grandes hospitais públicos e nas colônias psiquiátricas construídas na década anterior, além de constatada a ineficácia do modelo terapêutico desenvolvido no interior dos grandes hospitais de modelo asilar.

Por outro lado, desde o início da década de 1960 chegavam ao Brasil os debates acerca da assistência psiquiátrica em moldes comunitários, que surgia como alternativa ao modelo institucionalizado da psiquiatria tradicional, predominantemente nosocomial (Venancio, 1990).

A proposta da psiquiatria comunitária redirecionava a finalidade da psiquiatria que, ao invés de resolver o problema da doença mental, passaria a promover a saúde mental da população. As práticas preventivas em psiquiatria, tais como estavam naquele momento sendo defendidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), eram preconizadas nesse novo formato de assistência (Paulin e Turato, 2004: 249). O atendimento ao doente mental deveria garantir a sua reabilitação social, de modo que os

serviços psiquiátricos estariam integrados aos recursos de saúde da comunidade, por meio da descentralização e consequente regionalização dos mesmos. Nesse debate, também ficava consolidado que o modelo nosocomial era *incompatível* com os princípios da Psiquiatria Social, cuja base seria os serviços extra-hospitalares (Vaissman, 1983: 35). Além disso, também era ressaltada a educação e conscientização da sociedade acerca do processo do adoecimento mental (Venancio, 1990: 102-104).

Dentro do contexto de expansão do setor assistencial psiquiátrico privado e de propostas comunitárias e preventivas provenientes da saúde pública internacional, o INPS constituiu uma comissão formada por psiquiatras brasileiros para elaborar um levantamento de como estava sendo operacionalizada a assistência psiquiátrica no então estado da Guanabara. Criada em 1968 e denominada Comissão Permanente em Assuntos de Psiquiatria (CPAP), foi conformada pelos psiquiatras Hamilton Serqueira, Edson Soares Lannes, Antônio Clemente Fajardo, José Kritz, Benjamin Gaspar Gomes, sob a liderança de Luiz Cerqueira (Menezes, 2012: 78).²⁰ O trabalho desta comissão teria representado uma importante mudança nos rumos da assistência psiquiátrica naquela época, tendo em vista que era

a primeira vez que se fazia, no plano da Previdência Social, um estudo sério, em que se procurava, além de realizar um levantamento sobre as condições da assistência psiquiátrica na Guanabara, encaminhar sugestões e medidas, buscando a racionalização dos serviços prestados e a melhoria da qualidade da assistência oferecida (Vaissman, 1983: 39).

Venancio (1990) afirma ainda que a CPAP deu prosseguimento a pesquisas sobre a situação do atendimento aos doentes mentais no Brasil, e produziu “uma série de trabalhos que diagnosticavam a situação de abandono das instituições públicas e apontavam a necessidade de uma nova assistência em moldes comunitários” (Venancio, 1990: 101).

No relatório dessa comissão, ficava constatado o “desconforto, a precariedade do trabalho, a ausência de equipes multiprofissionais nos ambulatórios, as deficiências de instalações, de pessoal, de eficiência nos hospitais contratados” (Medeiros, 1977:128). Já Vaissman (1983) informa que o mesmo relatório “evidenciou gritantes distorções” da política adotada para a área da psiquiatria (1983: 39). Enquanto isso, na saúde pública, o

²⁰ O líder da CPAP, o psiquiatra Luiz Cerqueira era livre-docente de Clínica Psiquiátrica além de chefe do setor de Praxiterapia do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (Cerqueira, 1968). Também é tido por muitos profissionais da área da psiquiatria como “um dos predecessores intelectuais do ideário da reforma psiquiátrica”, como aponta Venancio (1990: 101).

Ministério da Saúde na figura do SNDM criava a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM) naquele mesmo ano de 1967. Essa campanha teria como proposta a intensificação e coordenação das atividades psiquiátricas de prevenção, combate, tratamento e recuperação das doenças mentais em instituições públicas e privadas, pretendendo reduzir a incidência das doenças mentais (Menezes, 2012: 78).²¹ Esta seria a primeira vez que, no âmbito do aparelho estatal, entrava em pauta a noção de *saúde mental* junto ao ideário de prevenção das doenças mentais; entretanto, essa campanha não foi efetivada (Venancio, 1990: 99-100). A promulgação desta campanha demonstrava mais uma medida que se coadunava com as “diretrizes das reformas no âmbito da Previdência do que mudança efetiva da assistência psiquiátrica” (Venancio, 1990: 100), o que significa dizer que a execução de tal campanha no âmbito do Ministério da Saúde não teria representado nenhuma mudança prática no direcionamento das políticas públicas de saúde para esta área em específico, permanecendo a predominância do modelo assistencial centrado na internação como vinha sendo gestado.

Em 1967, a *Revista Brasileira de Saúde Mental*, órgão do SNDM, publicou artigo falando sobre a Campanha Nacional de Saúde Mental, pela qual foi demonstrada a

necessidade fundamental de dotar o Serviço de um instrumento capaz de obter recursos específicos, orçamentários e sobretudo extra-orçamentários, para serem aplicados, com flexibilidade e rapidez, em favor do maior progresso e aprimoramento da psiquiatria nacional (s/a, 1967: 176).

De acordo com Andrade (1970), a campanha dotava o SNDM de um “instrumento legal para obtenção de recursos extra-orçamentários, de variadas fontes e origens, destinados a contemplar os recursos orçamentários normais, para benefício dos órgãos e entidades assistenciais psiquiátricas”, no intuito de suprir a escassez dos recursos oficiais que eram destinados à assistência psiquiátrica (Andrade, 1970: 441).

Em 1968, o diretor do SNDM, Jurandyr Manfredini, publicou artigo na mesma revista também sobre a CNSM, relatando os resultados da campanha que há um ano estava em vigor. Os recursos orçamentários da campanha teriam sido alocados, sobretudo no incentivo à cultura psiquiátrica no país, apoiando a participação de

²¹ Decreto-lei nº 60.252/1967.

psiquiatras em eventos da área, como o Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental; e também apoiando a Sociedade Brasileira de Psiquiatria e Saúde Mental, como também a própria publicação da *Revista Brasileira de Saúde Mental* (Manfredini, 1968: 8).

À medida que iam sendo realizados os estudos estatísticos sobre o quadro em que se encontrava a assistência psiquiátrica, nos últimos anos da década de 1960 e início dos anos de 1970, também se observava a intensificação da relação entre assistência psiquiátrica e a previdência social resultante do progressivo aumento no número de instituições credenciadas e, conseqüentemente, das internações. Medeiros informa que “no campo da assistência psiquiátrica, no tocante a hospitalizações, entre 1970 e 1973 o número de pacientes encaminhados a tratamento hospitalar passou de 133.638 em 1970 para 184.518 em 1973, com um aumento que se fez às custas do INPS” (1977: 127). Isto também pôde ser verificado em relação ao seguro social, onde o maior número de auxílios-doença correspondeu aos distúrbios mentais: “em 1972, o diagnóstico de ‘neurose’ ocupava o 2º lugar” (Medeiros, 1977: 127).

Ao mesmo tempo, em 1970, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que contava como secretário o professor Luiz Cerqueira, promoveu o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, ocorrido em São Paulo (Paulin e Turato, 2004 248; Menezes, 2012: 82), o qual teve seus anais publicados juntamente aos do VI Congresso Latino-americano de Psiquiatria. No mesmo evento, foi traçado um quadro de como estava funcionando a assistência psiquiátrica no país, onde o hospital foi consagrado como grande recurso terapêutico, ao passo que as recomendações de terapias extra-hospitalares simplesmente não eram seguidas. Tanto pelo que denunciava quanto pelo que propunha, a partir desse evento ficava explicitada “no plano acadêmico, a crença na irreversibilidade do movimento da Psiquiatria Comunitária” (Vaissman, 1983: 40). Foi divulgado, nesse mesmo congresso, a *Declaração de Princípios da Saúde Mental*, produzida pelos psiquiatras ligados ao grupo de trabalho do INPS, tendo como base a psiquiatria comunitária. Os princípios que deveriam reger a assistência psiquiátrica, de acordo com os psiquiatras daquele encontro, seriam:

I- DIREITO E RESPONSABILIDADE – A saúde mental é um direito do homem. Assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade.

II- INTEGRAÇÃO – A doença mental, fazendo parte do ciclo vital de saúde e doença, impõe que os serviços de assistência psiquiátrica, modelados às necessidades do indivíduo, se insiram e se integrem na rede de recursos de saúde da comunidade.

III- REORGANIZAÇÃO – A integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais, na gênese e na eclosão das doenças mentais, na terapêutica e na recuperação dos doentes mentais, é elemento importante na caracterização das necessidades regionais, na mobilização de recursos e na implementação de serviços.

IV- RECURSOS DE TODOS PARA TODOS - Os recursos técnicos, administrativos e financeiros de saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados, de modo a oferecer uso racional e global a todos os indivíduos e grupos.

V- PREVENÇÃO – Os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, a ser orientados no sentido preventivo.

VI- CONSCIENTIZAÇÃO - A educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação, deve ser efetivada no sentido do seu esclarecimento a respeito das doenças mentais e de sua assistência.

VII- FORMAÇÃO DE PESSOAL – Programação de recrutamento, formação e treinamento do pessoal técnico devem ser mantidos, para a composição de equipes.

VIII- HOSPITAL COMUNITÁRIO – Os hospitais devem ser reestruturados no sentido de prover pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados, em um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.

IX- SERVIÇOS EXTRA-HOSPITALARES – As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas, para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar.

X- PESQUISA – As pesquisas básicas e, sobretudo, as aplicadas, fundamentais para o contínuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimuladas por todos os meios.²²

Em 1971, a Secretaria de Assistência Médica do INPS realizou um novo estudo por meio de um grupo de trabalho com os mesmos membros da CPAP (à exceção de Antônio Clemente Farjado) para a composição de um mapa-diagnóstico da situação dos atendimentos em psiquiatria que apresentassem os dados sobre todos os estados da federação. Ao realizar esse estudo, a comissão também teria a responsabilidade de sugerir propostas alternativas ao modelo da psiquiatria tradicional que predominava. Com essas pesquisas, ficava demonstrado o vertiginoso aumento de 737% das despesas hospitalares para a área da psiquiatria e também do grande índice de internações e reinternações, os quais indicavam a ineficiência terapêutica da assistência no formato como estava sendo operacionalizada (Medeiros, 1977: 128).

Tendo em vista a situação apresentada nos relatórios da comissão, tornava-se imperativa “a correção das distorções da assistência psiquiátrica brasileira” pelo INPS, eleito como ator principal nessa reformulação, pois era o principal comprador dos

²² “Declaração dos Princípios de Saúde Mental” *apud* Vaissman, 1983: 40-42.

serviços psiquiátricos privados (Medeiros, 1977: 128). Destarte, nesse período “já se constatava a necessidade da criação de uma política assistencial, cuja tônica seria o caráter comunitário baseado, principalmente, no modelo norte-americano, como já vinha sendo discutido pelos psiquiatras” (Vaissman, 1983: 36).

Também era ressaltada a importância da utilização do espaço assistencial da rede de ambulatorios psiquiátricos como alternativa positiva no tratamento das doenças mentais, destacando que, desde 1962, a legislação previdenciária sobre a assistência psiquiátrica preconizava tanto uma psiquiatria preventiva quanto apontava a preferência do tratamento no espaço do ambulatório (Paulin e Turato, 2004: 246). Por meio das *Normas Gerais para a prestação de Assistência Médica aos Doentes Mentais, na Previdência Social*, divulgado pelo Conselho de Medicina da Previdência Social, o tratamento ambulatorial era eleito como principal instrumento terapêutico, cabendo a este

A maior responsabilidade de atendimentos da clientela, essas unidades deverão contar com recursos suficientes para o emprego das técnicas modernas no tratamento das doenças mentais, terapêuticas de choque e psicoterapia. Sempre que possível, os pacientes deverão ser tratados nos ambulatórios, evitando-se, dêsse modo, a sobrecarga dos leitos hospitalares (CD/DNPS 942/62 apud Vaissman, 1983: 118-119).

Conforme destaca Medeiros (1977), os ambulatórios “distinguem-se dos consultórios públicos particulares, pelas suas características de improvisação, de atendimento apressado e de nível social de sua clientela. Isto é encontrado nos ambulatórios psiquiátricos e também nas policlínicas, centros de saúde e ambulatórios previdenciários de todas as especialidades médicas” (Medeiros, 1977: 43). Os ambulatórios psiquiátricos começaram a ser criados no Brasil a partir de 1944, pelo SNDM, quando era dirigido por Adauto Botelho (Venancio, 2003: 897). A opção por esse tipo de serviço “visava diminuir as internações, o que significava não apenas uma oportunidade para o portador de sofrimento psíquico, mas também mais dinheiro para cofres públicos” (Menezes, 2012: 84). Entretanto, Paulin e Turato (2004: 246) informam que tal resolução nunca foi efetivada, algo verificável pela manutenção das reivindicações da CPAP, no final desta década de 1960, que denunciavam a ênfase no leito hospitalar como único recurso terapêutico.

O movimento de reformulação da assistência psiquiátrica também era observado no âmbito do Ministério da Saúde. Além da Campanha Nacional de Saúde Mental,

promovida em 1968 pelo SNDM, em 1970 este mesmo órgão passou por uma reformulação, tornando-se Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), a qual também deveria normatizar e reorganizar os serviços assistenciais desta especialidade. Com isso, ficava estabelecido que as “entidades públicas e privadas deveriam atender às solicitações determinadas pela Dinsam” (Menezes, 2012: 86), cuja principal orientação seria incentivar a prestação dos serviços extra-hospitalares.

Em 1973, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) divulgou o *Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica*, documento produzido com base na *Declaração de Princípios de Saúde Mental*, de 1970 (Vaissman, 1983: 39).²³ Segundo Venancio (1990), o manual consagraria os princípios da assistência psiquiátrica em moldes comunitários, enfatizando a aplicação de recursos nas técnicas extra-hospitalares. Também se reforçava a utilização dos ambulatórios, como já havia sido colocado em 1962 pela previdência social, e determinava que:

ênfase e prioridade devem ser dadas ao desenvolvimento dos recursos e técnicas extra-hospitalares, para pronta intervenção, diagnóstico e tratamento intensivo, estruturados de modo a ter como sentido a recuperação rápida da saúde do segurado, garantir a capacidade para o trabalho e evitar a internação hospitalar(OD n° SAM 304.3/73 apud Vaissman, 1983: 123).

O manual reestruturava, pormenorizadamente, todos os serviços psiquiátricos, preconizando o ideal da psiquiatria comunitária, tendo por base os princípios da *integração* dos recursos psiquiátricos, bem como os de outras especialidades; *regionalização* dos serviços terapêuticos nas comunidades, inserindo o ideal de tratamento do doente dentro de seu contexto social; *coordenação* dos serviços médicos assistenciais, para que estes estivessem articulados para promoção da assistência; *descentralização* da execução do atendimento psiquiátrico; e *aperfeiçoamento dos recursos humanos*, para que estes estivessem qualificados e aptos para a promoção da assistência ao lado dos psiquiatras (Vaissman, 1983: 44).

Paulin e Turato (2004) informam que o manual foi saudado como importante marco na história da assistência psiquiátrica, visto que defendia não somente os princípios de prevenção e os serviços extra-hospitalares, mas também por ressaltar a necessidade de promover a saúde mental em detrimento de uma ideia baseada somente no cuidado com o doente mental (Paulin e Turato, 2004: 251). Ainda segundo esses autores,

²³ OD n° SAM 304.3, de 19 de julho de 1973 apud Vaissman (1983: 43).

tanto no âmbito institucional, pela recém-criada Divisão Nacional de Saúde Mental, como no acadêmico e associativo, a influência das propostas preventivistas tornaram-se a referência maior de setores organizados da psiquiatria brasileira, em contraposição ao modelo hospitalar privado que se tornava hegemônico (Paulin e Turato, 2004: 248).

O manual foi considerado um *avanço* na forma de pensar a psiquiatria, ao “criar alternativas assistenciais públicas a partir de sistemas hierarquizados, regionalizados e descentralizados” em um contexto “em que se privilegiava uma prática previdenciária voltada para a compra de serviços de instituições privadas” (Paulin e Turato, 2004: 243). Entretanto, teria sido alvo de diversas críticas referentes à viabilidade de sua efetivação, dados os recursos humanos e financeiros necessários para sua execução.

Apesar do debate inovador sobre a assistência psiquiátrica ter sido incorporado na composição das políticas públicas de saúde para esta área, suas propugnações não foram executadas. Refiro-me ao que já havia sido proposto no âmbito da assistência psiquiátrica previdenciária em 1962, bem como ao que foi sugerido no âmbito do Ministério da Saúde com a criação da Campanha Nacional de Saúde Mental em 1967, além das modificações ocorridas pela transição do SNDM para Dinsam, tanto quanto o que determinava o *Manual de Serviços para a Assistência Psiquiátrica*, de 1973.

Sobre a não execução prática do que vinha sendo proposto, Vaissman (1983) afirma que, na “consolidação de um modelo prestador de serviços de bases capitalistas, cujo fulcro é o lucro, o discurso tornou-se letra morta frente à prática adotada no complexo médico-previdenciário” (Vaissman, 1983: 3). Paulin e Turato (2004) seguem em perspectiva semelhante, demonstrando a incoerência entre a prática da política pública assistencial psiquiátrica e o seu discurso normativo ocorrido no período da década de 1970.

A repercussão do debate em torno dos rumos da assistência psiquiátrica, com a reformulação da legislação psiquiátrica tendo por base princípios da psiquiatria comunitária, teria representado um importante diálogo entre o Estado e a sociedade civil para formulação de suas políticas sociais, ou seja, “com isso iniciava-se também uma interlocução do Estado com setores da sociedade civil, mesmo que só os setores acadêmicos, e a ser travada no interior do próprio aparelho estatal” (Venancio, 1990: 101). O que foi discutido por meio de tal diálogo teria possibilitado “o desenvolvimento de experiências isoladas pautadas nos princípios apregoados oficialmente” (Venancio, 1990: 105), como os ambulatórios e clínicas psiquiátricas.

Resende (1987) aponta ainda que o ano de 1974 marcaria o “início do fim” de um período em que a assistência psiquiátrica esteve em evidência, em virtude da derrocada da economia naquele período, onde o Estado não teria mais “condições de bancar os custos cada vez mais altos dos processos de legitimação do capitalismo” (Resende, 1987: 66-67). A partir de 1974, no contexto do fim da ideia do *milagre econômico*, a “assistência ao doente mental perde a importância relativa que chegara a ter no primeiro quinquênio da década de 70, tendência esta evidenciada pela redução da proporção de gastos com saúde mental em relação aos dispêndios com assistência médica” (Resende, 1987: 66-67). Vaissman (1983) também apresenta este mesmo quadro de refração na assistência psiquiátrica, demonstrando que, a partir de 1974, entra em vigor uma política de racionalização dos custos na assistência médica em geral, e que teria fortes consequências para a psiquiatria (Vaissman, 1983: 58).

Como ficou destacado acima, o período da década de 1960 e 1970 foi marcado pela ocorrência de um diálogo entre setores acadêmicos da psiquiatria e do Estado para analisar o modo como estava sendo operacionalizado o atendimento psiquiátrico no país e também para sugerir propostas para a revisão do modelo assistencial em vigor, tendo em vista as defasagens apresentadas pelos estudos realizados pelos psiquiatras, em parceria com o INPS. Além disso, ficou demonstrado que, ao longo da década de 1960 chegaram, no plano das discussões acadêmicas, as propostas de um atendimento psiquiátrico em formulações comunitárias, com ênfase em tratamentos extra-hospitalares, os quais tiveram relevante influência sobre as novas resoluções psiquiátricas no plano legislativo. Contudo, tais propostas não tiveram repercussão na prática assistencial psiquiátrica, de modo que teria sido disseminado um modelo de assistência baseado na contratação de serviços terceirizados para a oferta de assistência psiquiátrica previdenciária postulado, sobretudo, no leito hospitalar enquanto principal recurso terapêutico. Além disso, esse direcionamento da assistência teria produzido uma negligência em relação a atenção psiquiátrica pública, ocorrida no interior dos grandes hospitais, e que se encontrava em situação de abandono e ineficácia terapêutica.

Os anos de 1960 teriam sido marcados ainda pelo desenvolvimento dos serviços psiquiátricos particulares nas clínicas e casas de saúde. Também se trazia como característica o debate em torno da renovação da assistência psiquiátrica, onde eram discutidos quais serviços eram mais eficazes e qual estrutura hospitalar ideal para a prestação de atendimento aos doentes mentais. Demonstrarei adiante como essas

questões estavam sendo retratadas no plano acadêmico pelos psiquiatras, observando como esse diálogo era discutido internamente pelos próprios psiquiatras.

1.3 – Panorama da assistência psiquiátrica por seus especialistas

Para contribuir com a compreensão do cenário da psiquiatria, entre os anos de 1960 e início dos anos de 1970, busco analisar as produções dos especialistas desta área, isto é, dos psiquiatras que vivenciaram esse período e debateram sobre a situação em que sua área de atuação se encontrava naquele momento. Por meio da produção de artigos científicos em revistas especializadas, além de comunicações em congressos psiquiátricos, busco perceber quais questões estavam sendo discutidas no plano acadêmico. Para isso, acompanhei os índices dos periódicos médicos especializados, buscando artigos cujos temas versassem sobre o panorama da assistência psiquiátrica tanto pública quanto previdenciária. Para esta análise, selecionei artigos científicos publicados nos periódicos psiquiátricos: *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *Neurobiologia*, *Revista de Psiquiatria*, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *Revista Brasileira de Saúde Mental* além de trabalhos que compunham os anais do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

Como observo adiante, as reivindicações sobre a reestruturação do modo como estava sendo prestado o atendimento ao doente mental brasileiro foi a tônica do debate desses atores sociais desde o início da década de 1960, partindo de diferentes áreas de atuação médica especializada. É difícil traçar um único perfil sobre quem são esses atores sociais: alguns estavam ligados ao SNDM, o que significa dizer que estavam dialogando diretamente com o órgão oficial de fiscalização e normatização da assistência psiquiátrica no país; outros eram acadêmicos, ligados às universidades ou órgãos de divulgação científica e também da ABP. Também é possível verificar entre essas publicações os relatos dos psiquiatras que estavam ligados à consultoria psiquiátrica do INPS, antes mesmo da criação da CPAP. Ao lado destes psiquiatras ligados ao universo administrativo ou intelectual desta área médica especializada, é possível verificar as publicações de outros psiquiatras que enfrentavam, no cotidiano, as questões discutidas em seus artigos. Esses profissionais trabalhavam em hospitais

públicos ou clínicas e casas de saúde privadas, atuando em ambulatórios de diversos setores da assistência: do SNDM, do INPS, e das próprias casas de saúde privadas. Com isso, observa-se que as vozes dos atores sociais que chamo para apresentar como estava sendo discutida a psiquiatria no âmbito acadêmico partiam de diferentes lugares da atuação psiquiátrica. Apesar dos distintos lugares da fala desses psiquiatras, suas vozes muitas vezes convergiram em alguns aspectos específicos, como o fato de solicitarem uma renovação da assistência e um novo formato para a organização dos serviços psiquiátricos no país. Ao lado do debate sobre a reformulação da assistência, somando-se a isto se observa a relevância que ganha a psiquiatria em moldes comunitários, sendo representada como uma grande promessa, uma solução de todas as dificuldades que a assistência psiquiátrica brasileira vivenciava naquele momento. Se essas questões estavam sendo levantadas pontualmente pelos psiquiatras ao longo da década de 1960, elas ganharam força ao final daquela década, sobretudo com a divulgação dos trabalhos da CPAP. A partir de então, um tom mais enfático e frequente começou a aparecer nos artigos, os quais demonstravam não mais a necessidade de reformulação dos serviços ou da legislação psiquiátrica, mas sim a imperativa necessidade de urgente renovação na assistência psiquiátrica do país, onde eram esclarecidas e denunciadas as distorções na execução dos serviços psiquiátricos, como será discutido abaixo.

Edmundo Maia, em 1961, publicou artigo no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (JBP) apontando a necessidade de reformulação dos serviços assistenciais psiquiátricos do país. Este médico, que naquele momento era o diretor do SNDM, sugeriu que nessa reformulação da assistência o psiquiatra seria o principal agente na execução das três etapas assistenciais, a saber: despertar o interesse pela *higiene mental*, realizar a *psiquiatria preventiva* e dinamizar a *psiquiatria curativa* em seus diversos setores. Tudo isso em busca de finalidade assistencial: a *reabilitação* social do paciente (Maia, 1961: 137; Arruda, 1963, 105). Dois anos depois, o professor Elso Arruda²⁴, na revista pernambucana *Neurobiologia*, conceituou a *reabilitação* do paciente, a qual consistiria

em atividades iniciadas na fase preventiva, desenvolvidas na fase curativa, e termina ela quando o doente sai do hospital ou é considerado clinicamente curado; prolonga-se até quando o indivíduo seja capaz de retomar em sua plenitude a posição que ocupava na comunidade (Arruda: 1963, 105).

²⁴ Naquele momento, Elso Arruda era acadêmico, ocupava o cargo de professor livre docente de Clínica Psiquiátrica do curso de medicina da Universidade do Brasil e também da Universidade da Bahia.

Reabilitar o doente mental seria a principal orientação da assistência em psiquiatria, de modo que os serviços assistenciais seriam reformulados com o intuito de criar condições efetivas para que o doente mental pudesse retomar sua dinâmica de relacionamento com a sociedade. Para que isto fosse possível, cada tipo de paciente, crônico ou agudo, teria tratamento específico e adequado à sua condição. Também entre os doentes crônicos que eram considerados “casos perdidos” e por quem “pouco ou nada” era feito, seria viável a reabilitação social, como afirma Maia (1961). Este psiquiatra considerava um erro “encerrar êstes doentes em asilos ou em grandes hospitais onde se acumulam numa atmosfera de tristeza, desespero e deterioração” (Maia, 1961: 137-138). Em tom semelhante, o psiquiatra Denis Malta Ferraz desencorajava que pacientes crônicos, “curáveis a longo prazo ou mesmo incuráveis” fossem tratados em instituições asilares onde o tratamento implicaria na “rejeição definitiva do doente por parte da comunidade” (Ferraz, 1969: 46).²⁵

A renovação da assistência psiquiátrica era solicitada em solução ao defasado modelo da psiquiatria tradicional, postulado no formato asilar dos grandes hospitais, cuja principal terapêutica seria a internação dos pacientes, e onde não havia tratamento específico para doentes crônicos ou agudos. Neste sentido, o grande hospital psiquiátrico era questionado enquanto único recurso terapêutico, deixando de ser “o centro da tarefa assistencial psiquiátrica”, de modo que a hospitalização passou a ser “considerada, até, um prosseguimento contra-reabilitador” (Arruda, 1963: 104). O hospital também passava a ser identificado como um lugar de segregação social, de “tristeza, desespero e deterioração”, incapaz de garantir a finalidade reabilitadora da assistência (Maia, 1961: 142).

Entretanto, não foram todos os psiquiatras que, como Arruda (1963), consideraram o hospital psiquiátrico como um agente contra-reabilitador da atenção ao doente mental. Sendo assim, para outros psiquiatras o hospital psiquiátrico não foi plenamente desconsiderado enquanto espaço terapêutico, ainda sendo visto como importante lugar para o tratamento dos doentes mentais. Contudo, um outro olhar sobre o hospital psiquiátrico era reclamado, isto é, uma renovação desse espaço terapêutico, o qual não deveria ser mais visto enquanto um “asilos, onde os enfermos permanecem o resto da vida”, mas sim como “centro de tratamento ativo, de cura e readaptação social” (Ferraz, 1969: 45). A instituição psiquiátrica deveria representar, portanto, um “centro

²⁵ Ferraz, em 1969, era chefe do ambulatório psiquiátrico da instituição privada carioca Casa de Saúde Dr. Eiras S. A.

de tratamento transitório, especialmente aparelhado para reeducar os doentes e readaptá-los ao mundo exterior e à vida social”, assim como os hospitais de outras especialidades, nos quais se busca o “tratamento e a reabilitação do paciente” (Ferraz, 1969: 46).

A reformulação dos serviços de atenção aos doentes mentais, solicitado pelos psiquiatras acadêmicos naquele momento, deveria estar de acordo com o que era recomendado pela Organização Mundial de Saúde à época, que defendia a psiquiatria preventiva e o tratamento em moldes comunitários, cuja finalidade seria “o indivíduo em suas relações com seus semelhantes, integrado no meio psicológico e cósmico” (Maia, 1961: 139). Inspirado na ideia de psiquiatria preventiva, Arruda (1963) delineou a necessidade de se compreender a “doença mental sob novo prisma, o da saúde mental”, de modo que à psiquiatria não caberia somente os cuidados aos doentes mentais, mas, principalmente, a promoção de saúde mental (Arruda, 1963: 105).

O atendimento ao doente mental também não estaria restrito aos grandes hospitais psiquiátricos, incluindo também “ambulatórios e unidades psiquiátricas que funcionam em outros serviços como clínicas e hospitais não psiquiátricos”, embora não seja especificado se de modalidade pública ou privada (Maia, 1961: 140). Com isso, era proposta a descentralização do atendimento aos doentes mentais da figura do grande hospital. Este novo formato, pensado em resposta ao “fracasso da política de internação em larga escala”, teria como base o “desenvolvimento dos serviços psiquiátricos extramurais”, como ambulatórios, hospital-dia, entre outros (Maia, 1961: 147). Além disso, a inovação dos serviços psiquiátricos, pelas sugestões deste diretor do SNDM, se daria por meio de uma articulação entre: 1) ensino da psiquiatria; 2) legislação da assistência psiquiátrica; 3) habilitação de pessoal para trabalhar na área; e 4) organização do hospital.

O espaço do ambulatório psiquiátrico foi considerado um agente privilegiado na efetiva transformação e eficácia do modelo daquela assistência específica. Em 1961, Maia afirmou que uma rede desse tipo de serviço permitiria “reduzir o tempo de internação, quando esta se fizer necessária, já que o paciente poderá ser assistido sem ser deslocado de seu próprio meio familiar” (Maia, 1961: 142).

O próprio diretor do SNDM justificou que os problemas vivenciados na assistência psiquiátrica do país seriam resultantes da falta de entrosamento entre o SNDM e as instituições psiquiátricas de todas as modalidades: públicos, privados e previdenciários (Maia, 1961: 141). O SNDM também foi alvo de críticas pelo psiquiatra

Denis Malta Ferraz, chefe de ambulatório de uma clínica psiquiátrica que apontou a incapacidade dos órgãos oficiais em “executar satisfatoriamente” a assistência, do que decorreria uma tendência de transformar o “Ministério da Saúde num órgão normativo e através de convênios com particulares, Estados e Municípios, exercer tôdas as formas de assistência” (Ferraz, 1969: 152).

O psiquiatra cearense Manoel Suliano Filho se ocupou de elaborar um projeto específico para a reformulação da assistência psiquiátrica pública, baseado nas recomendações da OMS, enfatizando a prática preventiva e a promoção de saúde mental. Este psiquiatra, que naquele momento era diretor da instituição psiquiátrica estadual cearense, o Hospital de Saúde Mental de Messejana, sugeriu a descentralização dos serviços psiquiátricos por meio da criação de unidades de tratamento dinâmico que preconizariam as atividades psiquiátricas preventivas. ²⁶ Suliano Filho informava também que desde 1958,

com o Prof. Lopes Rodrigues, na direção do SNDM hoje continuada pelo nosso colega Prof. Jurandyr Manfredini, se iniciou a grande era da Saúde Mental no Brasil. O Código Nacional, com referência a Saúde Mental, é orientado pelo Ministério da Saúde, no sentido de Prevenção das doenças e da redução, ao mínimo possível, dos internamentos para doentes mentais. (Suliano Filho, 1967: 11).

Esse psiquiatra cearense indicou que todos os órgãos de atenção aos doentes mentais deveriam ser reorganizados em torno da psiquiatria preventiva “de modo que não fique ela só no papel, ou mutilada, sem continuidade” (Suliano Filho, 1967: 11). Além disso, considerou a questão das doenças mentais como sendo o “problema nº1 de Saúde Pública, em face da crescente invasão dos leitos hospitalares existentes, pelo doente mental” que, segundo afirmou, contabilizava cerca da metade do tipo dos leitos existentes em todo o país (Suliano Filho, 1967: 16).

O psiquiatra Ferraz que, como foi mencionado, estava vinculado ao serviço psiquiátrico particular, classificou a assistência psiquiátrica pública como “sempre dispendiosa e deficiente” em decorrência da “rigidez administrativa do Serviço Público e a lentidão dos processos burocráticos que entram na administração do Serviço Público” (Ferraz, 1969: 152). A situação dos hospitais psiquiátricos públicos também foi destacada por Carmo (1970), no qual afirmou que os grandes hospitais com modelo

²⁶Além de diretor do Hospital de Saúde Mental de Messejana, Manuel Suliano Filho tinha sido assistente da Clínica Psiquiátrica da Universidade de Recife, Tenente Coronel R-1 - médico do Serviço de Saúde do Exército.

asilar estariam, naquele momento, “totalmente falidos pela falta de verbas, pessoal, material e excesso de burocracia”, realidade que não seria muito diferente da dos hospitais privados (Carmo, 1970: 19).

Ao ser solicitada a transformação dos serviços psiquiátricos do país, também foi destacada a necessidade de reformulação da própria legislação, que regulava o atendimento ao paciente mental brasileiro. O psiquiatra pernambucano Galdino Loreto informou que, tendo em vista

os extraordinários progressos realizados pela Psiquiatria nestes últimos trinta anos, sobretudo no campo da terapêutica e da assistência, tornaram imperiosa e urgente a elaboração de uma nova legislação sobre a prevenção e assistência aos doentes mentais, que venha substituir o decreto-lei nº 24559 de 3/7/34, ainda vigente, mas já inteiramente anacrônico e superado (Loreto, 1966: 11).

Era destacado também que a legislação em vigor, que regulava a assistência psiquiátrica, não acompanhava as recomendações expressas pela OMS para a área de saúde, cujo conteúdo, como foi destacado, aprovava um modelo assistencial com base na psiquiatria de comunidade. A renovação normativa, que substituiria a legislação psiquiátrica em vigor desde 1934, deveria assegurar o progressivo aperfeiçoamento dos serviços assistenciais em moldes comunitários, estabelecendo o foco nos serviços extra-hospitalares. Mais uma vez, o ambulatório era colocado como espaço legítimo desse novo formato de assistência, juntamente com o atendimento psiquiátrico em hospitais gerais (Loreto, 1966; Baratta, 1966).

No início da década seguinte, a necessidade de reformulação na legislação da assistência psiquiátrica ganhou um tom mais efusivo, como se observa pelas reivindicações do psiquiatra Célio Assis do Carmo, exigindo que fosse tomada uma

posição urgente em relação ao problema psiquiátrico, revendo e impondo a revisão da tradicional posição doutrinária asilar, segregacionista para o doente mental (legislação de há 30 anos), no sentido de elaborar novas leis, regulamentos e normas que atendam às necessidades da psiquiatria brasileira para recuperação do paciente, sem o que qualquer trabalho será inútil (Carmo, 1970: 20).

Além da reorganização dos serviços, a nova legislação psiquiátrica também deveria se ter como ponto forte a fiscalização de como estavam sendo operacionalizados os serviços neste certame. Para tanto, deveriam ser criadas inspetorias psiquiátricas em todos os estados da federação, cujo objetivo seria garantir o cumprimento das normas

estabelecidas pela nova legislação. Essas inspetorias teriam o papel de denunciar situações, como “a superlotação, a escassez de alimentação e vestuário, a precariedade das condições de higiene, a utilização de métodos violentos ou inadequados, a insuficiência ou o mau emprêgo de verbas”, delatando “charlatanismos de qualquer tipo e tôdas as formas de exploração puramente comercial, em qualquer dêesses serviços”, ações que seriam objeto da “severa” ação fiscalizadora dessas comissões (Loreto, 1966: 13).

Como se verifica, a “exploração puramente comercial” dos serviços psiquiátricos já fazia parte dos debates desses especialistas, mesmo que não expressa como tônica principal desse debate ainda na década de 1960. Essa mesma questão teve centralidade na voz de outros psiquiatras atuando em outro momento histórico, sobretudo a partir dos anos de 1980, e que compreenderam os anos finais da década de 1960 e início dos anos de 1970 como período de propagação da *indústria da loucura* (Vaissman, 1983; Resende, 1987; e Paulin e Turato, 2004).

O atendimento aos doentes mentais segurados pela previdência social foi mencionado algumas vezes no decorrer dos anos de 1960, ganhando maior expressividade, sobretudo quando esse tipo de atendimento se tornou mais expressivo, isto é, ao final daquela década de 1960 e início da década de 1970. Ele fora discutido em 1963 por Ulysses Vianna Filho, que à época fazia parte da Consultoria Médica do Ministério do Trabalho e Previdência Social, onde apresentou a problemática da concessão de benefícios a pacientes com quadro de epilepsia, apontando para o aumento “impressionante [do] número de recursos de segurados dos IAPs em que o motivo alegado para obtenção de benefício (seguro-doença ou incapacidade) é a presença de manifestações epiléticas” (Vianna Filho, 1963: 223). Em seu texto, sugeriu que fosse repensada a concessão de seguros aos portadores de epilepsia que, na maioria das vezes, não incapacitaria o doente ao trabalho, sendo, portanto, desnecessária a concessão de licenças médicas e seguro-doença.

O artigo de Vianna Filho, publicado no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* em 1963, indica que mesmo antes da criação da CPAP, a previdência social, ainda no formato dos IAPs, já produzia pesquisas levando em conta as questões da assistência psiquiátrica, e demonstrando que os periódicos psiquiátricos eram um lugar de diálogo entre o Estado, que segundo Vianna estaria caracterizado pela figura dos IAPs, e o setor da sociedade civil, representado pelos psiquiatras. Além disso, também dá indícios da

progressiva expressividade que a psiquiatria passou a ganhar na previdência social, ao final da década de 1960 e início dos anos de 1970.

Como destaquei no último tópico, no final dos anos de 1960 e início dos anos de 1970 ocorreu um aumento significativo do número de seguros-doenças com diagnóstico psiquiátrico, e do número de internações psiquiátricas, acompanhada do aumento dos custos desses serviços especializados. Os psiquiatras desse período não discutiam somente a eficácia terapêutica, mas também estavam pensando sobre a racionalização dos custos com psiquiatria, sobretudo no âmbito da assistência previdenciária, que tinha ganhado maior visibilidade do que a assistência pública.

Embora os debates da assistência previdenciária em moldes comunitários seja registrado desde o início da década de 1960, eles ganhariam maior força ao final daqueles anos de 1960, quando vieram à tona os trabalhos produzidos pela CPAP sobre a situação da psiquiatria à época, além de outras pesquisas que estavam sendo realizadas com o mesmo intuito.

Em 1968, veio a público o resultado do trabalho do professor Luiz Cerqueira, *Por uma psiquiatria social*, promovido pelo então Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil – IPUB, com base em dados estatísticos do SNDM sobre a assistência psiquiátrica brasileira obtidos na consulta. Essa pesquisa demonstrava objetivamente o modo como estava sendo operacionalizada a psiquiatria no país e, discriminadamente, nos diversos estados da federação. Suas conclusões expressavam o clamor “por medidas radicais” e também “denunciam um sistema, impõem um política reabilitacional, rejeitam paliativos” (Cerqueira, 1968: 171). De acordo com este professor, se concluía o seguinte diagnóstico da assistência psiquiátrica brasileira de finais dos anos de 1960:

Entronizamos a hospitalização em si mesma como tratamento, optando pela solução mais cara. País pobre, terminamos num impasse. Aumentamos, tínhamos que aumentar, o número de leitos. Mas, sem recursos, sobretudo em pessoal, êstes leitos redem pouco, não se renovam seus doentes, o hospital se superlota, torna-se ineficiente, a metade de sua população se cronifica (5/6 para nós) e passa a morrer duas vezes do que devia. Quando tem alta fica relegado ao esquecimento, e, já agora numa proporção geométrica, se reinterna – exatamente pela mesma razão por que se internou: a falta de serviços extra-hospitalares, muito mais baratos, 10 vezes ou mais (Cerqueira, 1968: 172).

Para o professor Cerqueira, os problemas impostos à área da saúde mental seriam resultantes da explosão demográfica no país e também da centralização da assistência na internação, transformando o hospital em superlotado e, portanto, ineficiente. Entretanto, se observa que pelo menos desde a década de 1950 os grandes hospitais psiquiátricos públicos já estavam superlotados e ineficientes, conforme verificado no tópico anterior. Cerqueira sugeria como solução o “melhor aproveitamento de velhos e novos leitos hospitalares”, muito embora considerasse que

a peça decisiva, para nós, que precisa, entre as medidas imediatas, ser mais desenvolvida é o ambulatório – a ser reformulado como um centro de tratamento – e não uma agência de internações, como frequentemente vem acontecendo na prática (Cerqueira, 1968: 202).

Ademais, reivindicou a finalidade reabilitacional na política assistencial psiquiátrica, indicando que o cerne da assistência no período era ainda restrito a “internações, reduzida sua preocupação exclusivamente a leitos” (Cerqueira, 1968: 208). Também defendeu a psiquiatria preventiva, delatando o desprezo com que este tema estava sendo considerado pelos órgãos oficiais da assistência. Também destacou que os escassos recursos destinados à psiquiatria eram

aplicados mais em assistência que em profilaxia, resultando um ciclo vicioso que só tende a se agravar – o saco sem fundo representado pela cada vez maior demanda de leitos hospitalares, dia a dia menos condignos e nem por isso menos caros – pelas contradições do sub-desenvolvimento, pela injustiça que êle representa, a afetar ainda em maior grau nossa especialidade (Cerqueira, 1968: 180).

Cerqueira (1968) aproveitava para exigir que o SNDM divulgasse os dados da psiquiatria no país: “seja nosso primeiro apelo ao SERVIÇO NACIONAL DAS DOENÇAS MENTAIS para que publique seus dados, muito valiosos, apesar das ressalvas – de que nenhum material estatístico está imune. Publique-os mesmo como material bruto” (Cerqueira, 1968: 164). A análise minuciosa desse material representaria uma ferramenta decisiva para programar a reformulação da assistência em serviços tanto mais eficazes como também menos dispendiosos. A valorização do levantamento objetivo dos dados estatísticos da psiquiatria também esteve presente no artigo do mesmo autor, publicado pela *Revista Brasileira de Psiquiatria*, em 1970, intitulado “Documentações estatísticas e correlações nosográficas”, no qual destacou a “necessidade da colheita de dados para correlacioná-los nosologicamente, sem o que,

por melhor que seja uma classificação das doenças mentais, não podem ser levantados estudos epidemiológicos, nem planejada a assistência” (Cerqueira, 1970a: 23).

Também destacou a falta de dados no SNDM sobre as instituições psiquiátricas credenciadas pelo INPS, “não sabemos quantos doentes mentais a Previdência Social interna nas casas de saúde particulares em todo o País, dado que não se possui leitos psiquiátricos próprios certamente mais caros” (Cerqueira, 1968: 209), solicitando que os dados das casas de saúde e clínicas psiquiátricas credenciadas pela previdência constassem nos arquivos sistematizados pelo SNDM. A solicitação de transparência nos dados do SNDM e também do INPS sobre atendimento psiquiátrico podem revelar aspectos sobre a divulgação e mesmo democratização da informação, além de indicar a inserção de um novo saber científico para pensar os rumos da assistência psiquiátrica no país, levando em consideração os índices demográficos, entre outros dados estatísticos.

A necessidade de reformulação da assistência psiquiátrica ficou ainda mais incisiva com as conclusões da CPAP. Hamilton Sequeira e os demais psiquiatras que fizeram parte daquela comissão afirmavam haver “distorções gritantes” no desempenho dos serviços psiquiátricos naquele período, e solicitavam “uma reformulação de fundo e forma dos princípios reguladores da assistência” (Sequeira, et al., 1970: 73). Reivindicam a mudança na “excessiva ênfase no tratamento hospitalar e a conseqüente ‘política de mais leitos’, que nada mais faz senão acumular e agravar, adiando as soluções dos problemas de assistência psiquiátrica” (Sequeira, et al., 1979: 76). As conclusões daquele grupo de trabalho do INPS evidenciavam que,

por motivos os mais variados, tem sido o setor ambulatorial da assistência psiquiátrica aparentemente deixado à deriva, levando nossos psiquiatras a uma rotina individualística, automatizada e quase robotizada mais grave ainda era a consagração do hospital como grande e único agente terapêutico, transmitindo ao segurado e sua família um compreensão deformada da doença mental e das possibilidades terapêuticas do ambulatório (Sequeira, et. ali., 1970: 75).

Por outro lado, alguns psiquiatras demonstravam a importância que o INPS teria assumido em termos de alocação de recursos e da renovação das condições assistenciais da psiquiatria. O psiquiatra Andrade (1970), que chefiava um pronto socorro psiquiátrico, destacou ser

*justo ressaltar, a êste propósito, o papel importante que o **Instituto Nacional de Previdência Social** está desempenhando no processo das condições assistenciais da nossa psiquiatria, pois os convênios, que mantém com as autoridades sanitárias,*

no plano federal e em quase todos os Estados a começar com o próprio S.N.D.M., nas várias especialidades e no setor psiquiátrico em particular, garantem-lhes recursos preciosos para o atendimento e alívio dos pesados encargos de manutenção de serviços hospitalares, ambulatoriais e outros (Andrade, 1970: 441).

Os psiquiatras Célio de Assis do Carmo e Josias Ludolf Reis contribuem na compreensão desse cenário, informando que em 1970, somente no então estado da Guanabara, “cêrca de 80% dos leitos hospitalares da rêde privada são destinados ao INPS e os 20% restantes às instituições previdenciárias” (Carmo e Reis, 1970: 206).

Para além da importância que a previdência social teve na assistência psiquiátrica, também eram relatadas as deturpações da assistência nessa modalidade, onde era denunciado o grande índice de *internações indevidas* de pacientes alcoólatras e epilêpticos, bem como o alto índice de *reinternações* de pacientes. Tais fatos diagnosticavam a ineficácia terapêutica do internamento e o desnecessário e “explosivo crescimento dos hospitais psiquiátricos” credenciados pela previdência (Carmo e Reis, 1970: 208). Indicavam ainda a necessidade imperativa da mudança na filosofia da assistência médica como um todo e denunciavam o “lamentável, precário e preconceituoso sistema que não trata de ninguém” (Carmo e Reis, 1970: 208).

Apesar de todo o debate em torno da psiquiatria comunitária ao longo dos anos de 1960 e das sugestões pelo uso do setor ambulatorial de serviços psiquiátricos, ainda era explicitada a pouca expressividade desse tipo de atendimento na assistência psiquiátrica como um todo. Em 1970, essa especialidade médica era mais uma vez representada por “uma série de conceitos ultrapassados em relação à gênese, evolução e irreversibilidade da doença mental”, caricaturada pelo grande hospital asilar e pela “ausência praticamente total de instituições ambulatoriais” (Carmo, 1970: 15).

No tocante ao tratamento ambulatorial, apesar de ser eleito como principal agente na reformulação de serviços psiquiátricos eficazes, também ficavam expressas algumas insatisfações com este tipo de serviço. Para Cláudio Carneiro da Cunha, que atuava diretamente em um ambulatório da previdência social, a principal dificuldade vivenciada neste tratamento consistiria na relação entre médico e paciente, produto do excesso de burocracia existente no serviço ambulatorial. Além disso, o aumento do número de pacientes dificultava ainda mais essa relação, impedindo o bom desempenho deste recurso (Cunha, 1970: 55). Os psiquiatras Carmo e Reis (1970) também se pronunciam sobre esse tipo de atendimento, por eles classificado como sendo “arcaica

[a] sistemática ambulatorial que sobrecarrega e amesquinha o médico e irrita o paciente” (Carmo e Reis, 1970: 208).

Apesar desses pontos de vista contrários, eram relatadas experiências alternativas realizadas em instituições psiquiátricas com pacientes previdenciários, passando a compor mais e mais o relato dos médicos, que demonstravam a eficácia no tratamento bem como a redução de custos no emprego de outras terapias, sobretudo por meio do atendimento em ambulatórios, e no emprego de atividades como as comunidades terapêuticas.

Desde 1965, observam-se relatos sobre esses tratamentos alternativos no âmbito da previdência social, ainda na figura dos IAPs. Os psiquiatras de uma clínica particular carioca, Carlos Gary Farias, Hans Ingomar Schreen e Milton Shansis, comunicaram sobre o emprego de uma terapêutica específica aos pacientes previdenciários, em artigo publicado na revista pernambucana *Neurobiologia*. No artigo denominado “Tratamento psiquiátrico hospitalar com pacientes da Previdência Social”, esses especialistas divulgavam o relato sobre o tratamento experimental que vinha sendo realizado com os pacientes previdenciários, empregando o método de atividade grupal ou comunidade terapêutica. De acordo com aqueles médicos, o emprego desse tratamento experimental tinha como objetivo uma racionalização dos recursos, com a assistência psiquiátrica aproximando “o atendimento psiquiátrico hospitalar à realidade da Previdência Social” (Farias, Schreen e Shansis, 1965: 163). O emprego daquela terapêutica se apresentava como mais vantajoso aos pacientes previdenciários, pois “a manutenção e funcionamento desta Comunidade Terapêutica torna-se, portanto, mais econômica”, além de apresentar maior eficácia, permitindo “um atendimento mais amplo e mais real aos associados da Previdência Social, em termos quantitativos e qualitativos” (Farias, Schreen e Shansis, 1965: 167). Relataram que, com a terapêutica experimental da comunidade terapêutica, “se obtém uma integração mais rápida dos pacientes com a comunidade com a estimulação do interesse mútuo e a participação efetiva no próprio tratamento” (Idem). Portanto, além do tipo de tratamento experimentado naquela clínica particular se enquadrar à realidade econômica dos serviços psiquiátricos previdenciários, também se coadunava com as novas propostas para a assistência psiquiátrica em bases comunitárias, recomendadas pela OMS e pelos próprios psiquiatras brasileiros.

Outras experiências alternativas no interior de instituições psiquiátricas privadas, credenciadas pela previdência social eram relatadas, sobretudo as experiências

realizadas na Clínica Charcot, à época dirigida pelo professor Luiz Cerqueira e credenciada pelo Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Servidores do Estado (IPASE). A psiquiatra Maria da Penha Amâncio de Camargo, que também trabalhava na clínica Charcot, ao lado de Cerqueira, publicou artigo na revista pernambucana *Neurobiologia*, onde relatava o sucesso dos “resultados terapêuticos da orientação psicoterápica assumida no decorrer de 2 anos de experiência na Clínica Charcot” (Camargo, 1970: 273). Os métodos alternativos de atendimento psiquiátrico aos pacientes previdenciários desenvolvidos nesta clínica ilustram outros artigos que foram publicados em meados de 1970, entre eles Cerqueira e Camargo (1970), que defenderam o emprego de dois novos elementos terapêuticos, os quais teriam possibilitado a “revisão completa dos velhos critérios para internar”: os psicofármacos e a psicoterapia. Esses psiquiatras indicaram que “num ambulatório de massa que pretenda ter sua tônica terapêutica na psicoterapia, as drogas modernas constituem frequentemente inestimável ajuda” (Cerqueira e Camargo, 1970: 270). Para esses psiquiatras da Clínica Charcot, a hospitalização em psiquiatria expressaria “posições doutrinárias ultrapassadas” (Cerqueira e Camargo, 1970: 270). A psiquiatra Joelza Pereira da Silva, também da Clínica Charcot, seguiu na mesma linha analítica ao demonstrar a eficácia no tratamento de neuróticos em ambulatórios, sem necessidade de internação (Silva, 1970: 282).

Os “bons resultados” encontrados na experiência da Clínica Charcot animavam os psiquiatras daquela instituição “a persistir embora pelas condições cada vez piores de remuneração e por muitas outras medidas restritivas, o IPASE nos venha quase forçando a parar e recuar, refugiando-nos na clínica particular individual” (Camargo, 1970: 278). O sucesso da assistência na Clínica Charcot, credenciada pelo IPASE, devia-se ao fato de que, naquele instituto, funcionava um departamento específico para o planejamento da assistência psiquiátrica, a Divisão de Saúde Mental. Esta divisão era gerenciada pelo psiquiatra Neves Manta, o qual teria conquistado “vantagens econômico-financeiras” através da “credenciação de clínicas ambulatoriais” com o IPASE, para o atendimento psiquiátrico aos previdenciários (Camargo, 1970: 273).

Os três trabalhos acima citados, além de constarem nas publicações da *Neurobiologia*, em 1970, também foram apresentados ao IX Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, realizado em 1969. Tais publicações podem ser compreendidas como relatos de experiências alternativas eficazes ao modelo tido como obsoleto e ineficaz da assistência psiquiátrica tradicional. Além disso,

representavam alternativas também econômicas à realidade do sistema previdenciário. Neste sentido, esses três artigos ensejaram “a defesa de um trabalho como o da Clínica Charcot, para que a própria Nação, através da classe pobre que frequenta nossos consultórios, continue a se beneficiar das modernas aquisições da Psiquiatria”, isto é, terapêutica ambulatorial, psicoterapia, e psicofármacos (Camargo, 1970: 278).

Também na área da saúde pública ocorreram experiências semelhantes, onde se observa que as propostas de assistência psiquiátrica bis moldes comunitários eram experimentadas pelos psiquiatras que também usavam os periódicos especializados para divulgar as conclusões positivas dessas experiências, tendo como base, sobretudo, a utilização do espaço ambulatorial. Em 1968, o psiquiatra Fernando Luiz Vianna Guedes, em parceria com outros autores ligados a um ambulatório do SNDM, relatou experiências de atendimento psiquiátrico em ambulatórios daquele serviço, demonstrando que o tratamento ambulatorial era uma alternativa viável para a saúde pública.²⁷ Essa experiência, levada a cabo pelo SNDM, expressava que “se em muitas situações não conseguimos evitar uma re-hospitalização, estamos convencidos de que dilatamos o tempo entre uma internação e outra” (Guedes *et. al.*, 1967:100). Neste sentido, e segundo esses psiquiatras, a expansão dos serviços ambulatoriais se coadunava com as necessidades da comunidade a que assistiu. A descentralização da assistência da figura do hospital, com a inserção do atendimento em ambulatórios, teria permitido “uma distribuição de assistência psiquiátrica mais ampla e menos onerosa (...) evitando que os enfermos tenham que percorrer grandes distâncias com o fim de obter serviços” (Guedes *et. al.*, 1967: 101). Neste relato de experiência terapêutica em ambulatório da rede pública de serviços, os psiquiatras teriam chegado às seguintes conclusões:

a) resultando em economia para o Estado, de leitos-dia onerosos e escassos. b) possibilitando a manutenção do paciente no meio familiar e, em alguns casos, no próprio ambiente de trabalho. c) permitindo o tratamento de surtos psicóticos agudos, em regime aberto por ação terapêutica intensiva e imediata. d) controlando os egressos das instituições psiquiátricas, mantendo-os em nível ambulatorial ou dilatando os intervalos das internações (Guedes *et. ali.*, 1968: 102).

²⁷ Guedes, à época psiquiatra do SNDM e chefe de um ambulatório daquele órgão, escreveu o artigo em parceria com outros três psiquiatras: Enóe de Carvalho Castro, psiquiatra diretor do Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul; Gladis da Cruz Ferreira, psiquiatra do SNDM e também chefe de um ambulatório daquele órgão; Walmor L. Berger, médico psiquiatra do Departamento de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, e também chefe de um ambulatório daquele órgão.

Apesar da ocorrência dessas experiências no interior de instituições públicas e privadas, o panorama da assistência psiquiátrica, ao final dos anos de 1960 era caracterizado por seguir uma

orientação tradicional da hospitalização, deixando os serviços externos – ambulatorios – inteiramente dissociados da comunidade, mal instalados, sem pessoal adequado e em número insuficiente para preencher as suas finalidades. Em decorrência, os hospitais permanecem superlotados e os doentes perambulam pelas ruas ou povoam as cadeias (Ferraz, 1969: 151).

Como já foi destacado, em 1970 ocorreu o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, cujo tema foi “Saúde mental e assistência psiquiátrica no Brasil”, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), e que reuniu comunicações de diversos psiquiatras brasileiros, sintetizando as principais questões que estavam implicadas a esta área naquele momento. Como destaquei no tópico anterior, esse congresso foi identificado como momento culminante da “crença na irreversibilidade do movimento de Psiquiatria Comunitária” (Vaissman, 1983: 40). As comunicações desse evento analisaram o modo como a assistência psiquiátrica estava sendo operacionalizada no país, e também apontava para a inadiável reestruturação dos serviços psiquiátricos, denunciando os maus usos da assistência, de modo que este congresso congregou as discussões dos psiquiatras da década anterior, cuja principal tônica era a transformação dos serviços psiquiátricos.

Clóvis Martins, diretor da *Revista Brasileira de Psiquiatria* e membro do conselho executivo da ABP, reiterou o debate sobre a reformulação dos serviços de atenção ao doente mental de forma “imperativa e urgentemente”, alertando para o fato de que as “poucas e sofridas (...) disponibilidades materiais, financeiras e humanas (...) são mal aproveitadas, mal distribuídas e mal administradas”, levando à necessidade de se “debruçar sobre o atendimento do doente mental e a examinar os princípios e preceitos técnicos com que abordá-lo e tratá-lo, dentro da realidade nacional, remanejando os recursos humanos e institucionais” (Martins, 1970: 489).

No sentido desta reformulação, Martins sugeriu que fosse criada uma comissão composta por representantes acadêmicos (membros da ABP), e do Estado (representado tanto por membros tanto do SNDM como do INPS), além de outros profissionais da área da saúde, que juntos elaborariam uma nova legislação psiquiátrica. Essa legislação, que regeria os princípios da psiquiatria operacionalizada no Brasil, estabeleceria as

normas e condições para promoção de uma assistência que fosse “efetiva e real”, levando em conta os princípios da psiquiatria comunitária (Martins, 1970: 490). Além disso, aconselhava uma série de pontos específicos, como:

1. Instalação obrigatória de clínicas e serviços de psiquiatria e medicina psicossomática em todos os hospitais gerais existentes no país; 2. Instalação gradual, com estímulo das entidades estatais e paraestatais responsáveis pela assistência e tratamento do doente mental, de serviços de hospitalização parcial e clínicas abertas; 3. Criação de cursos de formação e aperfeiçoamento de pessoal técnico nos seus diferentes níveis, de acordo com o estágio em que se encontra a assistência psiquiátrica atual, e coerente com a realidade social e econômica brasileira (Martins, 1970: 490).

Como se verifica, este membro da ABP, que foi também o coordenador geral daquele congresso, tocou nas principais questões que vinham sendo discutidas pelos psiquiatras na década anterior, isto é, remodelação dos serviços psiquiátricos com base nos princípios da psiquiatria comunitária, descentralizando-os da figura do hospital psiquiátrico tradicional – seja com a inserção do ambulatório, seja com a criação de clínicas abertas, ou mesmo serviços em hospitais gerais; alteração da legislação psiquiátrica, entre outros. Além disso, Martins (1970) inseriu também no debate a formação de equipe técnica para atuar junto ao psiquiatra, conformando a equipe multiprofissional. A formação de uma equipe multiprofissional e a formação de auxiliares em psiquiatria já havia sido mencionada por Carmo (1970), que alertava para o fato de que “o pessoal subalterno mobilizado é quase sempre recrutado arbitrariamente, sendo frequente encontrar-se entre eles criminosos, alcoolistas, toxicômanos e psicopatas de toda espécie, não só nas entidades públicas como também nas privadas” (Carmo, 1970: 23).

Tanto a formação técnica quanto a equipe multiprofissional apresentam-se como pontos necessários para a eficácia terapêutica da psiquiatria. Entretanto, era denunciado o fato de que na “assistência médica do INPS não há destaque formal para serviço social médico, não contando a psiquiatria com assistente social psiquiátrica, como igualmente não conta com psicóloga” (Cerqueira, 1970b: 460). A importância da formação técnica da equipe multiprofissional, com base nos preceitos da psiquiatria comunitária, foi debatida pelos acadêmicos Seldin, Silveira e Cunha (1970)²⁸, que afirmaram:

²⁸ Jacob Seldin e Ronaldo da Silveira, à época, eram acadêmicos da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Consideramos que todos os funcionários de uma instituição hospitalar que utilize a terapêutica comunitária como estrutura de funcionamento, podem ser transformados em auxiliares psiquiátricos. Ora, funcionar como comunidade terapêutica significa, em última análise, a adoção de uma estrutura democrática de funcionamento, onde pessoal técnico, funcionários e pacientes convivem, assumindo a responsabilidade de administrar a instituição. E mais: que tal instituição considera que um dos seus aspectos terapêuticos mais importantes está exatamente nesta convivência (Seldin, Silveira e Cunha, 1970: 498).

A necessidade de formação da equipe multiprofissional, contando com o psiquiatra, a assistente social e o psicólogo, além de enfermeiros e técnicos especializados na área da psiquiatria, de modo a estarem qualificados a prestar atendimento específico ao paciente mental, também ocupou a edição de 1969 do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Nesta edição, o JBP congregou as comunicações sobre a equipe multiprofissional em psiquiatria, apresentadas no IX Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, ocorrido no Rio de Janeiro naquele mesmo ano.

O professor Luiz Cerqueira, que à época era o segundo secretário da ABP, também participou do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, onde reivindicou a reformulação da legislação psiquiátrica, criticando o que era preconizado para a assistência naquele momento, como se pode verificar abaixo:

Sem nenhuma caricatura pode-se afirmar que está perfeitamente legal, com a melhor classificação e portanto, com o melhor pagamento, o hospital psiquiátrico babilônico que tenha o menor índice de renovação anual, o maior tempo de permanência, a maior taxa de óbitos e taxa de ocupação superior a 100, contanto que tenha também cirurgia. Pode ter, para 2 mil doentes, uma única enfermeira diplomada, só uma assistente social (de tempo parcial) e simples amostra de terapêutica ocupacional, pois espera-se tudo, em psiquiatria, dos aspectos não humanos do hospital, nesta solução. (...) o que o DNPS afinal estimula é o macro-hospital, com tôdas as suas desvantagens, quando devia ser eliminado o estabelecimento com mais de 300 a 500 doentes, não recomendados pela OMS. Mas o macro-hospital é de custo baratíssimo. Barato para o empresário de saúde, porém caro para o INPS, pelo baixo rendimento, em termos de saúde (Cerqueira, 1970b: 458).

As proposições deste acadêmico denunciavam o formato em que funcionavam os serviços psiquiátricos públicos e privados, caracterizados pelo modelo da grande

instituição asilar, refutado não só pelos psiquiatras da década de 1960, mas que desde 1950 era tido como modelo ineficaz. Também era relatada a incongruência da legislação psiquiátrica em consentir a propagação desse modelo tradicional de psiquiatria. Esse professor enfatizou, portanto, os árbitros da legislação dos serviços psiquiátricos, informando em tom de ironia que se os hospitais deixassem

cronificar os doentes, não tem importância. Um aparelho de eletrochoque dá pontos, naturalmente, e se o hospital não o tiver está desclassificado de saída - mesmo que esteja estruturado como a mais séria comunidade terapêutica, com os melhores índices de eficiência. Não adianta alegar que não precisa recorrer a técnicas repressivas, que funciona com equipe multidisciplinar, com supervisão dinâmica, que dispõe de profissionais-hora além do exigido - está eliminado se não fizer choques (...) Se o preço da internação não é lá grande coisa, obrigando o empresário da saúde a se defender com o hospital babilônico, já o preço da consulta é insignificante (Cerqueira, 1970b: 459).

Um ponto até então inédito, que foi destacado por este psiquiatra, refere-se ao baixo preço pago pela previdência dos serviços psiquiátricos credenciados, fator que teria relação direta na eficácia do tratamento dos pacientes. Ao pagar pouco pelo serviço, seja internação ou consulta, a previdência desestimularia a construção do pequeno hospital com poucos pacientes – modelo defendido como mais eficaz que o macro-hospitalar. Com o que era pago pelos serviços psiquiátricos previdenciários “realmente só dá para guardar os doentes, e alguns conseguem pingues lucros guardando-os aos montes. Louvados sejam os que guardam e reabilitam” (Cerqueira, 1970b: 474). Para solucionar tal impasse, Cerqueira sugeriu uma negociação juntos aos empresários da saúde, isto é, os donos das clínicas e casas de saúde em convênios com a previdência social para que os serviços por eles ofertados fossem formulados no objetivo da reabilitação do paciente, com base em unidades psiquiátricas regionais “considerados de tratamento intensivo: internação integral por curto período, semi-internação (hospital-dia, hospital-noite), pronto-socorro psiquiátrico e ambulatório” (Cerqueira, 1970b: 473).

Este modelo sugerido conciliaria tanto os interesses da assistência psiquiátrica como o dos doentes, bem como dos empresários – os quais seriam “compensados por novas fontes de renda: as consultas ambulatoriais, os atendimentos de emergência até domiciliares, as semi-internações” – bem como aliviaria o INPS de gastos desnecessários (Cerqueira, 1970b: 473).

Também era denunciada a política do chamado *leito-chão*, isto é, quando o número de pacientes internados nos hospitais era superior ao número de camas existentes no mesmo, indicando a superlotação. Entretanto, este aspecto não se restringiria somente ao hospital público, como se destaca:

Paradoxalmente o que propicia a proliferação do leito-chão é uma filosofia assistencial da qual resulta apenas uma política de mendigar mais leitos, e não de exigir mais serviços extra-hospitalares, mais pessoal, mais carga horária. E a assistência particular, de certo modo como o aprendiz de feiticeiro, já agora passa a ser vítima daquela mágica que tanto a beneficiou (Cerqueira, 1970a: 504).

Ainda no contexto do I CBP também era denunciado o grande índice de internações “desnecessárias” dos quadros nosológicos de alcoolismo e neuroses, sobretudo nas instituições particulares, que poderiam ser tratados fora do regime nosocomial. Essas internações desnecessárias iniciariam um ciclo vicioso, onde o paciente começaria a habituar-se ao ambiente institucional e que, por falta de tratamento à egressos, decorria na reinternação (Cerqueira, 1970b: 469).

Ficava constatada a má utilização dos recursos psiquiátricos, com a excessiva utilização dos leitos hospitalares e as internações desnecessárias, sobretudo em estabelecimentos privados em convênio com a previdência social, mesmo havendo

determinações ministeriais [que] restringem isto a serviços pioneiros, recomendando serviços de terceiros a serem contratados obedecendo uma ordem de prioridades encabeçadas por aqueles ligados a entidades classistas e outros sem finalidade lucrativa (Cerqueira, 1970b: 454).

As experiências de terapias alternativas da Clínica Charcot foram mais uma vez relatadas pelos psiquiatras daquela instituição no I Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Como foi apresentado acima, foi preconizado naquela clínica particular, credenciada pelo IPASE, o emprego do atendimento ambulatorial com o aumento do número de consultas por pacientes, além da indução de psicofármacos, padrão que teria garantido a redução sumária do número de internações e reinternações que, conseqüentemente, implicaram na redução dos astronômicos gastos do IPASE com assistência psiquiátrica. Por meio dessa experiência, ficava demonstrado “numericamente, ser possível deter as internações, caras, por meio do tratamento ambulatorial 10 a 20 vezes mais barato e *n* vezes mais cômodo para os pacientes” (Cerqueira, 1970b: 463). Portanto, com base em tais experiências,

provou-se que pode ser quebrado o ritmo ascensional das internações através destes serviços extra-hospitalares. Mesmo que se tivesse mantido o mesmo número, já seria uma vitória, Vitória, porém, que só pode ser cantada quando os hospitais se dinamizarem, não anulando o esforço dos ambulatórios (Cerqueira, 1970b: 466).

Mais uma vez, era ressaltado que os resultados positivos da racionalização dos recursos e promoção de uma assistência psiquiátrica realmente eficaz, como na caso da Clínica Charcot, era produto de um aspecto do IPASE, que mantinha um órgão específico para gerenciar os rumos da assistência psiquiátrica naquele instituto, a mencionada Divisão de Saúde Mental, dirigida por um psiquiatra, doutor Neves Manta. Pela ação deste psiquiatra, naquela divisão se “pôde antever, com tôdas as consequências, a extensão do atendimento ambulatorial como a única maneira hábil de deter a onda avassaladora das internações” (Cerqueira, 1970b: 467-468).

Ao inserir essa peculiaridade do IPASE, que teria garantido o sucesso da política de assistência psiquiátrica naquele instituto, Cerqueira (1970b) irrompe suas queixas sobre o “destino da assistência psiquiátrica no país” que estaria “entregue a leigos”, exigindo que no INPS também a psiquiatria recebesse autonomia para gerenciar seus programas assistenciais (1970b: 461). Pelo que também afirma,

não é só de sua suficiência, nas altas esferas, que os psiquiatras se queixam. Dada a precariedade de formação médico-psicológica dos médicos em geral, esta mesma incompreensão nos cria os maiores tropeços em todos os níveis de chefia, pela dificuldade de entenderem que psiquiatria não é exclusivamente medicina, ciência natural, necessitando de maior autonomia e audiência em qualquer serviço médico, até mesmo pelo seu porte, por seus custos (Cerqueira, 1970b: 461).

O resultado das pesquisas realizadas pela CPAP e de pesquisas realizadas posteriormente também figuravam nos anais I Congresso Brasileiro de Psiquiatria. No momento daquele evento estava sendo realizado o levantamento da assistência nacionalmente, de modo que as comunicações concentravam-se, especificamente, sobre a assistência no então Estado da Guanabara. O trabalho da CPAP teria garantido, de acordo com Cerqueira (1970b), a diminuição das internações ocorridas no Rio de Janeiro, no período em que “os gastos com internações psiquiátricas vêm crescendo à galope no Brasil” (Cerqueira, 1970b: 462). Sobre a comissão da qual participou, Cerqueira observou ainda que,

*Com as tímidas, mas inadiáveis medidas tomadas pela C.P.A.P. – enquanto teve o apôio da autoridade que a criou – denunciando deformações gritantes, sugerindo um programa assistencial generoso, com ênfase na assistência extra-hospitalar, ouvindo os colegas dos ambulatórios – a Comissão demonstrou que basta gritar **basta** e resultados já surgem. Surgem também pedras nas cabeças de pessoas decentes” (1970b, 463).*

Em outro artigo, apresentado no I CBP, Cerqueira (1970c) realizou a análise dos índices de *tempo médio de permanência, índice de renovação anual, readmissões, taxa de óbitos* em relação ao *índice de ocupação dos hospitais*, de 1968, também com base nos levantamentos estatísticos do SNDM. Esse professor esclareceu, por meio da análise desses dados, a eficiência da assistência psiquiátrica tanto pública quanto privada, onde caracteriza a situação vivida no serviço público marcado pelo “generalizado abandono (...) bem maior que o da precária assistência particular” marcado pela “ausência de serviços extra-hospitalares” e classificando o hospital psiquiátrico por “antiterapêutico” (Cerqueira, 1970c: 502). Demonstrava ainda a incapacidade reabilitadora do hospital psiquiátrico, apesar das condições da rede dos serviços privados serem um pouco melhores que a dos serviços públicos; mas, alega-se que a assistência nos pequenos hospitais, fossem eles públicos ou privados, seria mais eficaz,

para desêpero de certos administradores mais interessados na economia do que no doente (...) coerentemente, nas duas assistencias [pública e particular], êles apresentam taxa de readmissões, índice de renovação anual, tempo médio de permanência e taxa de óbitos 2 a 3 vêzes melhores que no macro-hospital” (Cerqueira, 1970c: 504).

Os psiquiatras Hamilton Sequeira e Célio Assis do Carmo, em artigo denominado “Deformação no uso do leito hospitalar psiquiátrico no INPS-GB”, denunciavam as “distorções mais gritantes no uso do leito hospitalar psiquiátrico pelo sistema assistencial operante” (1970: 495), em que destacavam a “insuficiente estruturação terapêutica do Hospital, o acúmulo de internações desnecessárias torna os índices assustadores”, apontando para o grande número de pacientes neuróticos e alcoolistas internados, cujos casos poderiam ser solucionados no serviço ambulatorial (Sequeira e Carmo, 1970: 496). Acrescentavam que,

à impotência da rêde ambulatorial justapõem-se as insuficiências e distorções da rêde hospitalar funcionando ainda tradicionalmente, num regime de instituição fechada, estanque,

basicamente asilar. Observa-se, em consequência, a marginalização de um grande número de pacientes, aleatoriamente sendo petequeados entre os ambulatórios e hospitais, de acôrdo com os interesses dêsses e nem sempre de acôrdo (Cerqueira e Carmo, 1970: 496).

Esses psiquiatras, assim como os demais, solicitavam a reestruturação do atendimento aos doentes mentais nos moldes da psiquiatria comunitária, alegando que “sem um enfoque médico-psicológico-social, que veja o paciente na sua globalidade, não será possível a reestruturação, reordenação, integração, coordenação, regionalização e supervisão adequada e eficiente dos serviços” (Cerqueira e Carmo, 1970: 496).

A reivindicação de atendimento extra-hospitalar para o acompanhamento dos pacientes egressos, evitando, desta forma, as reinternações também foram um dos pontos abordados por Martins (1970), que indagava “de que vale um tratamento quimioterápico impecavelmente indicado e irrepreensível na sua aplicação, se depois da alta o doente é completamente abandonado?” (Martins, 1970: 489).

Além dos dados gerais sobre os estados da federação, contidos em Cerqueira (1970b), também se observa relatos sobre experiências ocorridas no estado da Paraíba (Costa et. ali, 1970: 491-493), em Pernambuco (Mendonça e Mariz, 1970: 493-495; Bastos e Lacerda, 1970: 505-507; Valter *et. al.*, 1970: 510-512); bem como sobre o estado de São Paulo (Grywac, 1970: 513-517).

O debate que conformou o I CBP, como destaquei, congregou questões que vinham sendo discutidas pelos especialistas ao longo da década de 1960, mesmo que pontualmente, e solicitavam a reformulação da assistência psiquiátrica, tanto em nível normativo quanto em nível prático. Aqueles psiquiatras esperavam com o evento, “que as autoridades da previdência recebam de bom grado seus apêlos compreendendo tratar-se de uma colaboração os estudos apresentados sobre o tema” (Cerqueira, 1970a). Cerqueira sintetiza o debate indicando que

até que ocorram aquelas modificações estruturais nada impede que a previdência utilize melhor seus recursos financeiros já existentes. Basta aplicar, do que se despence atualmente com hospitalização, a parte correspondente a aparentes gastos com pronto-socorros psiquiátricos, semi-internação, ambulatórios, enfermarias em hospitais gerais e unidades psiquiátricas regionais... (...) Os esquemas sugeridos não atentam contra a emprêsa de saúde privada. E que atentassem – pois a previdencia é para os previdenciários. Também não atentam contra os rendimentos em têrmos de saúde de comunidade. Muito pelo contrário. Atentam, sim, contra o mito de que

remédio de doido é cadeado pelo resto da vida. Mito de que só participam leigos. Mito cultivado também por interesseiros e displicentes (Cerqueira, 1970: 476).

Ficavam, portanto, registradas naquele congresso as reivindicações dos psiquiatras neste momento histórico. Dentre as reivindicações destacou-se: a maior expressividade do atendimento nos ambulatórios, pois considerava-se como uma alternativa eficaz e viável à realidade da previdência, possibilitando a reabilitação do paciente mental, bem como garantindo a redução dos gastos com tratamento psiquiátrico por esse serviço.

Mesmo depois daquele congresso continuaram sendo divulgadas as experiências ocorridas na Clínica Charcot. Em 1971, o psiquiatra José Carlos Zanin destacou, em artigo publicado pela *Neurobiologia*, ser “possível, com uma forma intencional e planejada de tratamento, produzir resultados num ambulatório com um tipo de paciente psicótico determinado, o previdenciário, dentro da problemática da Previdência e da Psiquiatria social” (Zanin, 1971: 23). Através do relato de diversos casos, tratados somente com atendimentos ambulatoriais, Zanin (1971) chegava a conclusão de que o recurso do atendimento extra-hospitalar poderia servir como “meio de evitar internações indevidas contra certa rotina de internar frente aos menores sinais de psicose; como maneira de aperfeiçoar a clínica de segmento; como sugestão de modelo a se desenvolver na Previdência Social” (Zanin, 1971: 28). Outros artigos foram também publicados nessa mesma perspectiva, divulgando os positivos resultados com o tratamento extra-hospitalar, em alternativa ao dispendioso e ineficaz tratamento tradicional asilar (Cerqueira, *et. al.*, 1971: 85).

* * *

Como foi demonstrado acima, o debate em torno da modificação dos serviços psiquiátricos no país, tendo por base o modelo da psiquiatria comunitária, ocorria desde o início da década de 1960, isto é, antes mesmo da unificação dos IAPs e do expressivo aumento da assistência psiquiátrica previdenciária. No cerne do que era discutido ao longo daquela década e início dos anos de 1970, estavam as reivindicações sobre a transformação do atendimento ao doente mental em todas as modalidades assistenciais, públicas, privadas ou previdenciárias. Apesar da existência de denúncias sobre o lucro indevido com os serviços psiquiátricos, como foi enfatizado por Vaissman (1983) e

Resende (1987), as questões trazidas pelos psiquiatras que vivenciaram a assistência naquele momento correspondiam, sobretudo, à eficácia do atendimento aos doentes mentais, sugerindo a substituição da psiquiatria tradicional, que privilegiava a internação, por uma modalidade de assistência postulada nos serviços de comunidade, como estava recomendado pela OMS. Tais reivindicações se coadunavam com a necessidade de racionalização dos custos da assistência psiquiátrica naquele momento, marcado tanto pelo aumento na utilização dos serviços psiquiátricos, como pelo aumento dos custos com tais serviços. Nesse sentido, as propostas de reformulação da assistência sugeriam um replanejamento dos serviços, de modo a serem mais vantajosos terapêutico e orçamentariamente.

Seguir o que era preconizado pela OMS significava introduzir, na realidade da assistência psiquiátrica brasileira, o formato comunitário, descentralizando da figura do grande hospital asilar o cerne do atendimento, e estimulando os serviços abertos, sobretudo o do ambulatório, os pequenos hospitais psiquiátricos e também o atendimento psiquiátrico em hospitais gerais. O reordenamento dos serviços assistenciais psiquiátricos garantiriam a finalidade última da psiquiatria, isto é, a reabilitação social do paciente. Devido a isso, a ênfase no atendimento garantia ao paciente a permanência em seu contexto sociocultural.

Sem dúvida, os congressos e periódicos especializados representaram um importante espaço de discussão sobre o estado no qual se encontrava o atendimento ao doente mental no Brasil, e sobre o que poderia ser modificado tendo em vista a eficácia da saúde mental. Nesse espaço, também foi questionada a legislação que regulava e fiscalizava os serviços psiquiátricos em vigor desde a década de 1930 que, de acordo com os especialistas da área, apregoava um modelo arcaico da assistência e que já teria dado provas de sua ineficácia. Também as propostas de renovação da legislação psiquiátrica apontavam na direção da psiquiatria comunitária, bem como sugeriam maior rigor na fiscalização de seus serviços assistenciais.

Contudo, quase uma década após as primeiras reivindicações acerca da situação da assistência psiquiátrica, observa-se a permanência da solicitação de reformulação dos serviços psiquiátricos e da denúncia sobre a precária situação em que eram tratados os doentes mentais no Brasil. Nesse sentido, emergiam também os relatos sobre a eficácia do tratamento ambulatorial tanto nos pacientes previdenciários como na assistência pública, representando uma alternativa positiva para a situação em que a psiquiatria se

encontrava, em resposta viável ao elevado custo dos serviços psiquiátricos e a baixa eficácia do serviço então privilegiado: a internação.

Esse debate sobre a renovação dos serviços psiquiátricos ganhou força, sobretudo quando a ele foram incrementadas as pesquisas realizadas pela CPAP e por outros trabalhos como o de Cerqueira (1968), que demonstravam, por meio dos dados estatísticos do SNDM, as deturpações da assistência psiquiátrica naquele momento, principalmente em relação aos serviços previdenciários. Apesar disso, não observei, no discurso psiquiátrico, a existência de uma relação dicotômica entre a assistência psiquiátrica pública e a privada.

O momento que tanto a historiografia quanto os escritos médicos retrataram coincide com o da criação de uma instituição psiquiátrica privada específica, conveniada com o INPS: a Casa de Saúde Santa Teresa, fundada em 1970 na cidade cearense de Crato, seis meses antes da ocasião daquele mencionado I Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

Algumas condições de possibilidade da assistência psiquiátrica nacional àquela época favoreceram a criação desta instituição privada. Ainda que setores da sociedade civil, representados por instituições científicas e profissionais, estivessem na mesa de discussão sobre a política assistencial psiquiátrica, afirmando a ineficácia do modelo da internação psiquiátrica, esse foi o modelo assistencial, ofertado pelo setor privado, que residiu na criação da casa de saúde de Crato.

No próximo capítulo, busco observar como este panorama nacional da assistência psiquiátrica foi articulado à prática de saúde e da assistência à psiquiatria em nível estadual e local.

CAPÍTULO 2 – Crato, Cariri e Ceará: os serviços de saúde e assistência psiquiátrica

Neste capítulo, elaboro uma contextualização sobre o histórico dos serviços de saúde em Crato, em correspondência com a região do Cariri e o Estado do Ceará, buscando destacar a trajetória da assistência à saúde da cidade do Crato até o momento da década de 1970. Pretendo, com isso, compreender o modo como estavam dispostos os serviços a fim de perceber o espaço assistencial no qual se inscreveu a Casa de Saúde Santa Teresa ao ter sido criada em 1970. Para tal feito, faço um passeio historiográfico analisando o que foi produzido nesta temática sobre a assistência à saúde em geral e à psiquiatria em específico.

Alguns médicos cearenses se ocuparam da construção do campo analítico da história da saúde e da medicina cearense, e a história por eles contada herdou determinada perspectiva analítica, que tendeu a reproduzir *uma certa* visão da historiografia tradicional sobre o Ceará. Tais produções podem ser identificadas no universo de trabalhos que Edler (1998) assinala como *estudos pioneiros* ou *clássicos* em história da medicina no Brasil. Trata-se de uma literatura precursora sobre o tema, produzida pelos próprios médicos que tencionavam consolidar seu espaço de legitimidade profissional dentro da sociedade, ao passo que construía a história da medicina no Brasil. Estes textos apresentam homogeneidades historiográficas em que,

fatos, personagens, e instituições do passado encontram-se articulados em narrativas que buscam estabelecer um contraste com crenças e valores corroborados pela prática médica vigente, traduzindo uma concepção evolucionista das ciências médicas. Tal esquema teleológico apoia-se, geralmente, na armadilha representada pela noção hipostática de precursores – espíritos clarividentes atuando sob um pano de fundo dogmático e tradicionalista (Edler, 1998: 170).

Os *estudos clássicos* da medicina cearense, por sua vez, herdaram uma perspectiva analítica da própria historiografia tradicional produzida neste estado, onde o evento das secas representa um mote central, a partir do qual foram construídas as diversas narrativas ocorridas naquela espacialidade. Uma imagem caricaturada é estabelecida sobre o Ceará, que por meio dessa perspectiva analítica passa a ser compreendido como

terra difícil de regar, de condenada plantação.(...) Terra que estorricada pelos verões, foi enegrecida apenas pelas secas, já que aí negro houvera pouco e quase livre. Pátria do retirante,

faminto, maltrapilho, devorado pelas doenças e pela miséria, refazendo periodicamente o drama bíblico dos êxodos (Albuquerque Jr., 2004: 7).

Segundo o historiador Durval Muniz de Albuquerque Junior (2004), esse *modo-de-contar* a história do Ceará representaria uma forma minimalista e pouco complexa de analisar as transformações históricas ocorridas naquele estado. A perspectiva de valorização de aspectos específicos, como os eventos das secas enquanto determinantes das condições de atraso do estado, foi disseminada e consolidada como um modo tradicional de se contar a história cearense. Por meio dessa história tradicional sobre o Ceará eram enfatizadas as catástrofes sociais, e sobretudo climáticas, com destaque para o papel social da fome, doença, miséria e sina de se retirar do cearense.

Sendo assim, a história da medicina e da saúde cearense contada pelos médicos assume as linhas gerais dessa história tradicional, como se pode observar no trabalho de Vinícius Barros Leal, intitulado *História da medicina no Ceará*, onde descreve:

o malfadado séquito caminhava estonteante, rumo às serras, guiado por cegos reflexos, talvez mesmo, pelo instinto e conservação da espécie. Só nelas existia a esperança de salvação, de encontrar algo que mitigasse aquela sede, que matasse aquela fome (Leal, 1979: 54).

Tal perspectiva também pode ser identificada na obra *História da Saúde Pública no Ceará*, do médico cearense José Policarpo Barbosa. De acordo com este médico, os cearenses teriam sido historicamente submetidos

a condições sociais extremamente precárias. O homem, nesta situação, fica submetido, sem proteção alguma, a elementos adversos, sem as mínimas condições de defesa. Prova disto são as grandes tragédias que tornam a história do Ceará marcada por repetidas situações de seca – fome – miséria – epidemia – sofrimento – e dor (Barbosa, 1994: 13).

Essa perspectiva, considerada por Durval Muniz de Albuquerque Junior como tradicional, perpassa também uma produção mais contemporânea sobre a história da saúde no Ceará, disseminada por acadêmicos vinculados a produção de pesquisas em saúde pública neste Estado. Nesse sentido, observo o trabalho de Montesuma, *et al.* (2006), afirmando em sistematização histórica da saúde que o Ceará,

ao longo da sua história, apresenta dinâmica própria de desenvolvimento, como: a direção do processo de ocupação, do sertão para o mar, contrariando o padrão brasileiro; a ausência de matérias primas coloniais; a pequena dimensão do escravismo, uma vez que a pecuária e a agricultura algodoeira

baseavam-se no arrendamento; a ocupação econômica tardia, derivada da resistência indígena e da política colonial que, pelo século XVIII, reservou a área para tampão entre os brasis português e holandês; além de irrupções de secas inclementes, de movimentos messiânicos e de pronunciamentos separatistas, até os espasmos de uma industrialização retardatária (Montesuma, et ali., 2006: 7).

Como se observa, esses autores também apontam que a precariedade das condições sociais que se reproduziram naquela demarcação geográfica, tais como “secas cíclicas, ocupação econômica retardatária e dependente, além dos turnos de monocultura na maioria das vezes extrativistas” teriam consequências determinantes sobre sua situação sanitária do estado (Montesuma *et. al.*, 2006: 7).

Com isso, observamos que a seca, somada a outros fatores, como os assinalados acima, representam uma constante na historiografia tradicional sobre o Estado, e que inspirou também as produções sobre a história da medicina ou a história da saúde cearense, que foram, por sua vez, produzidas por profissionais da área da saúde.

Outros pontos comuns também perpassam as análises, como o relato sobre as epidemias de varíola, febre amarela e cólera, que grassaram no estado ao longo do século XIX, sempre agravadas pelas secas e pela fome (Barbosa, 1994: 55; Leal 1979: 41; Montesuma, *et. al.*, 2006: 10). Além disso, esses trabalhos se identificam no aspecto de focalizar mais a capital do estado, em detrimento de análises sobre demais regiões interioranas, embora se encontre neles informações sobre outras regiões do estado, inclusive sobre o Crato e a região do Cariri.

Um movimento posterior na historiografia cearense teria surgido, em certa medida, com o intuito de distanciar-se das conclusões premeditadas pelo modo como era tradicionalmente contada a história daquele estado, garantindo respostas mais diversas e complexas às transformações históricas daquele estado. As proposições analíticas desta nova forma de se contar a história do Ceará estavam alicerçadas na busca por novos métodos, fontes e perspectivas de pesquisa que buscaram senão a superação do tema das secas – entre outros fatores como a fome, miséria, a sina de retirar, complexificar as justificativas históricas, relativizando a importância deste evento no contexto dos diferentes objetos analisados. Nesta nova forma de contar a história do Ceará a seca não desaparece, mas sua incidência não é algo dado como justificativa primeira e última das questões presentes naquele Estado, de modo que o evento da seca passa a ser relativizado e analisado no intuito de identificar sua

relevância em cada objeto e momento histórico em foco.²⁹ Esta tendência da historiografia geral do Ceará teve efeitos sobre a produção da história da saúde cearense.

Nos trabalhos que foram produzidos por historiadores não só de ofício, mas também de formação, foram elaboradas perspectivas analíticas mais complexas para os eventos relacionados com a saúde no Ceará. Também se observa o aumento do interesse nas histórias locais, ainda que prevaleçam pesquisas sobre a capital cearense, Fortaleza. Nesta perspectiva, verifica-se o trabalho de Lima (2009), que analisa as políticas assistenciais de combate à lepra em Fortaleza, e também o de Gadelha (2012), no qual se conta a história da primeira associação médica daquele estado, analisando o Centro Médico Cearense, criado em 1913.

Em se tratando especificamente da psiquiatria, encontra-se o trabalho de Oliveira (2011), historiadora que se propõe a contar a história da primeira instituição psiquiátrica do Estado, o Asilo de Alienados São Vicente de Paula, fundado em 1886 nos arredores de Fortaleza. E também a pesquisa de Freitas (2012), historiadora que discute a construção do discurso sobre a loucura e a psiquiatria no contexto de construção daquele Asilo de Alienado São Vicente de Paula. Esses trabalhos apresentam uma perspectiva de análise sobre a história da psiquiatria e da loucura no Ceará, enfatizando os aspectos do controle social e das estratégias de exclusão de sujeitos tidos como loucos, inibindo sua livre permanência e circulação no espaço urbano.

Em outro sentido analítico, observo o trabalho de Sampaio (1988), que faz um estudo de caso sobre a instituição psiquiátrica estadual cearense Hospital de Saúde Mental de Messejana, inaugurada em 1966 nos subúrbios da capital cearense. Este psiquiatra realiza uma análise específica do campo da saúde pública e assistência psiquiátrica, aproximando suas proposições aos debates de Vaissman (1983) e de outros profissionais da área da saúde, que discutiam sobre a racionalidade da assistência psiquiátrica no período da ditadura militar, conforme debatido no capítulo anterior.

Detidamente sobre Crato e a região do Cariri, observo que as narrativas sobre a história da saúde e da medicina foram produzidas, sobretudo, por médicos e intelectuais locais. Dessa forma, à semelhança da capital, que teve as primeiras narrativas sobre a história da saúde na região escrita por médicos e historiadores de ofício, também é possível encontrar os mencionados *estudos clássicos* ou *pioneiros* da história da saúde

²⁹ Exemplo desse movimento é a coletânea de trabalhos organizados por Simone Souza (2004), cujo título se chama, *Uma nova história do Ceará*.

no Cariri, escritos sob a pena de médicos nativos, que estiveram inseridos em projetos de desenvolvimento da cultura letrada para a região.³⁰ Esses trabalhos de história da saúde se traduzem, sobretudo, em artigos publicados em revistas culturais da região, como por exemplo o artigo escrito pelo médico cratense Pinheiro Monteiro, intitulado “O Cariri através da medicina”, publicado em 1956 pela *Revista Itaytera*. Outra referência da produção local que contribuiu para construção da história da saúde no Cariri foi o livro *Efemérides do Cariri*, do médico cratense Irineu Nogueira Pinheiro (conhecido como simplesmente Irineu Pinheiro), publicado em 1963. Nessa obra de efemérides caririenses, publicada após o falecimento de seu autor, constam o registro de acontecimentos de relevo para a história da região, onde também se encontram os dados sobre a assistência à saúde local, como instalação dos primeiros serviços assistenciais, hospitais, postos de saúde, entre outros. Artigo mais contemporâneo sobre a história da saúde no Cariri foi escrito pelo médico Napoleão Tavares Neves, intitulado “A evolução da medicina no Cariri através dos tempos!”, publicado também na *Revista Itaytera*, em 1992.

Também observo o trabalho do religioso Oliveira (1961), que conta a história de criação do primeiro hospital cratense. Ainda sobre a produção de profissionais da área da saúde sobre a história da saúde local observo o artigo das enfermeiras Carvalho e Sousa (2007) que, sob uma perspectiva bem específica de análise, fazem um relato sobre a saúde pública nas cidades caririenses de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha.

O campo da história da saúde no Cariri ainda é pouco abordada por historiadores de formação, de modo que encontro o trabalho de Alexandre (2010), que fez um estudo sobre as representações do jornal cratense *O Araripe* sobre a epidemia de cólera, ocorrida em meados do século XIX, observando o modo como essa epidemia foi incorporada ao discurso político de atores sociais daquela cidade.

As investidas analíticas acerca do interior cearense sobre a temática da loucura, psiquiatria e saberes afins ainda são bastante tímidas. Encontrei somente um trabalho acadêmico produzido pela enfermeira Cleide Correia Oliveira (2000), que discute a presença da loucura e dos sujeitos tidos por loucos na cidade de Crato, no período anterior à criação da Casa de Saúde Santa Teresa. Esta autora constrói sua narrativa sobre a atuação dos sujeitos tidos por loucos, por meio da coleta de relatos de cratenses que conviveram com aqueles personagens, além de inserir outros vestígios que relatam

³⁰ Conforme será visto no próximo capítulo, a construção de uma cultura letrada da região corresponde à outra faceta na história do Cariri e particularmente na de Crato, que discuto no próximo capítulo.

sobre a presença desses personagens, como artigos nas revistas culturais da cidade, literatura de cordel, e cantigas populares locais. Oliveira (2000) parte do princípio de que, antes da criação da Casa de Saúde Santa Teresa os sujeitos tidos como loucos conviviam em harmonia com as pessoas da cidade e, após a institucionalização da loucura, com a inauguração daquela instituição, eles teriam sido segregados do espaço de convívio urbano.³¹

Portanto, a narrativa sobre a história da saúde em Crato, em correspondência com a do Cariri e do Ceará, que procuro contar neste capítulo, obedece aos limites apresentados pela bibliografia na qual me baseio, de modo que busco traçar um panorama sobre o estado dos serviços de saúde nessa especialidade até a década de 1970.

Ao lado disso, construo outra via analítica para contextualizar o momento de criação da CSST, onde percorro os arquivos oficiais da assistência psiquiátrica, analisando a documentação primária produzida, organizada e mantida pelo órgão federal regulador e fiscalizador da assistência psiquiátrica nos estados, o Serviço Nacional de Doenças Mentais – criado em 1941 e, posteriormente, substituído pela Divisão Nacional de Saúde Mental, em 1970. Com isso, busco compreender o desenvolvimento da assistência aos doentes mentais, observando quais eram os serviços assistenciais psiquiátricos que estavam em funcionamento no estado cearense naquele momento. Elaboro a trajetória da assistência psiquiátrica cearense por meio das correspondências, ora escrita pelos cearenses envolvidos com os serviços psiquiátricos, ora pelos próprios membros do SNDM ou da Dinsam. O conteúdo desse material diz respeito a relatórios estatísticos sobre movimentação dos pacientes no interior dos hospitais; solicitação de auxílio financeiro; fluxos orçamentários para despesas com psiquiatria naquele estado. Além dos dados estatísticos sobre a assistência psiquiátrica, nestes arquivos é possível apreender a história dos hospitais e casas de saúde psiquiátricas cearenses contadas sob a perspectiva de suas instituições, na intenção de se fazerem conhecidas pelo órgão federal regulador da psiquiatria, SNDM e Dinsam. O meu intuito, por meio desses documentos, é compreender quais serviços assistenciais psiquiátricos estavam em funcionamento naquele estado até a criação da CSST em

³¹ As conclusões dessa autora seguem a lógica semelhante da proposta por Engel (2001), dado também identificado pela escolha do título do trabalho de Oliveira (2000), inspirado também no título do trabalho que consagrou Engel (2001) no campo da história da psiquiatria no Brasil.

1970, e assim poder melhor localizar o espaço ocupado pela CSST nessa assistência especializada quando de sua criação em relação a todo o Estado.

A região do Cariri encontra-se no extremo-sul do Ceará. Apesar de haver uma demarcação oficial elaborada pelo IBGE, não há consenso sobre os limites políticos e culturais daquela região, como demonstra o geógrafo Silva (2010: 28), que apresenta pelo menos seis demarcações distintas das cidades que comporiam o que é conhecido por Cariri cearense.³² Nesse sentido, os limites que conformam a região do Cariri cearense variam de acordo com os critérios eleitos para tal demarcação, podendo ser de ordem cultural, climática, social ou econômica. Ainda segundo Silva (2010),

em seus processos sociais, ou seja, em sua história e em seu povoamento, no seu quadro natural, caracterizado por sua geografia, hidrologia, tipos de solo, relevo e clima, bem como em sua rede de comunicações e nas relações de troca e fluxos estabelecidas com áreas de influência hierárquica de suas cidades, as matrizes que explicam sua configuração regional e o seu regionalismo, diferenciando-a do entorno (Silva, 2010: 28).

Sendo assim, a diferenciação e demarcação política e cultural da região pode ser variável, de acordo com os objetivos e critérios eleitos para tal delimitação. Das distintas acepções acerca do que conformaria o Cariri – que oscilam desde a existência de oito até vinte e sete municípios, haveria um consenso sobre a existência de um núcleo central predominante, representando uma referência hegemônica correspondente ao triângulo CRAJUBAR – em alusão às cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha. No entanto,

para alguns, a região coincide com toda a parte sul do Estado, em razão da presença da Chapada do Araripe, que proporciona uma forte identidade regional e se encontra distribuída ao longo dos seus limites – Paraíba, a leste, Piauí a oeste e Pernambuco ao sul –, além da existência desta identidade regional, existiria também o fato de que as cidades instaladas nessa área mantêm entre si uma forte relação interna (Silva, 2010: 29).

É sobre essa demarcação espacial correspondente ao extremo-sul cearense, também conhecido como Região do Cariri, e que atualmente tem como pólo central estas três cidades, Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, que busco compreender como estavam organizados os serviços assistenciais à saúde no período de criação da Casa de Saúde Santa Teresa, em 1970.

³² Segundo o IBGE, o Cariri cearense possui área total de 4.115,828km², dividida nos municípios de Barbalha, Jardim, Juazeiro do Norte, Missão Velha Nova Olinda, Porteiras e Santana do Cariri.

2.1 – Uma certa história da saúde no Crato, Cariri e Ceará

Um só olhar retrospectivo que revolve o pó da civilização na zona sul do Estado, que rememore fatos dos velhos tempos monárquicos e das mais longínquas épocas coloniais, dar-nos-à, rapidamente, uma idéia precisa de como os predecessores exerciam o ofício clínico, desde as unturas aos emplastos até a medicina dos raios X e do Laboratório que se pratica no Cariri atual (Monteiro, 1956: 66).

A citação acima foi retirada de um dos textos que abordam a história da medicina no Cariri, e nela inscrita a história da medicina de Crato, escrita por médicos e intelectuais nativos. O modo como esses profissionais escolheram para narrar os acontecimentos relativos à saúde e à medicina caririense através dos tempos em muito se assemelha à historiografia tradicional sobre a história da medicina no Ceará, quando são abordados os períodos epidêmicos, responsáveis pela chegada dos primeiros médicos da região, bem como os relatos sobre os grandes feitos dos primeiros – e ilustres – médicos que a região conheceu. Os narradores dessas histórias esclarecem quais fatos e assuntos consideram significantes para a história da saúde caririense, de onde ficam de fora:

os estudos das garrafadas nocivas das medicações estapafúrdias que vão desde os excrementos dos animais ao uso da saliva humana; desde o chá das fezes do cachorro nos atacados de sarampo até às orações fortes na espinhela caída e no ramo estupor; desde a urina que se destina a combater os sezões até o cozimento de batatas, aplicado à aniquilação das colites; desde o querozene nos mordidos das cobras, até às beberagens que o curandeiro analfabeto aprendera do negro benzedor das senzalas da escravidão (Monteiro, 1956: 66).

Apesar da restrição sobre o que era e o que não era da alçada da história da medicina caririense, verifica-se uma pequena brecha sobre alguns práticos das artes de curar no interior do Ceará. O relato sobre boticários, que atuaram na região do Cariri antes da atuação efetiva e significativa de médicos na região, é uma constante nessa literatura. Sobre o boticário cratense Joaquim Secundo Chaves, foi afirmado que “a medicina aqui no Crato era praticamente encarnada na figura ímpar [daquele] boticário”, que atuou na região no final do século XIX (Neves, 1992: 63). Secundo também ilustrou os relatos do médico e intelectual Pinheiro Monteiro, que ressaltou a

presença de outros boticários cratenses, como Domingos Lopes de Sena, chamado de Domingos Coxo, e Benedito da Silva Garrido, entre outros que se incumbiram dos cuidados básicos dos caririenses (Monteiro, 1956: 71).

Esses boticários teriam chegado na Região do Cariri somente no século XIX, e a ausência de outros profissionais das artes de curar até este momento teria possibilitado “o desenvolvimento, a rédeas soltas, da curandeiragem que conseguiu medrar, com sucesso absoluto, assim nos sítios como nas cidades, às vistas da simpatia geral” (Monteiro, 1956: 68).

Ponto comum nessa literatura é a narrativa sobre os períodos de epidemia no Cariri, com a primeira epidemia registrada na região ocorrendo em 1862, fazendo com que este ano entrasse “para a história do Ceará como o ano do cólera” (Alexandre, 2010: 57). Esta doença teria se alastrado por todo Estado, e as cidades de Crato e Jardim teriam sido uma das mais devastadas pela epidemia na região (Barbosa, 1994: 58; Leal, 1979: 60). O médico e intelectual Irineu Nogueira Pinheiro, em suas mencionadas efemérides sobre a região, relatou que dos quatro municípios onde foi registrada a presença da moléstia, Crato teria sido a terceira cidade a ser atingida, e a mais arrasada.

33

Ainda de acordo com Pinheiro (1963), a devastação nessa cidade teria sido tamanha a ponto de ser nela criada um cemitério para coléricos, um mês e meio após o aparecimento do primeiro caso de cólera em Crato. Entretanto, como demonstra Leal (1979), a criação de cemitérios para coléricos não foi exclusividade de Crato. A partir da epidemia do cólera teria sido vetado o sepultamento dentro de igrejas, ordenando que fossem construídos cemitérios específicos para as vítimas daquela doença. Várias cidades do interior cearense que foram assoladas pelo cólera “trataram de os construir logo [cemitérios], bem fora da cidade ou vila, em posição que não fosse favorável ao vento, pois, esta era uma das recomendações mais exigidas pelas autoridades” (Leal, 1979: 61).

Este médico e memorialista narra outro acontecimento ocorrido na ocasião da epidemia do cólera, quando as autoridades da cidade pernambucana de Exu colocaram “homens armados nas estradas em Crato e seu município, a fim de impedirem quaisquer

³³ O primeiro foco de cólera no Cariri foi no município de Milagres, seguido de Jardim, Crato e Missão Velha; constando um total de vítimas fatais de 730, 550, 1.100, e 36 pessoas respectivamente. (Pinheiro, 1963: 147-148).

comunicações com a zona flagelada da peste” (Pinheiro, 1963: 147-148). Sobre o mesmo evento Alexandre (2010) informa que

os efeitos calamitosos da peste no Cariri levaram o delegado de política do Exu a instituir um cordão sanitário na Chapada do Araripe, impedindo a entrada no território pernambucano de sujeitos advindos do Crato e de outras localidades afetadas pelo cólera (2010: 151).

Além das medidas de criação de um cemitério específico para a cidade e as contendas entre Crato e a cidade pernambucana de Exu, a ocasião da epidemia do cólera teria sido responsável também pela criação de uma das *casas de caridade*, fundadas pela ação missionária do Padre José Antônio Pereira de Maria Ibiapina– ou simplesmente Padre Ibiapina, como era conhecido em 1865, no município de Missão Velha, mesmo lugar onde apareceu o primeiro caso da doença na região (Neves, 1992: 63; Pinheiro, 1963: 155; Carvalho e Souza, 2007: 208). A ação missionária do Padre Ibiapina, com a criação das *casas de caridade e* outras obras públicas, esteve relacionada aos períodos de miséria em decorrência das secas e/ou das epidemias ocorridas em todo o nordeste interiorano. As *casas de caridade* “eram a um só tempo hospitais, abrigos de velhos, orfanatos e escolas profissionalizantes” (Neves, 1992: 63; Carvalho e Souza, 2007: 209). Sua estrutura era erguida pela mão de obra do próprio povo da região afligida pela fome, seca, epidemia, e eram administradas pelas freiras da congregação criada pelo próprio Ibiapina para este fim (Leal, 1979: 124).

A criação da casa de caridade de Missão Velha, em 1865, representou o início do assistencialismo na região, já que era a primeira vez que a região recebia uma instituição assistencial aos desvalidos. Logo após a criação da casa de caridade de Missão Velha, “a primeira fundada no Cariri” por Ibiapina (Pinheiro, 1963: 150), mais três foram criadas no Cariri, nas cidades de Crato, Barbalha e Milagres, respectivamente, ao longo do ano de 1869 (Pinheiro, 1963: 155-156). Das quatro que foram criadas por aquele missionário na região do Cariri cearense, a casa de caridade de Crato era “um pouco maior e com melhores instalações” que as demais construídas na região (Leal, 1979: 124).

Teria sido ainda no “doloroso ano de 1862, em plena efervescência do cólera-morbo”, que o primeiro médico teria chegado ao Cariri. O doutor Antônio Manoel de Medeiros, pertencente do Corpo de Saúde do Exército, chegou à cidade “com a incumbência de debelar o surto epidêmico da moléstia que então se espalhava, assustadoramente, pelo Crato, Jardim, e localidades circunvizinhas” (Monteiro,

1956:67). No entanto, Leal (1979) indica que a passagem do médico Antônio Manoel de Medeiros pela Região do Cariri teria se dado somente dois anos depois, quando

*um segundo surto em 1864, alcançou também, muitas cidades e, desta vez, o Cariri. Rapidamente, a Presidência enviou uma ambulância médica, chefiada pelo Dr. Medeiros, o Dr. Antonio Manuel de Medeiros, que, além de prestar todos os socorros possíveis aos doentes, ainda publicou, na **Gazeta Cariri**, uns “Conselhos” para a população se precaver contra a epidemia (Leal, 1979: 61).*

Seja em que ano for, tanto Monteiro (1956) quanto Neves (1992) apontam que os primeiros médicos teriam chegado à região na ocasião da epidemia do cólera, como também no surto variolítico ocorrido nos idos de 1879. Com esta epidemia, chegava o segundo médico ao Crato, que “com os métodos preservativos através da vacinação profilática se não consegue, em curto prazo, o desaparecimento da moléstia, pelo menos diminui, sucessiva e aceleradamente, a voragem da mortalidade” (Monteiro, 1956: 68).

Se no interior os médicos chegaram depois dos boticários, na capital do estado os médicos teriam chegado momentos antes em comitiva, junto com os sangradores e boticários, ao final do século XVIII na ocasião da epidemia de febre palustre (Sampaio, 1966: 368). Disso se infere o distanciamento geográfico e histórico entre o desenvolvimento da assistência à saúde ocorrido na Região do Cariri e o mesmo ocorrido na capital. A distância espacial de quase quinhentos quilômetros que separam Crato e Fortaleza também pode ser mensurada temporalmente por cerca de quase um século de distância entre a chegada do primeiro médico na capital e do primeiro médico no interior do estado. O fato de estar distante da capital teria feito com que, não só em termos de assistência à saúde, mas em aspectos intelectuais, políticos e econômicos, essa região se forjasse autonomamente.

As epidemias teriam sido responsáveis pela chegada dos primeiros médicos ao Cariri, enquanto que na capital esses mesmos surtos epidêmicos teriam sido responsáveis pela construção das primeiras “instituições de isolamento, a de Jacarecanga, a da Lagoa Funda, os lazaretos provisórios e a construção da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, inaugurada em 1861” (Montesuma, *et. ali*, 2006: 10). Os lazaretos que foram criados na capital “funcionavam mais como locais aonde os doentes iam esperar a morte, do que como hospitais, com função de curar” (Barbosa, 1994: 49). Em 1819, foi construído um “hospital de tijolo de cal” em Jacarecanga, em um espaço onde já “era colocado os acometidos pelas epidemias”, e entre os anos de 1856 e 1857

foi construído o lazareto de Lagoa Funda como medida para a epidemia de cólera (Barbosa, 1994: 49). De acordo com Montesuma *et al.* (2006), teria sido a partir da criação dessas instituições que o estado cearense teria ingressado “numa prática contemporânea de saúde, exercida por enfermeiros qualificados e médicos formados no Brasil, em Salvador ou no Rio de Janeiro” (Montesuma, *et al.*, 2006: 11).

Assim como os fortalezenses, os caririenses que almejavam o diploma de médico se deslocavam ou para Salvador ou para o Rio de Janeiro. O percurso desses médicos caririenses foi retratado pela literatura local, que descreveu:

os filhos da terra iam para Salvador com grande sacrifício. Percorriam a cavalo do Cariri até Petrolina, atravessavam o Rio São Francisco de canoa e em Juazeiro da Bahia tomavam um trem tipo ‘maria fumaça’ até Salvador! (Neves, 1992: 64).

A cidade de Salvador, na “velha Bahia de Todos os Santos era procurada pelos que queriam obter o cobiçado anel de esmeralda” (Matos, 1982: 123). Além do percurso para a conquista do nobre título de médico, também foi lembrada a penosa atuação dos primeiros médicos na região em fins do século XIX e início do século XX, onde se destacaram as difíceis condições de trabalho enfrentada por esses profissionais.

Supérfluo fôra enaltecer a vida de sacrifícios, de desprendimentos, de altruísmo, e abnegação do seu apostolado na Medicina Rural. Destemidos palmilharam, naquele tempo, de lampeão a gaz e sem automóvel, em todos os quadrantes, nossos agrestes sertões, levando aos lares distantes o lenitivo e a consolação (Monteiro, 1956: 73).

Com base em Leal (1979), em seu livro *História da medicina no Ceará*, foi possível reconstituir um pequeno cenário da saída de caririenses que partiam em busca do diploma de médico entre 1837 e 1937, a saber: ³⁴

Tabela 1 – primeiros médicos caririenses (1849-1934)

Ano de formatura	Nome	Local de formatura
1849	Manoel Marrocos Telles	Rio de Janeiro
1864	Manoel Joaquim da Rocha Frota	Rio de Janeiro
1883	Leonel Nogueira Jaguaribe	Rio de Janeiro
1887	José Alboino de Figueiredo	Rio de Janeiro
1889	Amélia Pedroso Benebien Perouse	Bahia

³⁴ Leal (1979) elabora a relação dos médicos cearenses que se formaram entre os anos de 1837 e 1937, considerando os anos e os locais de nascimento, formatura e falecimento. Embora a relação encontre-se incompleta, como afirma o próprio autor, considero a relevância desses dados para a composição objetiva do número de médicos que saíam do Cariri para se formarem em medicina.

1899	Antônio Filgueiras Sampaio	Bahia
1900	Manoel Monteiro de Alencar	Rio de Janeiro
1902	Dario Peixoto	Bahia
1906	Irineu Lopes de Alcântara Bilhar	Rio de Janeiro
1906	José Odorico Morais	Rio de Janeiro
1910	Eugênio Gomes de Matos	Rio de Janeiro
1910	Irineu Nogueira Pinheiro	Rio de Janeiro
1911	Amâncio Filomeno Ferreira Gomes	Rio de Janeiro
1911	Cícero Pereira de Alencar	Rio de Janeiro
1912	Zaqueu Esmeraldo da Silva	Rio de Janeiro
1913	Miguel Lima Verde	Bahia
1916	Joaquim Fernandes Teles	Bahia
1916	Eliseu Gomes de Figueiredo*	Bahia
1917	Otacílio Sampaio de Macedo	Rio de Janeiro
1922	Leão Sampaio	Rio de Janeiro
1923	Joaquim Pinheiro Monteiro	Rio de Janeiro
1925	João Vitorino da Silva	Bahia
1927	Antenor Gomes de Matos	Bahia
1927	Raimundo da Silva Barreto	Bahia
1929	José Deusdedith de Vasconcelos	Rio de Janeiro
1929	Pio de Sá Barreto Sampaio	Rio de Janeiro
1931	Antonio Lírio Callou	Rio de Janeiro
1931	Antônio Xavier Sampaio	Bahia
1934	Agenor Gomes de Araújo	Recife
1934	Francisco Saraiva Xavier	Bahia
1934	José Alves Teixeira Filho	Rio de Janeiro
1934	José Sisnando de Lima	Bahia

Fonte: tabela por mim construída a partir dos dados contidos em Leal (1979: 185-212).

Acrescentando a somatória dos médicos caririenses acima citados, há ainda Antônio de Sá Barreto Sampaio e José Osvaldo Soares, cujas referências acerca do ano e do local de formatura não foram encontrados. A partir dos dados de Leal (1979), listei o total de trinta e dois médicos caririenses que se deslocaram de sua terra natal para se tornarem doutores, entre meados do século XIX até fins dos anos de 1930. Embora na literatura local conste que a maioria desses médicos buscava a Bahia para este fim, verifica-se que era o Rio de Janeiro o destino predileto dos primeiros médicos caririenses. Esse quadro passa a ser alterado somente a partir de 1934, quando Recife se apresenta como novo destino para os caririenses, que almejavam diploma médico.³⁵

* Acredito que este médico seja o doutor Elégio Gomes de Figueiredo, sobre o qual informa a historiografia local, formado também no mesmo ano de 1916 em Salvador – Bahia. Embora se assemelhe, este médico não tem nenhuma relação de parentesco com um dos fundadores da CSST, doutor Elégio de Figueiredo Abath.

³⁵ Conforme observo no capítulo seguinte, os três médicos fundadores da Casa de Saúde Santa Teresa optaram por receber o diploma médico também na capital pernambucana, de modo que são representantes

Como se pode observar, entre os anos de 1849 e 1899 há registro de que somente seis caririenses saíram da região em busca do diploma de médico – quase um por década. Entretanto, logo na primeira década do século XX se observa que o número de médicos caririenses duplicou, demonstrando o progressivo aumento também verificado nas décadas seguintes.

Dos trinta e dois médicos caririenses, seis eram naturais de Barbalha (Antônio Filgueiras Sampaio, Cícero Pereira de Alencar, Francisco Saraiva Xavier, Antônio Lírio Callou, Antônio Xavier Saraiva e Antônio de Sá Barreto Sampaio), somente um de Juazeiro do Norte (João Vitorino da Silva), três de Santana do Cariri (Amâncio Filomeno Ferreira Gomes; José Deusdedith de Vasconcelos; Manoel Joaquim da Rocha Frota; e José Osvaldo Soares). Os outros vinte e dois médicos eram naturais da cidade de Crato.³⁶

Dentro da literatura regional, alguns desses doutores ganharam considerável destaque, como a médica cratense Amélia Pedroso Benebien Perouse, que seria a primeira mulher cratense e segunda brasileira a se formar em medicina, em um período histórico no qual “no Brasil não se falava em reivindicações femininas” (Matos, 1982: 123). Amélia “como bôa filha dêste recanto da terra de Iracema” não teria vacilado “em sacrificar conforto pessoal, interêsse e alegrias domésticas, na velha cidade de Salvador, para prestar preciosa colaboração à medicina caririense” (Monteiro, 1956: 73).

É importante considerar que os próprios médicos que me auxiliaram a contar essa história da medicina no Cariri também estavam eles próprios vivenciando esta história. O mencionado médico Irineu Nogueira Pinheiro se formou no Rio de Janeiro em 1910, e teve um papel de destaque sobretudo na intelectualidade cratense. Entre outras obras, foi autor do livro *Efemérides do Cariri*, como foi destacado acima. Irineu Pinheiro também se empenhou, juntamente a outros intelectuais de Crato, no fortalecimento e desenvolvimento do apreço à cultura letrada naquela região, tendo sido um dos principais idealizadores do Instituto Cultural do Cariri, academia literária cratense criada em 1953. Irineu Pinheiro teria escrito ainda diversas obras da história local que atestavam “o campo da predileção especializado onde demoradamente militou, com dedicação e extremo entusiasmo”, ainda de acordo com Monteiro (1956),

de outra geração médica, não somente em termos de faixa etária, mas também de lugar da formação acadêmica.

³⁶ Para se ter uma ideia, o número de médicos formados durante o centenário de 1837 a 1947 somam um total de 448, dos quais 112 eram da capital do estado, Fortaleza, e 32 da região do Cariri, conforme Leal (1979).

Entre os cultores das letras no Cariri [Irineu Pinheiro] fôra dos raros que ao lado do Padre Gomes e Denizart Macedo se aplicou efetivamente à História. Historiador vocacional, viveu desde a mocidade perpassando às páginas da história dando alento a expansão real do seu espírito. Evocando da nossa epopeia passada colecionou datas e fatos; catalogou alfarrábios; reviveu os terremotos políticos locais; pairou as vistas pacientemente sôbre os acontecimentos da revolução do Juazeiro; esquadrinhou episódios que remontam aos albores do povoamento e colonização; resumindo e transmudando tudo para um livro verdadeiro e notável – ‘O Cariri’. (Monteiro, 1956: 74).

O próprio autor da citação acima, o doutor Joaquim Pinheiro Monteiro, formado em 1923 também no Rio de Janeiro, foi outro médico que escreveu sobre a história da saúde na Região do Cariri. Poucos anos depois era a vez de Angenor Gomes de Matos receber seu diploma, em 1927, na Bahia. Embora este último não tenha trabalho específico sobre a história da medicina na região, ele esteve diretamente envolvido com o desenvolvimento da intelectualidade e da cultura letrada na cidade de Crato.³⁷

A ação de alguns desses primeiros médicos caririenses é relembrada de forma gloriosa pela historiografia local, muitas vezes construída pelos próprios médicos caririenses. Isso remete ao que fora mencionando no início deste capítulo sobre o modo como foram – e ainda podem ser – escritos os *estudos clássicos* em história da medicina, baseados na compilação de fatos e nos feitos de grandes personagens.

Outros dois médicos que foram alvo de generosos elogios sobre sua atuação na medicina do Cariri foram os doutores Joaquim Fernandes Teles e Elísio Gomes de Figueiredo, ambos formados em 1916 pela Faculdade de Medicina da Bahia. De acordo com Monteiro (1956), esses médicos seriam

duas grandes promessas de clínicos que a terra onde ambos tiveram a felicidade de nascer lhes almejava a chegada com esperança e ansiedade. Dir-se-iam predestinados ao renome que na razão direta do tempo merecidamente grangearam nos arrais da medicina (1956: 75).

Ao mencionar o momento da formatura desses dois médicos, Neves (1992) foi mais ousado, a ponto de dizer que a chegada de Elísio e Joaquim ao Cariri, portando seus diplomas à mão, teria inaugurado a *era médica* na história da medicina do Cariri. Muito embora em 1916 a região já possuísse dezesseis médicos formados, não encontrei registros sobre quantos retornavam ou não para exercer a medicina em sua terra natal.

³⁷ Sobre os aspectos socioculturais da cidade me ocuparei no próximo capítulo.

Doutor Zaqueu Esmeraldo da Silva, formado no Rio de Janeiro em 1912, é outro médico mencionado pela historiografia. Ele teria sido o primeiro psiquiatra cratense, membro de uma família de grande prestígio na cidade, os Esmeraldos, como será destacado no próximo capítulo. Ao lado de Zaqueu, outro cariense que teria atuado na área da assistência psiquiátrica, foi o juazeirense Antonio Xavier de Oliveira embora seu nome não conste na relação de Leal (1979). Conhecido como simplesmente Xavier de Oliveira, esse médico se formou no Rio de Janeiro em 1910. É lembrado pela historiografia local por sua “competência profissional, que o sagrou bom psiquiatra e clínico”, tendo trabalhado no Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro (Monteiro, 1956: 77), ganhando destaque também, por sua atuação como escritor de diversas obras (Menezes, 1984: 143). Esses dois psiquiatras carienses, como destaque no próximo capítulo, foram mais uma vez lembrados na construção da Casa de Saúde Santa Teresa, tendo seus nomes consagrados às alas do hospital.

Outros médicos que passam despercebidos na relação de Leal (1979) ilustraram os relatos sobre a medicina no interior cearense, o que pressupõe que outros médicos carienses se formaram no recorte temporal mencionado. Monteiro (1956) faz uma listagem dos médicos que atuaram na região ao final do século XIX e primeiros anos do século XX, enquanto Neves (1992) privilegia a narrativa sobre os médicos que atuaram na região do Cariri, principalmente a partir da segunda metade do século XX.

A relação entre a medicina e política foi uma constante que percorreu história da saúde do Cariri. Não foram poucos os médicos carienses que se enveredaram pelo mundo da política (Monteiro, 1956: 78). Dentre os médicos que tiveram atuação política na região do Cariri, destaca-se a atuação do barbalhense doutor Leão Sampaio, formado em 1922 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, cujo “nome merece ser assinalado menos pelos benefícios que, a mancheia, prodigalizou do que pelo amor acendrado à ciência e ao trabalho” (Monteiro, 1956: 76), tendo sido deputado federal de 1934 a 1971 (Neves, 1992: 65).

Também Joaquim Fernandes Teles, acima mencionado, tem seu nome constantemente referido por sua atuação na política. Quando retornou à cidade de Crato após a formatura, seu pai, o coronel Teodorico Teles de Quental, era o prefeito da cidade de Crato. Doutor Teles, assim como um de seus irmãos, teria seguido os passos na política abertos por seu pai, uma vez que foi prefeito da cidade do Crato (1928-1934), deputado estadual (1935-1937) e deputado federal (1946-1960). Quando de sua atuação na política, doutor Teles “soube e pode [sic] prestar à medicina e ao meio

caririense um dos maiores concursos que, dentre em breve, teremos oportunidade de apreciar” (Monteiro, 1956: 75). Foi por meio de sua atuação como deputado federal que Joaquim Fernandes Teles conseguiu construir a sede própria da primeira instituição hospitalar da região, o Hospital São Francisco de Assis, além da Maternidade Dr. Joaquim Fernandes Teles (que levou seu nome), como será verificado mais adiante. Sobre a construção daquele hospital foi informado que,

Dom Francisco de Assis Pires, com prévia anuência das irmãs religiosas, deliberou apropriar-se de parte das instalações da Casa de Caridade, deixada pelo Pe. Ibiapina, a fim de abrigar o estabelecimento nosocomial reclamado. O Dr. Fernandes Teles estava entusiasmado com a florescente idéia, e as obras estruturais de adaptação foram iniciadas (Ramos, 1998: 115).

Também como demonstro no próximo capítulo, doutor Teles era pai do também doutor Maurício Monteiro Teles, um dos fundadores da Casa de Saúde Santa Teresa.

A figura de doutor Leão Sampaio e também do doutor Joaquim Teles exemplificam a estreita relação entre medicina e política, que tanto marcou a história da medicina no Cariri, assim como do resto do estado. Tal característica não se resume somente ao interior, reproduzida também na capital e em outras áreas do estado. Desde o século XVIII é possível verificar esse vínculo entre medicina e política, quando o Ceará contabilizava o número de 84 médicos formados, dos quais somente 30 retornaram à sua terra de origem. Os que voltaram atuaram

uns como clínicos, outros como funcionários públicos e, quasi todos, atraídos pelos amavios da política, se emaranharam em suas tricas e acabaram por deixar a medicina em plano secundário de suas cogitações. Dentre os muitos dessa época que, quer como clínicos, quer como políticos, conseguiram renome (Sampaio, 1966: 369).

Tal fato, segundo Montesuma *et. al.*(2006: 10) se refere ao prestígio, ou ao “grande status social” que a medicina detinha naquela localidade e naquele período histórico, o que facilitava a visibilidade social destes médicos e, conseqüentemente, sua inserção no universo político local.

Na década de 1920 o Brasil assistia ao processo de interiorização dos cuidados com a saúde, desenvolvido por meio de uma política de saneamento e de saúde pública. O movimento sanitário, ocorrido nessa década de 1920, foi desenvolvido à reboque de um projeto maior de construção e unificação da nação brasileira, onde a higiene representou “o instrumento por excelência de erradicação das várias doenças que

grassavam no interior do Brasil” (Lima, 2007: 28). No Ceará, essa política também se fez sentir, a interiorização dos serviços de saúde foi corroborada pelo desenvolvimento dos meios de transporte daquele Estado, a partir da

construção das estradas de ferro de Baturité e do Cariri: muitos médicos passam a residir em cidades interioranas; postos de saúde pública começam a funcionar e, em 1925, é inaugurada a Santa Casa de Misericórdia de Sobral (Barbosa, 1994: 68).

O médico e memorialista Irineu Pinheiro registrou que foi criado em Crato, em 1921, o Posto de Profilaxia Rural Justiniano de Serpa. Dois anos depois era a vez de Juazeiro do Norte ser beneficiada pela interiorização da saúde, quando foi inaugurado o Posto de Saneamento Rural Moura Brasil (Pinheiro, 1963: 209).

A instalação desses postos no interior representaria um dos marcos institucionais da saúde no Ceará, com a “criação do serviço de Profilaxia Rural do Ceará, em 1920, com o objetivo de combater as três maiores endemias rurais, ancilostomíase, malária e doença de chagas” (Montesuma *et. al.*, 2206: 12). Entretanto, esse movimento de interiorização dos serviços de saúde ganhou maior relevo na década seguinte, a partir dos anos de 1930, em virtude do processo de remodelação da assistência à saúde, levada a cabo pelo sanitarista Amílcar Barca Pelon, “que organizou uma agenda de saúde até então inédita no estado” (Lima, 2009: 187).

A Reforma Pelon, como ficou conhecida, teve como base o modelo norte-americano de organização dos serviços assistenciais de saúde postulados na centralização normativa e descentralização administrativa. Com essa reforma, o estado do Ceará ficou dividido em cinco regiões ou distritos sanitários, um na capital e quatro no interior do estado. Os distritos eram “constituídos por áreas delimitadas, servindo a uma determinada população, concentrando todas as atividades sanitárias de forma hierarquizada e obedecendo a um comando único” (Barbosa, 1994: 111). Além disso, o plano de saúde para o estado, desenvolvido por Pelon, teve como base a criação do Departamento de Saúde Pública. Este órgão,

aparelhado para a execução de um vasto e complexo programa, propõe-se a cuidar de propaganda, educação sanitária, fiscalização e serviço profissional, epidemiologia e demografia, laboratório, polícia sanitária das habitações, engenharia sanitária, higiene da creança, higiene do trabalho, profilaxia da lepra, sífilis e doenças venéreas, profilaxia da tuberculose e endemia rurais. (...) O interior do Estado foi dividido em 4 setores com postos permanentes incumbidos de atender as

necessidades da saúde pública nas zonas de sua jurisdição
(Sampaio, 1966: 373).

Com a Reforma Pelon, a cidade de Juazeiro do Norte passou a sediar um dos distritos de saúde, passando a ser responsável por todo o extremo sul do estado (Ver mapas em Anexos).

Em 1936, foi construído em Crato o primeiro hospital da Região do Cariri. De caráter filantrópico, este hospital foi produto da ação do bispo cratense Dom Francisco de Assis Pires, que angariou os recursos para instalação daquele nosocômio. Denominado Hospital São Francisco de Assis (HSFA), atendia aos pacientes de toda a região do caririense, como também aos doentes provenientes de estados vizinhos (cf. mapas). Ao ser inaugurado, este hospital assumiu as instalações da antiga casa de caridade de Crato, criada pelo Padre Ibiapina, acima mencionada.

A construção de um hospital para Crato fez parte das aspirações da diocese cratense, ainda quando sob a direção do primeiro bispo, Dom Quintino Rodrigues de Oliveira e Silva, que adquiriu o terreno onde seria construído o prédio definitivo daquele hospital (Oliveira, 1961). A preocupação da diocese com a atenção à saúde dos desvalidos teria ganhado maior importância na ocasião da seca de 1932, quando para Crato afluíram vários retirantes de outras zonas de seca do Estado.

Naquele ano, o Ceará vivenciava a tragédia das secas e, como era de costume, os cearenses castigados pela tragédia da falta de chuvas migravam do sertão em direção à capital do Estado, na esperança de alento para seus reclamos. Uma das estratégias adotadas pelas autoridades do estado para impedir que os sertanejos invadissem Fortaleza, era o incentivo à emigração para outros estados, bem como a criação das frentes de trabalho em diversas obras públicas e, por último, a construção de *abarracamentos* ou *campos de concentração*, com o intuito de abrigar e alimentar a massa de atingidos pelas secas. Sete *campos de concentração* dos flagelados das secas foram criados no interior do Estado, a maioria deles localizados próximos a estações ferroviárias. Crato, que desde 1920 tinha estação ferroviária pertencente a Estrada de Ferro de Baturité, foi sede do *campo de concentração* do Buriti (Rios, 2006: 8).

De acordo com Oliveira (1961), a diocese cratense, na figura de seu bispo, teria acompanhado de perto a experiência ocorrida no campo de concentração do Buriti em 1932 – poucos anos antes da construção do HSFA – o que teria sensibilizado e tornado premente a criação de um hospital em Crato. Outro fator que concorreu para a criação de um hospital teria sido a epidemia de peste bubônica, que atacou Crato em 1936. Em

resposta ao alastramento daquela moléstia na cidade, o bispo do Crato teria disponibilizado o espaço do Seminário São José, também em Crato, para que este servisse de lugar de recolhimento e assistência aos pestosos (Oliveira, 1961: 84). Essas duas experiências, com a ação direta da igreja católica local, teriam sido o estopim para que um hospital fosse assim construído em Crato. Portanto,

A dolorosa e dramática experiência de pastoreio, junto a milhares de flagelados, oriundos da hinterlândia nordestina e concentrados no célebre ‘Campo de Concentração do Buriti’, a três quilômetros desta cidade, num verdadeiro cortejo de dores físicas e morais dos nossos irmãos castigados pela fome e pelas epidemias generalizadas (Oliveira, 1961: 84).

Em março de 1936, quando foram “adquiridas novas dependências da Casa de Caridade e feitas as indispensáveis e urgentes adaptações”, entrou em funcionamento o Hospital São Francisco de Assis que, ao final deste mesmo ano, teria recebido uma soma de cem doentes internos e atendido a “centenas” de clientes externos (Oliveira, 1961: 86). Em pouco tempo de existência, aquele hospital teria recebido um grande auxílio de diversos cooperadores da cidade, inclusive de médicos que trabalhavam de graça no atendimento aos desvalidos de toda a região (Oliveira, 1961: 85).

Nos primeiros momentos de funcionamento, o hospital contou também com o apoio do bispo e de outros religiosos, senhoras de prestígio da cidade, além de três médicos cratenses que atendiam de graça naquele hospital: Irineu Nogueira Pinheiro, Joaquim Pinheiro Filho e Nelson de Queiroz Carreira (Oliveira, 1961: 86). Ao final de 1936, foi fundada a Sociedade Beneficente do Hospital São Francisco, com o intuito de realizar a manutenção daquele nosocômio, sendo “composta de pessoas de ambos os sexos, a qual, como o próprio nome indica, terá fins exclusivamente de beneficência e caridade para com os enfermos indigentes”, funcionando “em caráter provisório numa das dependências da ‘Casa de caridade’, no lado norte, cedida por escrito pelo representante da comunidade proprietária da casa” (Pinheiro, 1963: 219). Os cinquenta e três sócios que compunham essa sociedade eram, segundo Oliveira (1961), “elementos de escolta da gleba caririense” e “luminosa projeção do espírito católico do povo cratense, verdadeira cristalização da caridade evangélica, guindando-se às alturas de formidável escala de benemerências” (Oliveira, 1961: 81). Portanto, a criação daquele primeiro hospital da região do Cariri, teria sido resultado

da cooperação indômita de valores e esforços, somando-se preciosas energias de preciosos vultos das diversas classes sociais, avantajando-se, de modo edificante a nossa classe

médica, sob o comando do insigne Pastor, sob o prestigioso páblio dos auspícios da Diocese cratense (Oliveira, 1961: 85).

O apoio da igreja católica ao Hospital São Francisco de Assis não teria se restringido à sua criação. A partir de 1946, a administração interna dos serviços daquele hospital teria ficado ao cargo das religiosas da congregação de São Vicente de Paula. Algumas das religiosas ou irmãs de caridade, como eram chamadas, que chegaram ao HSFA já tinham experiência na administração de outros hospitais nordestinos. Portanto,

em fins de 1945, em dependências da Casa de Caridade de Crato, generosamente cedidas pela respectiva Superiora, Beata Ana Alexandrina, mediante pequena compensação, concretizada em melhoria da Capela, ultimavam-se os trabalhos de adaptação nos aposentos das Irmãs, sem ônus para o Hospital, uma vez que o Exmo. E Revmo. Sr. D. Francisco de Assis Pires, em mais um dos seus repetidos gestos de caridade, disputava a honra de financiar aquela obra (Oliveira, 1961: 96).

Como se observa, o primeiro espaço assistencial criado em Crato, antes mesmo da construção do hospital, partia de uma ação encaminhada pela igreja católica naquela região. O apoio da igreja católica para a construção do aparato de assistência médica no Ceará é destacado por Lima (2009), que associa a criação do HSFA às linhas gerais como era então articulada a saúde no estado cearense, onde instituições filantrópicas dividiam com o Estado a responsabilidade de organização dos serviços de assistência à saúde dos desvalidos (Lima, 2009: 197). Além disso, essas próprias instituições filantrópicas que promoviam assistência à saúde recebiam subvenções municipais ou estaduais para a oferta dos seus serviços. Tais estratégias

demandavam menor esforço e constituíram-se numa tarefa mais fácil do ponto de vista operacional e sob a ótica política local com retorno mais imediato, que as longas barganhas com o Governo Federal (apesar das mesmas terem sido feitas). Desse modo, talvez seja possível compreender por que as instituições filantrópicas de saúde continuaram se mantendo no estado e na capital por toda a década de 1930 e 1940 (Lima, 2009: 188).

Como sugere Lima (2009) esse formato de assistência à saúde com base no apoio das instituições filantrópicas embora garantisse o interesse de elites locais teria impedido “acordos mais amplos que poderiam ter sido efetuados com o governo federal para a instauração de mecanismos governamentais e oficiais de saúde pública”, representando um atravancamento da efetivação de políticas oficiais de saúde no Ceará (Lima, 2009: 198).

Assim sendo, o HSFA ilustraria essa perspectiva de construção do aparato de assistência à saúde cearense, onde a falta de uma ação específica do estado ou do município para este fim levava à atuação de entidades filantrópicas e caritativas que, em diversos momentos, angariavam verbas públicas para os estabelecimentos que criavam. Exemplo desse padrão se observa na ação do mencionado médico cratense Joaquim Fernandes Teles, quando exercia o mandato de deputado federal, em 1945. Neste momento, este médico “carreava as verbas possíveis que a Diocese de Crato aplicava religiosamente no crescimento do seu hospital que era o único num raio de 50 léguas” (Neves, 1992: 66). Tais verbas conquistadas por Joaquim Fernandes Teles teriam garantido a construção da sede própria do HSFA, no terreno que a diocese já possuía para este fim desde a atuação do primeiro bispo da cidade.

Na cerimônia de inauguração do novo prédio do HSFA, o então diretor da instituição, doutor Antônio Macário de Brito, teria solenemente saudado o “Dr. Joaquim Fernandes Teles, pelos serviços que este, como deputado federal, prestou ao benemérito instituto” (Pinheiro, 1963: 237).

1. Fachada Hospital São Francisco de Assis



Fonte: Farias Filho (2007: 247).

Outras duas instituições de saúde foram construídas na Região do Cariri sob circunstâncias semelhantes à da construção do HSFA: a Maternidade São Lucas, instalada em Juazeiro do Norte no ano de 1946. Este hospital, o primeiro a ser criado na cidade vizinha de Juazeiro do Norte, foi produto da ação política do médico barbalhense Leão Sampaio, quando este também exercia mandado como deputado federal (Neves, 1992: 66). A segunda instituição também foi uma maternidade, construída em 1951 na cidade de Crato, novamente por meio do apoio de Joaquim Fernandes Teles. Foi

denominada de Maternidade Dr. Joaquim Fernandes Teles, em homenagem ao benfeitor daquelas duas instituições. Naquele mesmo ano, era também fundado em Crato o Hospital Infantil. Tanto a maternidade quanto este hospital tiveram suas dependências anexas ao prédio do HSFA (Pinheiro, 1963: 236).

Em 1950, foi construída em Crato sua primeira casa de saúde particular, a Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição, fundada com parceria de três médicos da região: Valdemar Pena, José Gesteira e Dalmir Peixoto (Pinheiro, 1963: 233).

Esses eventos podem ser interpretados segundo Leal (1979), afirmando que a partir de 1948 diversos hospitais foram criados em todo o interior do Ceará, alguns com “verbas públicas, mas a maioria de propriedade particular ou de associações comunitárias que, uma vez começada a obra, conseguiam subvenções de deputados para o prosseguimento até o funcionamento” (Leal, 1979: 127).

No campo da saúde pública, também se observou um aumento dos serviços assistenciais, a partir dos anos 1940, quando se intensificou a atuação de sanitaristas no interior do estado (Leal, 1979: 127). Nesse período, foram criados no Cariri mais dois novos postos de profilaxia rural; um em Crato e outro em Barbalha, cujas especialidades eram respectivamente: puericultura e endemias rurais. A fundação desses serviços é registrada por Pinheiro (1963), que descreve a solenidade de inauguração do “Pôsto de Puericultura” em 1946 na cidade do Crato, que contou com a presença do bispo da sociedade cratense.

2. Posto de Profilaxia Rural



Foto de Eféisio Abath em Farias Filho (2007: 246).

Também em 1940 a cidade de Barbalha ganhava “Pôsto de Tracoma” (Pinheiro, 1963: 226). Em 1951, mais uma vez Crato recebia um novo serviço de saúde pública,

passando a sediar Posto de Endemias Rurais (Pinheiro, 1963: 235), no mesmo ano em que Barbalha também passava a contar com o “Pôsto de Puericultura do Centro Municipal da Liga Brasileira de Assistência” (Pinheiro, 1963: 236).

Além do aumento dos serviços de saúde, com a chegada dos hospitais e postos de saúde pública, o número de médicos da região também teria aumentado a partir da segunda metade do século XX: “pouco a pouco com a chegada de novos médicos, a medicina no Cariri ia caminhando na crista dos tempos, robustecendo-se e extrapolando as fronteiras regionais” (Neves, 1992: 66). Até meados dos anos de 1950, os serviços de saúde na região do Cariri estavam dispostos na seguinte forma:

Tabela 2 - Serviços de saúde na região do Cariri (1921-1952)

Ano	Instituição	Local	Modalidade
1921	Posto de Profilaxia Rural Justiniano Serpa	Crato	Público
1925	Posto de Saneamento Rural Moura Brasil	Juazeiro do Norte	Público
1936	Hospital São Francisco de Assis	Crato	Particular Beneficente
1944	Posto de Tracoma	Crato	Público
1946	Posto de Puericultura	Crato	Público
1946	Posto de Tracoma	Barbalha	Público
1946	Hospital Maternidade São Lucas	Juazeiro do Norte	Particular Beneficente
1950	Casa de Saúde N. S. da Conceição	Crato	Particular
1951	Hospital Infantil	Crato	Particular Beneficente
1951	Posto de Endemias Rurais	Crato	Público
1951	Posto de Puericultura	Barbalha	Público
1951	Maternidade e Hospital Infantil	Crato	Particular
1952	Maternidade Dr. Teles	Crato	Particular

Fonte: Quadro construído a partir dos dados contidos em Pinheiro (1963).

Logo no início da década seguinte, em 1963, foi construída em Crato a segunda instituição de saúde particular da cidade, a Casa de Saúde São Miguel S/A, construída por meio de uma associação de diversos médicos da cidade, muitos que trabalhavam juntos no HSFA. Como observarei no próximo capítulo, os três médicos fundadores da Casa de Saúde Santa Teresa também fizeram parte dessa sociedade. Em 1967, outro empreendimento particular da saúde foi criado em Crato, a Casa de Saúde Joaquim

Bezerra, cuja especialidade era a tuberculose, entidade fundada pelo médico cratense Raimundo Bezerra de Farias.

Os serviços de saúde que foram criados em Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha atendiam não somente à Região do Cariri, mas também a diversas cidades de outros estados que faziam limites com aquela região.

Das cidades que compõem a região do Cariri, como se pode perceber, Crato demonstrou ter uma centralidade na prestação dos serviços da saúde; dentre os aspectos que justificam essa centralidade, estava o fato de Crato congregar o maior número de serviços de saúde pública; de ter sido a sede do primeiro hospital da região. Além disso, como foi acima observado, essa cidade também tinha a tradição de enviar mais cidadãos para se formarem em medicina.

2.2 – Uma história oficial da psiquiatria no Ceará

A história da psiquiatria no Ceará parece começar em fins do século XIX, isto sem considerar o acolhimento dos sujeitos tidos como *loucos* ou *débeis mentais* nas cadeias públicas e nos porões da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. A primeira instituição especificamente destinada ao cuidado dos doentes mentais no Ceará foi criada somente em 1886, partindo de uma iniciativa da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Esta instituição, que passou a ser chamada de Asilo de Alienados São Vicente de Paula, foi o décimo hospício fundado no país, e situava-se no subúrbio da capital cearense, em uma localidade denominada Parangaba.

O asilo teria sido criado com o intuito de equacionar o “problema do estacionamento de doentes mentais no espaço urbano, salvando-os do abandono das ruas e do escárnio do povo”, também de retirar os doentes mentais “dos seios de suas famílias e da associação com os crimes”, além de solucionar a problemática da “superlotação da Santa Casa e sua inadequação clínico-espacial ao tratamento de doentes mentais que lá se encontravam” (Montesuma *et al.* 2006: 11).

Por outro lado, a criação desta instituição esteve atrelada a resolução da problemática dos flagelos das secas, pois a construção do prédio onde funcionou o Asilo de Alienados foi uma das frentes de trabalho no contexto das secas ocorridas, especificamente, em 1877 e 1879, que reuniu as vítimas da falta de chuva vindas do interior, que migravam em direção à capital. Esse mesmo recurso ocorreu em outras

obras públicas de melhoria do espaço urbano na capital cearense, onde foi alocada a mão de obra dos sedentos do interior do estado e, como mencionado anteriormente, era uma das estratégias das autoridades cearenses, assim como a criação dos *campos de concentração*, frente os fluxos de migração dos indesejados (Rios, 2006: 22).

Tanto Oliveira (2011) quanto Freitas (2012) percebem a criação deste Asilo de Alienados atrelada a criação de outras duas instituições cearenses que também foram construídas pelas frentes de trabalho durante as secas de 1877 e 1879, a Colônia Cristina e o Asilo da Mendicidade. A primeira, uma para guardar órfãos, e a segunda para guardar pobres. Essas historiadoras compreendem a construção dessas instituições (a de loucos, a de órfãos e a de pobres) como estratégias de exclusão dos organismos de administração pública do Estado do Ceará, que pretendiam limpar e ordenar a capital do Estado, segregando do convívio urbano a presença inoportuna desses personagens em um momento no qual a capital cearense vivenciava um processo semelhante à *belle époque* vivida em terras cariocas, isto é, limpeza e aformoseamento do espaço urbano, bem como moralização das condutas públicas (Oliveira, 2011; Freitas, 2012).

A historiadora Oliveira (2011) atesta para a ausência de dados sobre a situação dos doentes mentais cearenses antes da criação do Asilo de Alienados de São Vicente de Paula, o que seria demonstrativo da falta de importância que a problemática dos alienados teria em tempos de “regularidade social e climática” no estado cearense (Oliveira, 2011: 109). A seca teria alterado “completamente essa situação, na medida em que as autoridades públicas e a caridade particular empenharam-se em esforços para construir um espaço destinado ao recolhimento dos loucos” (Oliveira, 2011: 109). Contudo, os maiores beneficiados com a construção do asilo não teriam sido os doentes mentais, como afirma Oliveira (2011: 88), mas sobretudo os flagelados da seca, os quais encontravam na ocasião de construção do asilo uma oportunidade de moradia, trabalho e sustento.

O Asilo de Alienados de São Vicente de Paula, posteriormente conhecido como Hospital Psiquiátrico de São Vicente de Paula (HPSVP), teve sua história contada também pelos diretores dessa instituição, quando encaminhavam cartas ao SNDM solicitando verbas para a manutenção da mais antiga instituição de atendimento aos doentes mentais do Ceará.³⁸ De acordo com Jurandir Pincaço, diretor desta instituição,

³⁸ Não encontrei referência na documentação do SNDM sobre quando este hospital passou a ser assim chamado.

[ela] mais conhecida pelo nome de Asilo de Alienados de Parangaba, foi criada devido a iniciativa do Comendador Severiano Ribeiro da Cunha, Visconde de Cauype e Vice Provedor da Santa Casa, impressionado com 'o fato de ter contemplado, errante e perseguida, andrajosa e faminta, uma pobre louca, nas ruas da cidade. ³⁹

Para sua construção, o hospital contou com as “esmolas angariadas pela Mesa Administrativa da Santa Casa”, cujo prédio foi erguido em terreno doado por José Francisco da Silva Albano, o então Barão de Aratanha. ⁴⁰

Durante pelo menos sessenta anos este asilo foi o único refúgio para acolhimento dos sujeitos tidos como loucos ou doentes mentais de todo o Estado, recebendo também pacientes de estados vizinhos que não possuíam alternativa assistencial. Acredito que o HPSVP também tenha recebido, em algum momento, pacientes do interior que eram encaminhados à Fortaleza, embora valha lembrar que esse trajeto só se tornou menos desgastante a partir de 1920, quando entrou em funcionamento a Estrada de Ferro de Baturité, cortando o norte e o sul do estado. Como mencionei no tópico anterior, essa estrada teria favorecido a interiorização dos serviços de saúde no Ceará, tanto pela intensificação da atuação dos sanitaristas entre as décadas de 1920 e 1940 como pelo incentivo à ida dos médicos para trabalharem no interior. Acredito ainda que essa estrada também tenha facilitado a ida de caririenses à capital para receber assistência a saúde em geral e também psiquiátrica em específico. Nesse sentido, suponho que pelo menos os doentes mentais de Crato ou de outras cidades caririenses, que não estavam nas ruas ou nas cadeias da cidade, ou mesmo trancafiados em celas domésticas, podiam ser encaminhados por seus familiares à capital, isto é, os que para isso dispunham de recursos para a viagem de trem. Sendo assim, suponho que possivelmente alguns pacientes do Cariri foram acolhidos naquele hospital, visto que este era o único do estado.

As instituições psiquiátricas que foram criadas posteriormente partiram de uma lógica semelhante à da criação do HPSVP, ou seja, estiveram vinculadas às instituições filantrópicas religiosas, muito embora de orientação espírita. Data de 1935 a criação do segundo hospital de assistência aos doentes mentais cearenses, a Casa de Saúde São Gerardo, fundada pela Liga Espírita do Brasil, também na capital do estado. Segundo Sampaio (1988), esta casa de saúde teria sido a primeira instituição psiquiátrica a operar

³⁹ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ env. 5324 *Asilo de Alienados São Vicente de Paulo: Histórico*; Colônia Juliano Moreira, s/d.

⁴⁰ Idem.

em regime particular em toda a região norte e nordeste do país (Sampaio, 1988: 90). Foi fundada pelos médicos Vandick Ponte e Jurandir Picanço (Medeiros, 1977: 40; Sampaio, 1984: 373-374), este último também diretor do HPSVP, conforme mencionado acima. Em 1948, foi criada a Casa de Saúde Antônio de Pádua, que representava uma “sociedade de caráter filantrópico e beneficente, destinada ao tratamento de doentes nervosos, mentais e obsedados de qualquer sexo ou crença religiosa, pelos modernos processos terapêuticos e psíquicos”, e que era vinculada ao Departamento Hospitalar da União Espírita Cearense.⁴¹

Além do HPSVP e das casas de saúde São Gerardo e Antônio de Pádua, durante a década de 1940 também funcionava na capital cearense outro serviço psiquiátrico, o Ambulatório de Saúde Mental, criado em 1945. Este serviço assistencial estava vinculado ao SNDM, e tinha como prioridade o atendimento a “gente pobre, migrada do interior do estado” (Medeiros, 1977: 45).

Antes de discutir mais a fundo o desenvolvimento dos serviços assistenciais psiquiátricos no Ceará, faço uma incisão analítica em torno das propostas de reforma e ampliação da assistência psiquiátrica nos anos de 1940.

2.2.1 – A assistência psiquiátrica no Ceará nos anos de 1940: um esboço de reformulação

Em 1945, foi criado no estado do Ceará o Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP), por meio de um decreto assinado pelo coronel J. Machado Lopes, interventor do Estado. Este órgão era designado a realizar a assistência psiquiátrica no Estado, e seria conformado por um Pavilhão destinado ao tratamento de pacientes crônicos e agudos, além de uma Secção de Profilaxia de Higiene Mental, imbuída de

*orientar o público sobre a natureza, a causa e a curabilidade das doenças mentais, fazer a prevenção das psicopatias e colaborar com os serviços pré-natal e profissional, bem como realizar a assistência social dos egressos dos hospitais, e organizar a estatística geral de todos os serviços da assistência a psicopatas.*⁴²

⁴¹ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 808/ Env. 6826. *Solicitação de auxílio financeiro para construção e reforma, 21/2/1973.*

⁴² Decreto-lei 1.382 de 20 de outubro de 1945 - “Cria o Serviço de Assistência a Psicopatas e dá outras providências”.

O artigo terceiro da lei que criou o SAP informa que os “doentes mentais agudos e crônicos serão internados no Pavilhão, em instalações adequadas”, e em momento oportuno, “e na medida das possibilidades econômico-financeiras” do SAP seriam criados um “Manicômio Judiciário, o Instituto de Neuro-Psiquiatria Infantil e o Setor de Assistência Hetero-Familiar”. Além disso, esse serviço organizaria uma rede de ambulatórios psiquiátricos destinados ao acompanhamento de doentes “nervosos e psicopatas leves”.

Meses após a promulgação da lei, em 1946, foi encaminhada uma carta ao coronel J. Machado Lopes, solicitando a reforma e ampliação do Serviço de Assistência aos Psicopatas. As sugestões desta reformulação foram encaminhadas pelo inspetor sanitário do Departamento de Saúde do Ceará, Joaquim de Castro Meirelles, que acabava de retornar de uma viagem ao Rio de Janeiro, onde realizou curso de especialização em psiquiatria pelo SNDM.⁴³ Após voltar do curso, onde o inspetor teria chegado à conclusão de que o formato assistencial preconizado pelo SAP,

*além de ser muito custoso ao Estado, não satisfaz, parece-me, as necessidades objetivas do nosso meio em toda sua amplitude, porque de âmbito relativamente estreito, a menos que executado em toda a sua extensão, o que talvez escape às possibilidades econômicas do Estado.*⁴⁴

Como atesta Meirelles, a formulação da SAP teria seguido as orientações de Gerson Borsoi, pertencente ao corpo técnico do SNDM. Meirelles criticou o formato dos serviços como definido por Borsoi, bem como sua administração frente ao SAP. Ainda de acordo com o inspetor Meirelles, Gerson Borsoi teria criado um só tipo de serviço psiquiátrico para atender tanto agudos, como crônicos e incuráveis num só pavilhão, “confundindo num bloco único objetivos e finalidades diversas”. Também criticou o fato de que este serviço deveria ser “localizado cerca de quinze quilômetros do centro da cidade, ali ficando internada toda espécie de doentes, o que muito custaria ao Estado na sua manutenção e perfeito funcionamento”.⁴⁵

A alternativa sugerida por Meirelles ao programa da SAP, portanto, seria a criação de uma *clínica urbana* ou *clínica psiquiátrica* baseada “nos mais modernos ensinamentos da especialidade”, e que levasse em conta as “possibilidades econômico-

⁴³ Além de inspetor sanitário, desde 1943 Meirelles era o diretor do HPSVP.

⁴⁴ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. s/t., 20/12/1946.

⁴⁵ Idem.

financeira do nosso Estado”.⁴⁶ Essa *clínica urbana* seria destinada ao tratamento dos pacientes agudos, cuja orientação seria “universalmente aceita pelos psiquiatras”, devendo ser localizada próxima “tanto quanto possível do centro da cidade”, desta forma evitando os gastos com transporte de médicos e pacientes. Para justificar a localização da *clínica urbana*, Meirelles informou que

o doente agudo, Snr. Interventor, requer vigilância contínua e assistência médica assídua. Teria, assim, o Estado de acarretar com elevada despesa de transporte de funcionários para que o serviço satisfizesse a sua finalidade. Localizado o serviço de agudos, entretanto, em uma Clínica Urbana como proponho, esta assistência pode e deve ser eficiente, por isso que de mais fácil acesso aos médicos e demais funcionários destarte evitando despesas de transportes, trazendo economia de tempo, fazendo-se assim uma notável economia para os cofres públicos.

47

Embora fosse destinada aos pacientes agudos, a *clínica urbana* teria anexo à sua estrutura um ambulatório para o atendimento dos pacientes crônicos, onde estes receberiam “suas injeções, as suas aplicações de choque e tratamentos outros prescritos, retornando a seus lares sem necessidade de internação” e decorrendo de uma grande economia dos gastos do Estado. A *clínica urbana*, portanto, seria o “elemento básico” da assistência psiquiátrica, dela se irradiando todos os demais serviços assistenciais. Além disso, Mereilles também sugeria que, até que o Estado tivesse condições de construir seu hospital colônia, os pacientes crônicos ou incuráveis continuariam sendo tratados no hospital de Parangaba, isto é, o HPSVP que, para esta finalidade, continuaria a receber subvenções municipal, estadual e federal. Ao contrário da *clínica psiquiátrica*, não haveria necessidade de que o hospital para os incuráveis fosse localizado no centro da cidade, sugerindo que este fosse erguido “onde melhor consulte o interesse do Estado, em instalações mais baratas que aqueles requeridas para um serviço de agudos”.

48

As propostas de Meirelles baseavam-se na execução de um programa assistencial menos oneroso para o estado, além de mais específico quanto ao atendimento direcionado a cada tipo de paciente (agudo, crônico e incurável). Ao final de sua carta, este inspetor que era também diretor do HPSVP, solicitava que parte da subvenção estadual encaminhada àquele hospital fosse revertida para a ampliação do SAP e manutenção da *clínica urbana*.

⁴⁶ Idem.

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Idem.

Entretanto, três dias após o encaminhamento desta carta, o interventor do Ceará teria limitado a subvenção destinada ao SAP, rompendo com o que havia estabelecido no decreto-lei 1.382 de 1945. Medida esta que foi considerada, tanto por Meirelles como por Adalberto Studart Filho, médico do Departamento Estadual de Saúde, como “senão uma amarga decepção a mais em torno da desoladora e triste situação do doente mental no Ceará”, o que teria em muito

*abalado o entusiasmo com que vínhamos trabalhando neste setor de assistência social, o único aliás que até a presente data não foi cuidado com merecido carinho por parte dos nossos homens públicos.*⁴⁹

Tanto o inspetor Meirelles como o médico Adalberto Studart Filho teriam realizado o mesmo curso em psiquiatria pelo SNDM, e juntos encaminharam carta ao secretário de educação e saúde do Estado do Ceará, solicitando a atuação daquele secretário junto ao coronel J. Machado Lopes em prol da causa dos alienados cearenses. Esses médicos aproveitaram para reafirmar a proposta de construção da *clínica urbana*, apresentando as vantagens econômicas desse modelo de assistência. Segundo atestaram, o SAP já dispunha de verba suficiente para a construção da referida clínica, restando ao estado somente a manutenção daquele serviço.

Essa documentação fora encaminhada em forma de dossiê ao diretor do SNDM, Aauto Botelho, para que este tivesse conhecimento sobre a causa do alienado cearense que, de acordo com aqueles psiquiatras, contavam apenas com o HPSVP para realização da assistência, o qual abrigava naquele momento “cêrca de quinhentos desgraçados alojados nas velhas instalações do antigo asilo de Parangaba”⁵⁰. Solicitava-se ainda que Botelho se pronunciasse junto ao interventor cearense, coronel J. Machado Lopes, clamando que este permanecesse fiel ao que fora acordado pelo decreto-lei de 1.382 de 1945, isto é, destinasse verba do SAP para execução dos serviços de assistência psiquiátrica, bem como acatasse a proposta de reformulação dessa lei, incluindo a construção da *clínica urbana*.

Em resposta, o chefe da Seção de Cooperação do SNDM, Ignácio da Cunha Lopes, esclareceu que a atribuição daquele órgão federal era proporcionar auxílio técnico-financeiro e estabelecer as normas para a criação dos serviços psiquiátricos nos Estados, o que jamais colidiria “com os interesses hierárquicos e não impede que a iniciativa estadual ofereça pontos de vistas próprios de acôrdo com a estrutura

⁴⁹ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. s/t., 23/12/1946.

⁵⁰ Idem.

administrativa local”.⁵¹ A única determinação que Cunha Lopes apresentou ao projeto de modificação da assistência psiquiátrica cearense foi que estivesse claro na redação do novo decreto-lei que o governo federal teria como responsabilidade exclusiva a criação do hospital colônia naquele Estado, enquanto que a construção e manutenção da *clínica urbana* ficaria completamente à cargo do governo do Estado do Ceará. Ao final da correspondência, indicou a inclusão do seguinte parágrafo “dentre os órgãos previstos neste artigo, terá prioridade a criação do Hospital Colônia”, fortalecendo o papel que o SNDM assumiria na assistência psiquiátrica cearense.⁵²

O parecer emitido pelo SNDM, apesar de não confrontar com as disposições elaboradas pelos psiquiatras cearenses, estabeleceu uma prioridade distinta à que foi sugerida por estes últimos, que enalteciam a *clínica urbana*. Sendo Assim, Cunha Lopes deixou claro a opção do SNDM em priorizar o compromisso com a criação de um hospital colônia de psicopatas no Ceará. Quanto ao HPSVP, o chefe da Seção de Cooperação do SNDM, em novo parecer datado de 29 de março de 1947, afirmou que este hospital “com a capacidade de 200 leitos continuará administrado pela Santa Casa com assistência técnica do Estado que porá à sua disposição três médicos diplomados pelo S.N.D.M., um dentista e uma assistente social”, e o estado do Ceará ficaria responsável por suas despesas.⁵³

Esse debate acima representaria o indício de que, no âmbito do próprio aparelho estatal cearense, nos anos de 1940, havia discussões em torno de políticas assistenciais alternativas para a área da psiquiatria e que focalizavam a racionalização dos recursos alocados, propugnando uma assistência menos centrada no modelo do grande hospital e mais voltada para serviços abertos e integrados ao espaço urbano, isto é, à comunidade. Sem dúvida, nessa proposta de reformulação da assistência psiquiátrica cearense estavam presentes alguns dos principais pontos de reivindicação dos psiquiatras para reformulação da assistência psiquiátrica nacional, debatidos nos anos de 1960, como foi trabalhado no capítulo anterior. Tais questões eram: descentralização da assistência hospitalar, racionalização dos recursos psiquiátricos e priorização da assistência nos serviços de não internação. Apesar disso, na década de 1940 os pacientes crônicos tinham como única opção terapêutica a internação. Portanto, o projeto da *clínica urbana* cearense sintetizaria essas questões que estariam presentes no discurso de reformulação

⁵¹ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. s/t., 11/02/1947.

⁵² Idem.

⁵³ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. s/t., 29/3/1947.

da assistência psiquiátrica da década de 1960. Estariam os psiquiatras cearenses antevendo as propostas de uma psiquiatria comunitária?

Em outro direcionamento, é possível verificar esse debate como demonstrativo do modo como o SNDM construía sua política assistencial e implantava-a nos diversos estados. A política executada por esse órgão na década de 1940 se baseava, sobretudo, na construção de hospitais colônias em parceria com os governos estaduais. Todavia, cada estado poderia executar uma política específica de assistência aos doentes mentais que poderia coexistir com a ação do SNDM, isto é, a construção do hospital-colônia poderia conviver com a criação, por exemplo, de uma *clínica urbana* ou de qualquer outro serviço levado à cabo pelo governo estadual ou municipal.

Contudo, não foi bem assim que aconteceu na assistência psiquiátrica cearense, onde a partir da década de 1950 não encontrei nenhuma menção à *clínica urbana*, ou a qualquer outro projeto alternativo de atendimento ao doente mental. Com isso, presumo que a política psiquiátrica específica para o Estado do Ceará, que seria implementada pelo SAP, perdeu força e acabou sendo solapada pela política nacional preconizada pelo SNDM, de modo que o estado abriu mão de um investimento na consecução de um novo aparato assistencial psiquiátrico, satisfazendo-se com a construção do Hospital de Saúde Mental de Messejana. Ou mesmo pode ser que o desenvolvimento de uma política assistencial específica internamente não tenha chegado ao conhecimento do SNDM.

2.3 – Uma história da psiquiatria cearense (1940-1970)

Como mencionei acima, o Estado do Ceará contava até a década de 1940 com o HPSVP, duas casas de saúde particulares e um ambulatório de saúde mental registrados pelo SNDM. Ao final daquela década passava a ser discutida a criação de um hospital-colônia por meio de uma parceria entre o SNDM e o governo estadual, como observei no primeiro capítulo sobre a política assistencial psiquiátrica desse período.

A política de saúde para a área psiquiátrica, em vigor na década de 1940, foi marcada pela construção dos hospitais-colônias em diversos estados brasileiros, por meio de acordo firmado entre o governo do estado e o Ministério da Saúde, representado pelo SNDM (Paulin e Turato, 2004: 244). O Ceará também foi contemplado por essa política e, em 1949, recebeu a visita do psiquiatra Denis Malta

Ferraz*, que havia sido enviado a serviço pelo SNDM, para tratar da instalação de uma colônia de psicopatas naquele Estado.⁵⁴ A visita do psiquiatra Denis Malta Ferraz ao Ceará pode ser identificada como expressão da política psiquiátrica adotada pelo SNDM naqueles anos, a qual pretendia a expansão de sua atuação em todo território nacional. Não só o Ceará estava sendo visitado por um inspetor do SNDM, mas também diversos outros estados do país. O interesses com essas visitas era

observar as condições do atendimento psiquiátrico nestes estados, auxiliar na formulação de instituições e feitura de regimentos estaduais; e ainda, no credenciamento de instituições já existentes e passíveis de receberem subvenções federais para auxiliarem no tratamento das populações locais (Fabrício, 2009: 110).

De acordo com o relatório elaborado por Ferraz, a principal justificativa para a construção de uma colônia psiquiátrica no Ceará seria a superlotação do HPSVP, considerado por aquele psiquiatra como *antiquado*.⁵⁵

Em 1954, o diretor da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Feliciano Athayde, encaminhou à Adauto Botelho, diretor do SNDM, uma carta onde descrevia a situação calamitosa “daqueles pobres doentes de todo este nordeste brasileiro” que estavam internados no HPSVP, o qual estaria localizado “especialmente numa região onde são poucos os que existem, (...) para onde afluí um grande número de doentes dos estados vizinhos, como Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Maranhão, Piauí, etc.”⁵⁶

Naquele momento, estava sendo construída a colônia de psicopatas “cuja inauguração não se pode prever, pelo modo como vem sendo executada” sua obra, afirmava Athayde, informando também que

*a Santa Casa, com poucos recursos, vem mantendo hospitalizados anualmente cerca de 500 doentes, o que faz com os maiores sacrifícios, antevendo momentos sombrios para sua existência, pois alimentava a esperança de que em breve tiraria de seus ombros este peso, que passaria assim ao Governo Federal ou Estadual.*⁵⁷

* Em alguns momentos os fios que teço para contar essa história se cruzam: o comissário enviado pelo SNDM ao Ceará era também um dos psiquiatras cujo debate analisei no primeiro capítulo de minha narrativa.

⁵⁴ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJMCx. 647/ Env. 5324. *Carta sobre visita de inspeção para instalação do Hospital Colônia de Alienados de Fortaleza. 22/7/1949.*

⁵⁵ Idem.

⁵⁶ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. *Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, 17/7/1954.*

⁵⁷ Idem.

Para amenizar a situação financeira do HPSVP, foi criada a Sociedade de Amigos do Hospital Psiquiátrico de São Vicente de Paula. Fundada em 1954, essa instituição filantrópica tinha como objetivo manter a “única instituição de caridade que, nesta capital, presta assistência aos insanos mentais”.⁵⁸ Um dos métodos empregados para angariar recursos consistia na realização de festivais em clubes da capital cearense, uma vez que a sociedade não possuía um grande quadro de contribuintes. A Sociedade de Amigos do Hospital Psiquiátrico de São Vicente de Paula seguia um padrão institucional presente na assistência à saúde em geral naquele Estado, tratava-se de instituição filantrópica que ocupava o lugar da ação pública para promoção de assistência aos desvalidos, como observei em tópicos anteriores. Certamente, a realização de eventos sociais caritativos para a arrecadação de fundos para a saúde não era exclusividade da psiquiatria, como demonstra Lima (2009). A militância religiosa caritativa, por exemplo, foi fator fundamental na criação e manutenção da assistência aos leprosos (Lima, 2009: 83). Entretanto, os esforços empreendidos por aquela sociedade jurídica apresentavam-se insuficientes para a manutenção do HPSVP, tendo em vista os poucos recursos que dispunha e o elevado número de pacientes.⁵⁹

As respostas encaminhadas pelo SNDM, embora demonstrassem interesse pela situação dos doentes do HPSVP, eram negativas quanto a concessão de qualquer auxílio efetivo à instituição, tendo em vista a política do SNDM, que optava pela criação do hospital colônia. Em telegrama encaminhado por Deusdedith de Araújo à Feliciano Athayde no dia 14 de abril de 1955, o membro do SNDM informava que lamentava “as dificuldades que se antepõem aos nossos desígnios, toda vês que tentamos fazer alguma coisa pelo velho Asilo de Porangaba. Por outro lado, admiro o seu gôsto e a sua obstinação, em trabalhar pelo mesmo”, muito embora nada pudesse fazer por aquela instituição, tendo em vista a opção assistencial do SNDM.⁶⁰ Ao se esquivar de ajudar o HPSVP, Deusdedith Araújo esclareceu o fato de esta instituição receber subvenções federais, estaduais e municipais para sua manutenção.

Em 1959, o Estado do Ceará foi contemplado com a quantia de Cr\$1.200.000,00 mediante convênio firmado com o Ministério da Saúde, cuja importância constituiria “uma ajuda razoável para o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula, de Porangaba. O pagamento será feito no Tesouro Nacional, diretamente ao govêrno do Estado, mas

⁵⁸ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 695/ Env. 5792. *Sociedade dos amigos do Hospital São Vicente de Paula*, 15/6/1959.

⁵⁹ Idem.

⁶⁰ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx695/ Env. 5792. *Ministério da Educação e Saúde*, 14/4/1955.

usualmente levará uns seis meses alí transitando”.⁶¹ Também consta que, além desse acordo, o hospital teria sido beneficiado pelo convênio ocorrido no ano anterior, em 1958, recebendo a quantia de Cr\$600.000,00, cujo pagamento até aquele momento ainda não teria sido efetivado. Com isso, observa-se que, mesmo com a criação da colônia de psicopatas estaduais, o HPSVP continuava a receber subvenções do Ministério da Saúde para sua manutenção, fato que pode justificar tantas recusas do SNDM em ajudar financeiramente este hospital.

Em relatório geral sobre a situação da psiquiatria nos diversos estados, entre os anos de 1959 e 1962, o chefe da Seção de Cooperação do SNDM, Oswaldo Carrejo, destacou que

*o Estado do Ceará não cuida do problema dos psicopatas. É a Santa Casa quem mantém o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, no bairro Parangaba, em Fortaleza, com capacidade para mais de 500 doentes. Desde 1948 começou a ser construído a Colônia, com recursos de convênios celebrados durante 10 anos seguidos e com capacidade para 300 doentes. A obra entretanto acha-se paralisada há 5 anos.*⁶²

O conteúdo desse relatório se assemelha às correspondências encaminhadas ora pelo diretor da Santa Casa, ora pela diretora da sociedade criada para manter o HPSVP. Os anos de construção da colônia de psicopatas foram anos difíceis para o HPSVP, mantido com os poucos recursos da Santa Casa e com “irrisória subvenção” federal, insuficiente para a manutenção dos alienados cearenses e aqueles provenientes de outros estados, como atestou os diretores acima mencionados.

Enquanto o Ministério da Saúde encaminhava verbas federais para a construção do hospital-colônia de psicopatas, e firmava acordos para a construção de ambulatório de saúde mental com a Universidade do Ceará, o antigo asilo da Parangaba solicitava mais recursos para sua manutenção. Na fase de conclusão do hospital colônia, que viria a se chamar Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), continuava a ser denunciado o “enorme desinterêsse das autoridades estaduais pela situação angustiante que se encontram os doentes mentais no Ceará”, como relatava o psiquiatra cearense Manuel Suliano Filho, futuro diretor do HSMM.⁶³ No mesmo ano em que era apontada a calamitosa situação do doente mental no Ceará, também se verificava a construção de

⁶¹ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx695/ Env. 5792 s/t., 12/11/1959.

⁶² Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx686/ Env. 5696 *Situação das obras nos estados*, 6/3/1959.

⁶³ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx647/ Env. 5324. *Manoel Suliano Filho pleiteando melhor assistência psiquiátrica aos doentes mentais do Ceará*, 10/11/1961.

um ambulatório de saúde mental, instalado através da parceria entre o Ministério da Saúde e a Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará. Assinado em 1961, o acordo previa que o Ministério da Saúde disponibilizaria ao ambulatório todo material clínico, como o aparelho de eletrochoque e medicamentos, enquanto a universidade garantiria as dependências do ambulatório e o pessoal especializado, psiquiatra e servidores para o ambulatório que funcionaria somente em um expediente.⁶⁴ Muito embora tenha sido assinado em 1961, desde 1958 tramitava a negociação sobre a instalação deste ambulatório na Faculdade de Medicina do Ceará em parceria com o SNDM.⁶⁵

Quanto ao Hospital de Messejana, apesar de estar sendo construído desde o final da década de 1940, a oficialização da doação do terreno para seu funcionamento ocorreu somente em 1958, assinada pelo então governador do estado do Ceará, Paulo Sarasate. A doação do terreno, localizado em Messejana, corresponderia como parte “da obrigação assumida pelo Estado do Ceará, em convênio assinado com o Ministério da Saúde”, em 1957, para que o SNDM desse início às obras de construção daquela instituição.⁶⁶

Vale lembrar que naquela década de 1960 já estava sendo discutida a reformulação da assistência psiquiátrica, tendo por base a psiquiatria comunitária. Nesse certame, eram privilegiados os serviços extra hospitalares, sobretudo o setor ambulatorial da assistência. Ao passo em que era refutado o modelo do grande hospital asilar, como o HSMM.

Além do ambulatório criado em 1961 na Faculdade de Medicina, o SNDM já havia implantado desde 1945 o Ambulatório de Saúde Mental na capital do estado, como foi demonstrado acima.

Um aspecto importante a ser destacado sobre a documentação da Dinsam é o fato de que o maior volume de documentos relativos ao Ceará se referisse ao HSSM, em relação aos demais serviços assistenciais do estado, desde quando este hospital era apenas uma longínqua ideia de colônia para psicopatas. Embora esse não seja o foco de minha análise, a documentação me fez refletir se a demora na construção do hospital de Messejana não esteve relacionada ao fato de que política de construção dos hospitais

⁶⁴ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx973/ Env. 8258. *Têrmo de convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a Universidade do Ceará, para funcionamento de Ambulatório de Saúde Mental, 29/12/1961.*

⁶⁵ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. *Minuta de convênio. 11/09/1958.*

⁶⁶ Lei 4.115 de 16 de junho de 1958 – “Autoriza a doação de um terreno do Estado para a construção do hospital psiquiátrico”.

colônia perder credibilidade na década seguinte, ao ser refutada a cura da doença mental pela internação e também pela situação de superlotação na qual se encontravam esses hospitais colônia poucos anos após sua construção. Uma análise mais detida sobre o período em que aquele hospital estava sendo construído pode revelar muitos aspectos ainda desconhecidos sobre a implementação de uma política assistencial psiquiátrica para o país, e um valioso percurso para a compreensão do desenvolvimento histórico da assistência psiquiátrica nos estados. Além do debate em torno de sua construção, o conjunto de documentos permite a construção de uma riquíssima história quantitativa sobre esta instituição, por meio do registro de todas as verbas encaminhadas para a construção do hospital, além de como foram empregadas as subvenções encaminhadas ao HSMM, que consta nos planos de aplicação de verbas.

Em 1963, o HSSM entrou finalmente em funcionamento após passar quinze anos sendo construído, foi o “penúltimo estabelecimento psiquiátrico fundado pelo poder público no Brasil” (Sampaio, 1988: 90). Ao ser inaugurado, o HSMM contou como 100 leitos, o que representava somente “um quarto da capacidade prevista na planta de 1946” (Sampaio, 1988: 96).

Três anos apenas da criação do HSSM o seu diretor, Manoel Suliano Filho, encaminhou telegrama ao diretor do SNDM, Jurandyr Manfredini, informando a situação do hospital cearense que se encontrava superlotado, “recebendo indigentes de todo o estado”, com deficiência de material hospitalar e de medicamentos que dificultavam o bom desempenho do atendimento.⁶⁷ Suliano Filho informou ainda que o hospital não teria recebido subvenção estadual, solicitando portanto a verba federal.

Para esclarecimento, vale lembrar que no ano seguinte ao do encaminhamento desta carta ao diretor do SNDM, Manoel Suliano Filho publicou um artigo na revista pernambucana *Neurobiologia*, onde traçou um projeto de reformulação da assistência psiquiátrica pública, tendo como base os princípios preventivos da psiquiatria (Suliano Filho, 1967).

Muito embora conste no acordo traçado pelo SNDM sobre a construção do hospital colônia e a garantia de que este, após construído, seria mantido pelo governador do estado, o HSSM continuou recebendo auxílio do Ministério da Saúde para sua manutenção. Além das verbas para a sua manutenção, o diretor do hospital de Messejana solicitava auxílio financeiro para finalização das obras do “único hospital

⁶⁷Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 571/ Env 4576. s/t., 21/5/1966.

psiquiátrico público” cearense. As justificativas apresentadas para o requerimento das verbas seguem listadas abaixo:

*a) Que o Governo do Estado não dispõe dos recursos financeiros para prestar a assistência psiquiátrica necessária à coletividade cearense; b) que precisamos de grandes recursos para melhorar a qualidade de nossos serviços; c) Que precisamos concluir cerca de 40% da estrutura física do H.S.M.M. afim de que seja possível a criação de um pronto socorro psiquiátrico e de uma unidade para psiquiatria infantil e crianças excepcionais; d) Que precisamos desenvolver nossos serviços de praxiterapia.*⁶⁸

Dez anos após ter encaminhado a primeira carta à Aduauto Botelho, então diretor do SNDM, solicitando auxílio financeiro para o HPSVP, Feliciano Athayde voltou a se manifestar, informando que a Santa Casa estaria “prestes [a] fechar [pela] falta absoluta [de] meio financeiros” daquela instituição que sustentava os “oitocentos enfermos” do hospital psiquiátrico, além de manter o hospital da Santa Casa.⁶⁹ A partir disso, observa-se que a criação do HSMM não atendeu ao que havia se destinado, isto é, dividir com o HPSVP a responsabilidade da assistência aos doentes mentais do Ceará. Mesmo após a inauguração do HSMM, quase quinze anos depois do início de sua construção, o HPSVP continuava a denunciar a superlotação de suas instalações.

Este hospital, no decorrer dos anos de 1960, permaneceu requerendo o apoio federal para a manutenção de seus doentes. Em 1969, o seu diretor clínico, Josué Viana e Castro Filho, encaminhou uma carta endereçada ao coordenador da Campanha Nacional de Saúde Mental solicitando auxílio para sua manutenção, além de recursos para reforma de suas instalações e construção de novos pavilhões. Castro Filho informou ainda que o HPSVP era,

*neste estado, o maior e mais antigo hospital psiquiátrico, com um atendimento de 600 doentes hospitalizados, dos quais mais de 500 são da categoria de indigentes. No momento atravessa uma situação financeira bastante ponderável, visto a direção do hospital sente dificuldades em alimentá-los, com os minguados recursos para a aquisição de medicamentos, com deficiência em número de médicos e pessoal de enfermagem, por que não dizer entregues à sua própria sorte.*⁷⁰

⁶⁸Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 807/ Env 6828. s/t., 2/5/1972.

⁶⁹ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx695/ Env. 5792. s//t., 21/9/1964.

⁷⁰ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 695/ Env. 5792. Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, 30/12/1969.

Mais uma vez, o SNDM encaminhava resposta negativa à solicitação de verba, justificada pelo fato de que o HPSVP era uma instituição particular, embora fosse para fins caritativos, visto que

*os recursos orçamentários distribuídos, anualmente, aos Estados, consignados ao S.N.D.M., são destinados às entidades estaduais, não possuindo este serviço, na oportunidade, outros meios que o possibilite estender a sua ajuda as instituições particulares, salvo melhor juízo.*⁷¹

No âmbito dos serviços psiquiátricos (públicos ou filantrópicos), disponíveis no Ceará dos anos de 1960, verifica-se a deficiência dos recursos de manutenção, e da própria estrutura assistencial como um todo, caracterizada pela superlotação tanto do HPSVP quanto do HSMM, recém inaugurado.

A Secretaria de Saúde do Estado do Ceará encaminhou ao SNDM em 1966 um relatório sobre os serviços psiquiátricos em funcionamento no estado. De acordo com este relatório, o Ceará contava com seis hospitais psiquiátricos, sendo um deles estadual o HSSM (dirigido por Manoel Suliano Filho), e cinco hospitais psiquiátricos particulares, a saber: HPSVP (dirigido por Jurandir Picanço); Casa de Saúde Santo Antonio de Pádua (dirigida por Alcino Aguiar e Josué de Castro); Casa de Saúde São Gerardo (dirigida por Vandick Ponte); Clínica de Orientação Psicológica (dirigida por José Maria do Nascimento Pereira); e a Clínica Dr. Manoel Suliano Filho (dirigida pelo próprio Manoel Suliano Filho).⁷²

Além desses hospitais, haveria ainda três serviços ambulatoriais, um privado e dois públicos, respectivamente: Pronto Socorro Psiquiátrico de Bela Vista, (dirigido pelos psiquiatras Alcino Aguiar e Josué de Castro); Ambulatório no Centro de Saúde n° 1, do SNDM (dirigido por Geraldo Frota Pinto) e o Ambulatório no Centro de Saúde n°3, estadual (dirigido por Guinaldo Garcia Studart).⁷³ Todas essas instituições de assistência psiquiátrica funcionavam na capital cearense, Fortaleza, não havendo registro da existência de nenhum serviço de atenção aos doentes mentais situado no interior do estado.

Poucos anos depois, logo após o SNDM ser substituído pela Dinsam (1970), este órgão elaborou um relatório da assistência psiquiátrica no Ceará, tendo como base os dados enviados pelas instituições psiquiátricas daquele estado. As instituições

⁷¹ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 695/ Env. 5792. s/t., 29/1/1970.

⁷² Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 807/ Env. 6826. *Estado do Ceará*, 19/6/1966.

⁷³ Idem.

psiquiátricas que estavam cadastradas pela Dinsam, e que funcionavam no estado com seus respectivos leitos, eram:

Tabela 3 – Número de leitos em instituições psiquiátricas no Ceará – 1971

Instituição Psiquiátrica	Nº de leitos
Hospital de Saúde Mental de Messejana	300
Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula	300
Casa de Saúde Antônio de Pádua	170
Casa de Saúde São Gerardo	298
Instituto de Psiquiatria do Ceará	78
Clínica Psiquiátrica Dr. Suliano	149
Casa de Repouso Nosso Lar	131
Total	1426

Fonte: Dinsam – 1972⁷⁴

Os hospitais acima listados representam as instituições assistenciais que estavam cadastradas pela Dinsam, o que significa dizer que, possivelmente, outras instituições psiquiátricas ficaram de fora da listagem, como por exemplo o Hospital Mira Y Lopez de Fortaleza, que ficou de fora desse relatório da Dinsam, muito embora houvesse referência à existência desta instituição em outras pastas do acervo da Dinsam. Aquele mesmo relatório também informava sobre os serviços ambulatoriais existentes, bem como a modalidade assistencial destes serviços, a saber:

Tabela 4 – Ambulatórios de saúde mental no estado do Ceará - 1972

Ambulatórios	Propriedade	Consultas
ASM de Fortaleza (Centro de Saúde)	Dinsam	4.202
ASM Messejana (HSMM)	Público	2.286
ASM Centro de Saúde nº 3	Público	-
ASM Clínica Dr. Manoel Suliano	Particular	444
ASM Casa de Saúde Antônio de Pádua	Particular	1244
ASM Clínica Psiquiátrica INPS (Ex-IAPC)	INPS	-

Fonte: Dinsam – 1972.⁷⁵

⁷⁴ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 370/ Env. 2556. *Estabelecimentos psiquiátricos, cadastrados no setor de estatística, estudo e cadastro da Unidade de Planejamento, com o número de leitos, existentes no Brasil, de acordo com o censo de 1971 – Estado do Ceará, 1971.*

⁷⁵ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 370/ Env. 2556. *Movimentação de doentes em ambulatórios de saúde mental de propriedade pública, particular e do INPS localizados no Estado do Ceará – 1972, 1972.*

No conjunto desse relatório, consta ainda a situação em que a assistência psiquiátrica no Ceará se encontrava naqueles primeiros anos da década de 1970, quando era diagnosticado o baixo número de consultas psiquiátricas ambulatoriais; o grande número de neuróticos internados em relação aos psicóticos; a alta taxa de readmissões nos hospitais; a carência de recursos humanos como assistentes sociais, psicólogos entre outros; em contrapartida, o tempo médio de permanência dos pacientes estava abaixo da média nacional.⁷⁶

O conteúdo das questões ressaltadas pelo relatório da Dinsam relembra as questões discutidas pelos psiquiatras naquele mesmo momento, como foi apresentado no capítulo anterior. Vale lembrar que, nos primeiros anos da década de 1970, estavam sendo elaborados os mapas e diagnósticos sobre a situação da assistência psiquiátrica nos diversos estados brasileiros e, com isso, acredito que esse relatório de 1971-1972 serviu para construir o cenário do atendimento ao doente mental naquele momento, uma vez que o acervo consultado pelos psiquiatras era o próprio levantamento produzido pelo SNDM e, posteriormente, Dinsam.

Por um lado, observou-se também o aumento do número de ambulatórios psiquiátricos naquele estado, o que demonstra que os serviços assistenciais cearenses estavam se adequando à política assistencial que então era preconizada pelo Ministério da Saúde naquele momento, ainda que no relatório conste o baixo número de consultas ambulatoriais. Como já foi mencionado, em 1970 o SNDM foi transformado na Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), momento em que passou a ser preconizada “a criação de núcleos de planejamento a níveis central e local”, além de terem sido enfatizados modelos de assistência alternativos, como a comunidade terapêutica (Sampaio, 1988: 33).⁷⁷ As mudanças ocorridas naquele órgão do Ministério da Saúde eram esclarecidas aos diretores das instituições psiquiátricas do Ceará, como ilustra o posicionamento da Dinsam sobre os pedidos de auxílios financeiros da Casa de Saúde Antonio de Pádua, em 1973:

Considerando que a política atual da DINSAM, inspirada nos princípios vigente na área da saúde mental, se orienta no sentido de promover a instalação e ampliação dos serviços extra-hospitalares, considerando, enfim, que a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, vem elaborando programação

⁷⁶ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 370/ Env. 2556. *A Assistência Psiquiátrica no Ceará*,. 1971.

⁷⁷ Tendo em vista as limitações de meu objeto de pesquisa, não pude realizar uma pesquisa a fundo sobre as transformações ocorridas com a mudança do SNDM para Dinsam. Na documentação consultada, a única observação que constatei como associada a esta mudança de nome do órgão federal foi a alteração das planilhas dos mapas diagnósticos.

*coordenada para aproveitamento racional dos recursos humanos e materiais existentes na área.*⁷⁸

Por outro lado, também se observa que naqueles primeiros anos da década de 1970 a rede de serviços psiquiátricos particulares cearenses “mais que triplicou, passando de quatro para 13 estabelecimentos” (Sampaio, 1988: 89). Entretanto, no relatório da Dinsam consta que em 1970 havia apenas sete instituições hospitalares psiquiátricas prestando assistência no Ceará. Isso retoma uma das reivindicações de Cerqueira (1970b: 22) sobre a solicitação que o SNDM fosse mais rigoroso no cadastramento e na fiscalização dos serviços psiquiátricos em todo o país e em todas as modalidades, sobretudo as particulares, que eram credenciadas pela previdência social.

O que Sampaio (1988) demonstra indica que outras instituições estavam funcionando no Ceará, naquele início dos anos de 1970, muito embora tivessem sido mencionados somente os serviços psiquiátricos da capital, e ainda assim nem todos. Apesar de saber que em 1970 foi criada uma casa de saúde psiquiátrica na cidade de Crato, ainda se observa a “centralização dos serviços assistenciais na capital do Estado”.⁷⁹ Também ficava registrado nesse relatório a existência de 24 médicos psiquiatras atuando no Ceará naquele momento, mais uma vez todos na capital, não havendo registro de nenhum psiquiatra cearense no interior.

Na Região do Cariri, desde a década de 1950, funcionava um ambulatório psiquiátrico no mencionado Hospital São Francisco de Assis, e que também não estava cadastrado pelo SNDM e Dinsam. A história da Casa de Saúde Santa Teresa, assim como a do ambulatório psiquiátrico do HSFA, não pode ser contada pelos arquivos da Dinsam. A única pista da existência da CSST, nos arquivos oficiais da assistência psiquiátrica, referem-se ao cadastro no relatório dos recursos humanos do Estado do Ceará da assistente social Sonia Vasconcelos Araújo, residente na cidade de Crato que, como será observado no próximo capítulo, trabalhou naquela casa de saúde.⁸⁰ Portanto, a história da loucura, da psiquiatria e saberes afins acerca da região do Cariri cearense fica de fora dessa narrativa oficial sobre a psiquiatria no estado cearense, por faltarem os documentos dessa instituição naquele órgão – ou por eles ainda não terem sido encontrados.

⁷⁸ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 808/ Env. 6829. s/t., 26/6/1973.

⁷⁹ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 370/ Env. 2556. *A Assistência Psiquiátrica no Ceará*, 1971.

⁸⁰ Idem.

Meus esforços de contextualização, tanto em nível bibliográfico da saúde como da documentação oficial sobre psiquiatria, servem para compreender o cenário assistencial onde figurou a primeira casa de saúde psiquiátrica cariense que, apesar de não ter sido registrada pelos órgãos oficiais da assistência psiquiátrica, representou centralidade no serviço psiquiátrico regional, ao receber pacientes não só do interior do Ceará, mas também de estados vizinhos.

CAPÍTULO 3 – Criação da Casa de Saúde Santa Teresa

Quis o Senhor que viesse então algumas vezes esta visão. Via um anjo ao pé de mim, para o lado esquerdo, em forma corporal, o que não costumo ver senão por maravilha. Ainda que muitas vezes se me representam anjos, é sem os ver, senão como na visão passada, que disse antes. Nesta visão quis o Senhor que o visse assim: não era grande mas pequeno, formoso em extremo, o rosto tão incendiado, que parecia dos anjos mais sublimes que parecem todos se abramam. Devem ser os que chamam Querubins, que os nomes não nos dizem, mas bem vejo que no Céu há tanta diferença duns anjos a outros e destes outros a outros, que não o saberia dizer. Via-lhe nas mãos um dardo de ouro comprido e, no fim da ponta de ferro, me parecia que tinha um pouco de fogo. Parecia-me meter-me este pelo coração algumas vezes e que me chegava às entranhas. Ao tirá-lo, dir-se-ia que as levava consigo, e me deixava toda abrasada em grande amor de Deus. Era tão intensa a dor, que me fazia dar aqueles queixumes e tão excessiva a suavidade que me causava esta grandíssima dor, que não se pode desejar que se tire, nem a alma se contenta com menos de que com Deus. Não é dor corporal mas espiritual, embora o corpo não deixa de ter a sua parte, e até muita. É um requebro tão suave que têm entre si a alma e Deus, que suplico à Sua bondade o dê a gostar a quem pensar que minto.

O trecho acima é de uma das mais conhecidas citações de Santa Teresa de Jesus, também conhecida como Teresa D'Ávilla ou Teresa de Cépeda. Esta carmelita espanhola do século XVI teve sua memória consagrada por seus *arrobamientos* – episódios de alucinações ou êxtases com conteúdos religiosos, nos quais a carmelita identificava a presença de entidades divinas, dentre as quais a dos anjos querubins. Os *arrobamientos* de Teresa, que lhe legaram o título de santa, também foram identificados como delírios sintomáticos de uma epilepsia específica (Ristol e Martín, 2012: 91-92). Embora a escolha do nome da Casa de Saúde Santa Teresa não tenha relação direta com a história da santa coincidência ou não, esta carmelita espanhola daria seu nome a um hospital destinado ao tratamento de doentes mentais construído em 1970, na cidade de Crato. Caminhos diversos foram traçados para que essa instituição pudesse se instalar naquele momento e naquele lugar, levando o nome da carmelita Teresa de Jesus. É essa história que nesse capítulo pretendo contar.

A Casa de Saúde Santa Teresa foi inaugurada em junho de 1970 em Crato, e era direcionada ao tratamento de doenças nervosas e mentais. De caráter privado, esta casa de saúde foi resultado de uma sociedade limitada de três médicos da região – os doutores Maurício Monteiro Teles, Elígio de Figueiredo Abath e Carlos Barreto Carvalho, e foi fundada contando com credenciamento junto ao Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), órgão do governo federal criado em 1967.

Como observei no primeiro capítulo, nesse período de finais dos anos de 1960 e início de 1970 várias instituições psiquiátricas como a Casa de Saúde Santa Teresa foram criadas, não só no Ceará como em todo o país, contando com o convênio do INPS, de modo que esse momento popularizou-se na historiografia como o período da *indústria da loucura* – quando os serviços psiquiátricos foram vendidos como mercadoria. Por esta perspectiva, a criação da CSST ratificaria o movimento da *indústria da loucura*, servindo à política de saúde previdenciária que acabaria beneficiando o setor privado de oferta dos serviços psiquiátricos, isto é, os três médicos que fundaram aquele hospital, tendo em vista o lucro por meio do atendimento psiquiátrico aos cratenses e demais pacientes da região. Entretanto, os termos gerais que justificam a criação desta e de várias casas de saúde que, naquele momento, pareceram-me insuficientes para analisar o caso específico da criação da CSST. Embora não pretenda refutar a constatação das condições de possibilidade favoráveis, dadas pela política nacional, entendo que o olhar sobre o caso específico de Crato coloca em evidência também as variáveis de âmbito local que conformaram sua criação.

Ao propor uma nova *forma* e também uma nova *trama* para contar essa história, proponho “um estranhamento em relação às categorias de análise e aos modelos interpretativos do discurso historiográfico dominante; mas também em relação às formas de exposição existentes” (Revel, 1998: 36-37). A partir disso, observo que a criação da CSST atendeu a demandas locais, como a reprodução da classe médica local e a atualização da relação entre os médicos fundadores com outros setores da sociedade cratense naquele período, reproduzindo as forças e laços sociais que constituíam a própria localidade.

Opto por trilhar outros caminhos que me levam a compreender o *porquê* e o *como* uma instituição igual a essa foi criada em Crato de 1970, partindo de seu contexto local e enfatizando os aspectos específicos no sentido de iluminar outras justificativas possíveis ao evento de sua fundação, de modo que proponho a construir uma história local sobre a criação desta instituição.

Nessa busca por *outras* respostas analiso o perfil sociocultural dos três médicos fundadores do hospital, Maurício Monteiro Teles, Elígio Figueiredo Abath e Carlos Barreto Carvalho, tecendo teias e articulações entre estes indivíduos, e buscando perceber as relações traçadas entre estes e demais setores da sociedade local, como por exemplo o clero e a imprensa.

3.1 – Crato, a cidade da cultura e dos serviços de saúde.

Para compreender um pouco melhor o cenário local sobre o qual me debruço, chamo ao diálogo as conclusões de Cortez (2000) em sua investigação histórica sobre a construção discursiva acerca da cidade do Crato, intitulada pelo pitoresco título de *cidade da cultura*. Esse título, que corresponderia a uma construção cultural discursiva que sobreporia essa cidade aos demais municípios caririenses fora encabeçada pela elite intelectual da cidade, conformada por profissionais liberais, como professores, advogados, padres, jornalistas, médicos, farmacêuticos, vereadores e deputados. Os membros dessa elite intelectual, a partir da segunda metade do século XIX, deram início a um “projeto civilizador” para a região do Cariri, construindo uma identidade para Crato enquanto núcleo difusor da civilidade, das boas condutas morais e do espírito cristão. Essa elite intelectual cratense também chamada por Cortez de *especialistas da produção cultural* se propôs a instaurar “uma identidade cratense, orientada pelos padrões de civilidade, de ordem, de progresso, de modernidade muitas vezes nomeados pelas palavras ‘adiantamento’, ‘soerguimento’, ‘desenvolvimento’, ‘evolução’” (Cortez, 2000: 23). A identidade do cratense era construída tendo como base o apreço pela cultura letrada, pelos bons costumes, pelas boas condutas cristãs, além de serem destemidos e possuírem características, como *pioneirismo*, *heroísmo* e *patriotismo* (Cortez, 2000:26).

O principal instrumento utilizado por esses especialistas sem dúvida foi a escrita, por meio da qual construíam a história de um passado glorioso que dotava ao povo cratense a herança de um status de liderança sobre as demais cidade do Cariri, quiçá do interior nordestino. Nesse intuito, os esforços desses intelectuais foram sintetizados na produção de jornais, revistas culturais e livros que teciam a história da cidade, ao mesmo tempo que construíam a identidade de seu povo.

A partir da segunda metade do século XX, foi elaborado um conjunto de obras históricas escritas por memorialistas cratenses, em comemoração ao centenário de sua cidade (1953), que contavam a história daquela cidade e de toda a região do Cariri.⁸¹ Sob a pena desses intelectuais, a imagem acerca do cratense ia ganhando forma, e a identidade local era construída sob a perspectiva de Crato enquanto promotora da civilidade (Cortez, 2000: 25). Essas obras, na medida em que demarcavam a memória e identidade da cidade, enaltecendo o passado glorioso e a qualidade do povo cratense, construía a tradição de prestígio social de algumas famílias locais, que também estavam afeitas à construção dos dispositivos de civilidade por meio de suas condutas virtuosas. Os intelectuais, ao passo que escreviam o passado heróico de Crato, estavam construindo uma história da qual eram herdeiros, já que se tratava “efetivamente, de uma elite que se denominava a si própria ‘boas famílias’ e como tal era e ainda é reconhecida,” detentora de capital político e econômico atrelado ao capital moral e intelectual, com o qual estimavam a cultura letrada, as condutas civilizadas e o espírito cristão (Cortez, 2000: 4). Nessas obras, eram rememorados célebres momentos, como a participação de cratenses em importantes lutas políticas, como por exemplo,

os fatos acontecimentos de 1817 - quando um grupo de cratenses, seduzidos por José Martiniano de Alencar, incorporou-se à Revolução Pernambucana, estando presente inclusive sua mãe, Bárbara de Alencar, e seu irmão, Tristão Gonçalves, dentre outros. No Crato e por boa parte do Ceará, esse grupo tentara arregimentar adeptos para a causa da independência do Brasil e instauração de uma República (Cortez, 2000: 24).

Entre outros momentos assinalados por Cortez, destaca-se a participação dos cratenses na Confederação do Equador, ocorrida em 1824, na qual participaram o mesmo grupo de José Martiniano de Alencar. Um modo de rememorar esses acontecimentos foi a instauração de um calendário cívico para a cidade “que representava o tempo de luta dos cratenses, datas que não poderiam ausentar-se da memória social” (Cortez, 2000: 24).

⁸¹ Algumas obras desses intelectuais: PINHEIRO, I. *O Cariri: seu descobrimento, povoamento, costumes*. Fortaleza: edição do autor, 1950; FIGUEIREDO FILHO, J. & PINHEIRO, I. *A Cidade do Crato*. Ministério da Educação e Cultura, 1953; PINHEIRO, I. *Excerto da cidade do Crato*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, Serviço de Documentação, 1955; PINHEIRO, I. *Efemérides do Cariri*. Fortaleza: Imprensa Universitária do Ceará, 1963; e FIGUEIREDO FILHO, J. *História do Cariri*. Volume I, II, III, IV. Crato: Faculdade de Filosofia do Crato, 1968. Dentre essas obras destaca-se a já mencionada obra do médico Irineu Pinheiro.

Outros investimentos dos intelectuais nesse mesmo sentido traduziram-se na conformação do que Cortez (2000) chama de *lugares de memória*, isto é, espaços para a construção e o fortalecimento das lembranças coletivas, como museus, academias literárias, monumentos, praças, que simbolizariam a modernidade, civilidade, progresso tão estimados por aqueles *especialistas da produção cultural*. Foi também na construção desses *lugares de memória* que os nomes dos “filhos ilustres” e “benfeitores” cratenses – médicos, políticos e, principalmente, intelectuais; propugnadores do ideal de *cidade da cultura* e exímios padrões da conduta apreciados pelos especialistas – passaram a figurar ruas, logradouros públicos, praças da cidade (Cortez, 2000: 16).

Ao lado das virtudes que enriqueceriam o povo cratense, alguns fatos reforçariam o vanguardismo dessa cidade frente à região: ter sido o primeiro povoado a se tornar vila em 1764 – denominado Vila Real do Crato, nome pelo qual até hoje a cidade é chamada; a ter a primeira cabeça de comarca no sul do Ceará, criada em 1816; também foi a primeira vila a ser elevada à condição de cidade em 1853; também foi a localidade de maior contingente populacional e projeção econômica do sul do estado e de outros estados vizinhos. Crato teria sido também “o local onde se concentrou o maior número de intelectuais da região, que fundaram em caráter pioneiro, importantes instrumentos de ‘promoção da civilização’: imprensa, escolas, entidades filantrópicas e associações literárias”, à exemplo da criação, em 1875, do Seminário São José (2000: 19).

Essas ações instituía Crato como lócus privilegiado de promoção de um projeto civilizador para a região, de onde seriam difundidos preceitos de civilidade e bons modos, incutindo naquela sociedade o apreço pela cultura letrada e a elevação das condutas morais e religiosas, em um verdadeiro programa pedagógico para toda a região. Para reforçar esse ideal, Crato passou a ser conhecida pelas alcunhas de *Princêsa do Cariri*, *Capital do Cariri*, *Cabeça de comarca*, *Vila Real do Crato*, sobretudo a partir da segunda metade do século XIX, permanecendo assim retratada ao longo de todo o século seguinte e até os dias de hoje (Cortez, 2000: 23).

Cortez (2000) afirma ainda que a construção da ideia de Crato enquanto *cidade da cultura* originou-se em oposição à imagem que era concomitantemente produzida acerca de Juazeiro do Norte, cidade vizinha (cf. mapas em Anexos). Isto se deu pelo fato de que, em 1889, Juazeiro do Norte ser apenas um pequeno vilarejo pertencente ao Crato, servindo de palco onde foi forjado o fenômeno religioso em torno da figura do

Padre Cícero Romão Batista, que teria realizado um milagre ao ministrar hóstias a beatas, transformando-as em sangue. A partir deste evento, Juazeiro passaria a ser considerado espaço de devoção, mobilizando caravanas de sertanejos em romarias a esta cidade, em busca dos conselhos, das bênçãos e milagres do Padre Cícero; muitos dos quais se instalavam na cidade, aumentando progressivamente o contingente populacional daquele pequeno vilarejo.⁸²

O fenômeno religioso em torno do Padre Cícero e de seu suposto milagre desencadeou uma grande repulsa tanto pela igreja católica, pois era a expressão do catolicismo popular em um momento no qual a Diocese de Crato buscava se romanizar (Cortez, 2000: 11), como pelos intelectuais cratenses, que tencionavam promover seu projeto civilizador. É importante ressaltar que os sertanejos que peregrinavam rumo ao Juazeiro do Norte eram, maciçamente, pessoas pobres e sem instrução e encontravam, nas palavras daquele padre – que pregava a oração e o trabalho, o alento de suas aflições espirituais e a oportunidade de melhores condições de vida. Neste sentido, os romeiros do Padre Cícero em muito se diferenciavam do ideal intelectual e civilizado que aqueles *especialistas da produção cultural* barganhavam para si e projetavam para a região, causando a rejeição de suas práticas religiosas e de suas condutas ao ponto que “puseram-se a combater as práticas dos seguidores do Padre Cícero, ampliando-se o raio do combate quando ocorreram as questões político-administrativas envolvendo o Crato e o Juazeiro” (Cortez, 2000: 4-5). Estabeleceu-se, então, a rivalidade entre os moradores de Crato e Juazeiro, que aumentava na medida em que esta última crescia – passando de um pequeno vilarejo à condição de cidade em 1911 – e começava a se sobrepor economicamente ao Crato.

Assim, a imagem de Crato, a partir da produção cultural que intelectuais engajados produziam sobre si – enquanto civilizados, pioneiros e virtuosos, entre outros, era estabelecida contrariamente à imagem que ao mesmo tempo foi elaborada sobre a cidade de Juazeiro – espaço onde grassava a barbárie, o fanatismo e o atraso. Desta feita,

Baseado numa lógica de continuidade em relação a um projeto civilizador estruturado a partir, pelo menos, da segunda metade do século XIX, e uma lógica do contraste com o Juazeiro, aquele grupo foi, aos poucos, dotando o Crato de importantes instituições de suporte da cultura letrada e da civilidade: a sede de um bispado (1914); toda uma rede de escolas; imprensa;

⁸² Acerca do fenômeno religioso ocorrido em Juazeiro do Norte verificar: Della Cava (1976) Barros (1988), Oliveira (2001), além do trabalho de Lira Neto (2009) dentre outros.

cinemas, teatro, bibliotecas, entidades filantrópicas, associações religiosas, academias literárias, museu, faculdades e uma universidade. Foi ainda como resultado dos seus esforços que a cidade ganhou feições modernas com o advento da estação ferroviária (1923), de praças ajardinadas, de hospitais, de ruas calçadas, da energia de Paulo Afonso, de rádios etc. Nesse particular emprestaram os seus saberes nas obras de modernização, embelezamento, e de higienização da cidade (Cortez, 2000: 5; grifo meu).

Ao demonstrar que a construção discursiva acerca da cidade de Crato se dá em correspondência, mesmo que contrária, com outra identidade elaborada sobre a cidade de Juazeiro do Norte e os juazeirenses do Padre Cícero, Cortez observa que, a partir da década de 1960, houve uma mudança no discurso dos intelectuais cratenses onde ocorreu um “deslocamento do enfoque, que antes recaía sobre a cidade, para a região, bem como a canalização das energias políticas para o desenvolvimento regional” (Cortez, 2000: 11). A partir dos anos de 1960, um discurso regionalista passou a predominar na tônica das produções dos intelectuais daquela cidade,

a reboque da questão regional posta em nível nacional pelos governos desenvolvimentistas. A questão regional, portanto, funcionou como um diluente, que, aos poucos, foi minando a força do movimento de construção do Crato como ‘cidade da cultura’, a despeito desse movimento não ter cessado completamente (Cortez, 2000: 11).

Somando-se a isto, dentro da Diocese cratense – tida por Cortez como “nicho que abrigou importantes ‘especialistas da produção cultural’” – observou-se, a partir de 1961, uma ruptura com a política de intolerância às práticas religiosas juazeirenses em torno do Padre Cícero, com a entrada do seu terceiro bispo, Dom Vicente de Paula Araújo Matos, promovendo “em consonância com a Igreja Católica, uma inflexão na política de romanização” (Cortez, 2000: 11). Tanto o discurso regionalista, típico do desenvolvimentismo dos anos de 1950-1960, quanto o fim da intolerância aos juazeirenses teriam contribuído para o arrefecimento do projeto de construção ideal em torno de Crato. A ampliação do foco específico de Crato para a Região do Cariri como um todo, teria ressoado dentro da produção artística, onde passou do elogio às “bezas do Crato” para o enaltecimento do Cariri, buscando construir outra identidade: a da *tribo cariri* (Cortez, 2000: 11).

É também a partir de Cortez (2000) que passo a compreender as publicações nos jornais e demais produções culturais locais como instrumento de ação dos intelectuais

que estavam envolvidos no projeto de *cidade da cultura*, promovendo por meio da imprensa uma identidade para a cidade. Tanto o jornal *A ação* quanto a *Revista Itaytera* são considerados por Cortez (2000) como “suporte material do discurso” daqueles *especialistas da produção cultural*. O primeiro foi criado por Dom Quintino Rodrigues de Oliveira e Silva, primeiro bispo da diocese do Crato, em 20 de outubro de 1939. Em 1970, tinha-se como diretor superintendente o padre José Honor de Brito e como secretário o intelectual Huberto Cabral, atestando o vínculo entre a intelectualidade da cidade e o clero. Já a *Revista Itaytera*, órgão da academia literária Instituto Cultural do Cariri (ICC), é considerada como um importante “espaço de sociabilidade intelectual de grande envergadura no bojo desse movimento civilizador”(Cortez, 2000: 97). Fundado em 1953, teve como um dos idealizadores o médico e intelectual Irineu Nogueira Pinheiro, sobre quem já foi mencionado no capítulo anterior. O ICC é ainda considerado como “espaço privilegiado para produção da crença no adiantamento cultural de Crato, através do qual esse grupo de ‘especialistas’ esmerou-se em ‘valorizar’ a tradição cultural cratense” (Cortez, 2000:102).

Se por um lado Cortez (2000) afirma que as novas diretrizes do governo central, no sentido de constituir as regiões, são sentidas na inflexão do discurso criado pelos intelectuais cratenses sobre a cidade; por outro lado, ainda era possível identificar a força da presença de Crato no discurso dos intelectuais que escreviam no jornal *A ação*, de modo que na década de 1960 se identifica ainda a reafirmação da supremacia cratense frente às demais cidades não só da região do Cariri e do interior nordestino.

As páginas do semanário cratense *A ação*, ao final dos anos de 1960 e início da década seguinte, noticiavam que toda a região do Cariri cearense estava vivenciando um momento de desenvolvimento econômico, sendo demonstrado por meio das notícias que versavam sobre a chegada da luz elétrica nas áreas mais rurais da região, e também sobre a expansão dos serviços telefônicos, chamado de “Alô-Alô”, que estaria funcionando muito bem nos distritos caririenses.⁸³ A inauguração da Casa de Saúde Santa Teresa foi anunciada ao lado de outros empreendimentos cratenses, como se pode verificar:

Após haver inaugurado o Museu Municipal e a Casa de Saúde Santa Teresa, esta, com 50 leitos, primeiro hospital de tratamento psiquiátrico em nossa Região, a cidade do Crato se prepara para inaugurar, breve, dois novos e importantes melhoramentos: o Colégio Agrícola, a 5km. do centro, numa

⁸³A *ação*, 4/4/1970.

*área de 140 hectares, e a Cerâmica Norguaçu, uma das maiores do Nordeste brasileira. E assim vai Crato, acompanhando o progresso geral do Nordeste, graças ao esforço dos seus filhos e ao espírito de sua iniciativa. No próximo mês, deveremos inaugurar também o Laboratório de Análises Clínicas do Dr. Marcelo Alencar, o quarto da cidade, de sua ordem. É o Crato que avança. É o Crato que não pode parar.*⁸⁴

A Casa de Saúde Santa Teresa seria a sexta instituição hospitalar de Crato, conforme vimos no capítulo anterior, o que era considerado um “atestado eloquente da liderança absoluta do Crato no setor médico hospitalar,” não somente no Cariri, mas em todo o interior cearense.⁸⁵

Ao passo que eram noticiados os novos empreendimentos de Crato nos mais diversos setores, os jornalistas refutavam possíveis boatos de que “Crato está se afundando, que o Crato está morrendo”, “idéias tôlas e sem consistência, [pois] continuamos progredindo em todos os setores e a cidade continua crescendo”.⁸⁶ O anúncio sobre a inauguração da CSST na *Revista Itaytera* seguiu uma tônica semelhante, informando que a partir da criação daquela instituição a cidade de Crato daria mostras de seu

*pioneirismo do passado a ser portador do progresso nos dias de hoje. No meio a adversidade como que cria alma nova para outros embates, em prol da civilização. Seus filhos e moradores conservam ainda aquele espírito indômito que fizeram as lutas de independência no Ceará e a disseminação da instrução em grande parte da interlândia.*⁸⁷

A criação da CSST figurou na imprensa como expressão do desenvolvimento da cidade, ao contrário do que diziam os possíveis boatos sobre sua derrocada, corroborando com o discurso sobre a *cidade da cultura*. A fundação daquela instituição também foi evocada como expressão do vanguardismo de Crato, que expandiu as fronteiras caririenses, por se tratar de uma instituição psiquiátrica, “raríssima no interior nordestino”.⁸⁸ Como se observa:

A Casa de Saúde Santa Teresa destina-se a tratamento de doenças nervosas e mentais, no que se reveste de salutar e oportuno pioneirismo para tôda hinterlândia cearense, quiçá nordestina. Casas de gênero, só as possuímos em grandes

⁸⁴A *ação*, 27/6/1970.

⁸⁵ *Idem*.

⁸⁶A *ação*, 20/6/1970.

⁸⁷ Figueiredo Filho (1970: 179).

⁸⁸ *Idem*.

*centros urbanos. Basta dizer que, nesse tipo, existem apenas em Fortaleza, Teresina e Recife.*⁸⁹

Isto posto, percebe-se que a casa de saúde foi incorporada pelos jornalistas ao discurso da *cidade da cultura* reproduzido pela imprensa, ao lado de outros eventos contemporâneos à sua criação e que ajudavam a reafirmar uma imagem de liderança dessa cidade:

*Crato não somente [sic] é sede de intenso movimento de cunho educacional e cultural a despertar as atenções de meios evoluídos, até do sul do país. No setor hospitalar, médico, odontológico é dos centros mais desenvolvidos do interior, possuindo agora seis modernos estabelecimentos hospitalares, várias policlínicas, gabinetes de análises, além de consultórios bem aparelhados, com movimento intenso de intervenções e clínica intensa especializada, como em qualquer capital.*⁹⁰

Assim, com o surgimento dessa casa de saúde e dos demais empreendimentos, ao lado das associações literárias, da Diocese do Crato, do Seminário São José e de outras instituições, como a imprensa local, reafirmavam o lugar de centralidade de Crato, visto não apenas como referência sociocultural para a região, mas também como modelo na prestação de serviços de saúde, oferecendo, além da assistência geral, a especializada.

Nas edições seguintes à inauguração desta casa de saúde foram recorrentes matérias sobre a mesma. As notícias variavam com os informes sobre os eventos ocorridos, contratação de médicos, constando também os anúncios publicitários que começaram a marcar presença nas edições do semanário.

3. Anúncio da Casa de Saúde Santa Teresa

⁸⁹ Monsenhor Pedro Rocha, “Casa de Saúde Santa Teresa” – Programa: “Nossa vida, nosso lar”, Rádio Araripe do Crato, 25/6/1970.

⁹⁰ Figueiredo Filho (1970: 178).

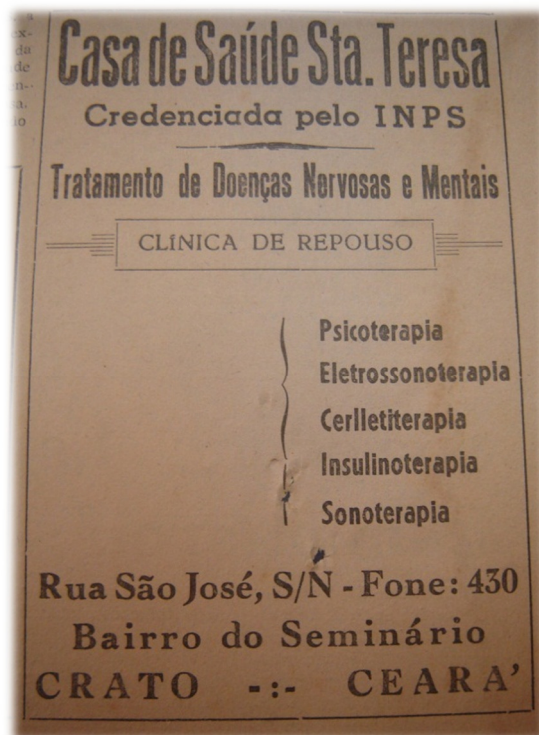


Foto: Jornal *A ação*, edições de 1970.

Essa propaganda foi, por diversas vezes, divulgada pelo jornal *A ação*, ao longo de mais de um ano após a criação daquele hospital. Ao lado desse anúncio, também eram veiculadas matérias que informavam aos cratenses os eventos que ocorriam no hospital como, por exemplo, “Casa de Saúde comemora festa de natal”; “Casa de Saúde comemora primeiro aniversário” e também “Casa de saúde homenageia seu patrono”.⁹¹

3.2 – “Mais uma cintilante estrela na formosa constelação da rede hospitalar do Cariri”

*Comemorando amanhã o Dia do Município, será inaugurada, às 8 horas, em Crato, dos mais expressivos marcos do seu desenvolvimento médico-assistencial, o nosso estabelecimento especializado em psiquiatria, o único no interior nordestino. Trata-se da Casa de Saúde Santa Teresa, iniciativa das mais elogiáveis de um grupo de nossos médicos.*⁹²

Como demonstra esta citação do semanário cratense *A ação*, a inauguração da Casa de Saúde Santa Teresa ocorreu no dia em que Crato comemorava seu aniversário de cento e dezessete anos, no qual foi elevada à categoria de cidade. Ao evento, foram

⁹¹ As matérias correspondem, respectivamente, às edições do jornal *A ação* dos dias: 24/12/1970; 26/6/1971; e 24/7/1971.

⁹² *Ação*, 20/6/1970 (meu grifo).

convidados diversos membros da elite cratense, como demonstra o convite abaixo, assinado pela esposa de um dos três sócios fundadores, Nerian Esmeraldo Oliveira Abath.

4. Convite de inauguração da Casa de Saúde Santa Teresa

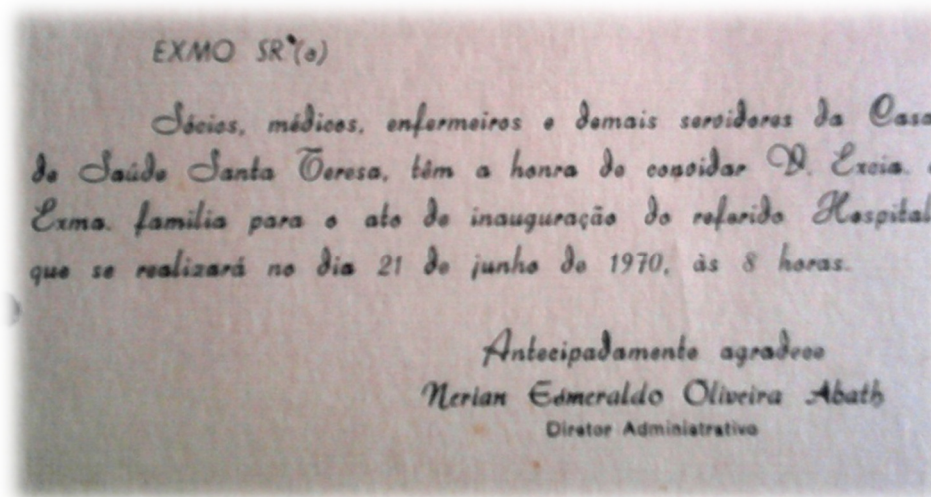


Foto: Arquivo pessoal - Nerian Esmeraldo Oliveira Abath

A solenidade contou com a presença do terceiro bispo diocesano cratense, Dom Vicente de Paulo Araújo Matos que, além de ministrar uma missa em ação de graças pelo evento, realizou o simbólico corte de fita, no mesmo instante em que parabenizava publicamente a construção daquela casa de saúde pelos médicos Maurício Monteiro Teles, Elígio de Figueiredo Abath e Carlos Barreto Carvalho. Na ocasião, o bispo cratense também homenageou os distintos patronos do hospital: Madre Ana Couto uma das fundadoras da Congregação das Filhas de Santa Teresa que, a partir de então, emprestaria seu nome ao pavilhão feminino do novo hospital. E os já mencionados psiquiatras caririenses, Zaqueu Esmeraldo, natural de Crato e o juazeirense Xavier de Oliveira. O primeiro deu seu nome ao pavilhão masculino, e o segundo à ala de serviços terapêuticos daquela casa de saúde. Durante a cerimônia, a irmã de Zaqueu Esmeraldo, a senhora Maria de Lourdes Esmeraldo, proferiu discurso agradecendo em nome de toda a família Esmeraldo, que também esteve presente na homenagem ao falecido psiquiatra.

Além do bispo diocesano, religiosos e familiares dos patronos da casa de saúde compareceram ao coquetel de inauguração: “destacadas autoridades, grande número de médicos, diretores de hospitais do Cariri”, prestigiando a iniciativa dos três sócios, que criaram aquela instituição em regime de sociedade limitada. O hospital assumiu as feições de uma instituição familiar: a direção do hospital ficava ao cargo dos doutores

Maurício, Elígio e Carlos, enquanto sua administração contava com o apoio das esposas dos dois últimos, respectivamente: Nerian Esmeraldo Oliveira Abath e Gláucia Melo Barreto Carvalho. Esta última era farmacêutica, e também se ocupou da administração dos medicamentos daquela instituição.⁹³

O convite de inauguração do hospital também foi encaminhando aos vereadores de Crato, em sessão solene da Câmara de Vereadores daquela cidade, ficou registrado,

*As treze (13) horas do dia nove do mês de junho do ano de mil novecentos e setenta; sob a presidência do vereador José Valdevino de Brito e presentes os edis[sic]: José Luís de França, Valdir de Sousa Leite, José de Sousa Brito, Maria Arrais Pedro Saraiva e Eron Pinheiro realizou-se uma sessão ordinária, nesta casa. (...) Palavra facultada - usou-a Eron Pinheiro (...) Enalteceu a instalação da Casa de Saúde Santa Teresa. Disse que a nossa cidade foi enriquecida com um centro para tratamento psiquiátrico. Requereu em ofício de congratulações aos seus fundadores: Dr. Maurício Teles e Dr. Elígio Abath.*⁹⁴

Essa casa de saúde, destinada ao tratamento das doenças nervosas e mentais, foi instalada no antigo prédio onde funcionou o noviciado da Congregação das Filhas de Santa Teresa, “daí vindo-lhe o nome e a santa que o protege”, em “confortável edifício, totalmente isolado” do centro da cidade, dispondo de “quartos todos bem arejados, com pátios internos, tudo isso ao lado da mais luxuriante natureza caririense, vendo-se embaixo o panorama da cidade, canaviais, fruteiras e mais adiante, Juazeiro do Norte”.⁹⁵ Vale lembrar que, no momento de criação da CSST, era preconizado naquele momento para a área psiquiátrica serviços cada vez mais integrados à comunidade, evitando assim a ideia de segregação social que era inculcada no modelo hospitalar da psiquiatria tradicional.

De acordo com a imprensa, o hospital contava com “instalações moderníssimas com capacidade para 60 leitos e dotada de todo o equipamento e requisitos para um eficiente funcionamento”.⁹⁶ O edifício que, de acordo com Pinheiro (1963: 220), foi construído em 1942, estava alugado ao doutor Elígio Abath desde fevereiro de 1969 para a instalação de um estabelecimento médico. A casa do noviciado foi, a princípio,

⁹³A ação, 27/6/1970.

⁹⁴ “Ata 199 Sessão da 6ª Legislatura da Câmara Municipal do Crato” (1970: 35).

⁹⁵ Figueiredo Filho, 1970.

⁹⁶A ação, 20/06/1970.

alugada por 10 anos, com reajuste anual do aluguel; porém, lá serviu de instalação para a CSST até 1986, quando este hospital foi transferido para sua sede própria.⁹⁷

5. Fachada da Casa do Noviciado



Fonte: Arquivo da Congregação das Filhas de Santa Teresa.

O prédio do noviciado, “que já era bem construído”, havia passado “maravilhosamente” por uma “reforma substancial”, ou mesmo “radical adaptação, dentro do plano rigorosamente exigido pelo Ministério da Saúde e órgãos supervisores daquele setor especializado de saúde”.⁹⁸

Uma ex-funcionária da instituição afirmou que a estrutura do hospital que “*antes era para formação de religiosos, era amplo e tinha dois pavilhões, além de pátios ajardinados, deixando a casa muito ventilada e muito arejada*” (E-7). Apesar de ser retratada com toda a pompa pela imprensa, em relação à sua estrutura física, foi afirmado por outro personagem que acompanhou de perto a sua inauguração que “*a casa de saúde era bem pequenininha, as condições eram mínimas; não tinha nem auxiliar de enfermagem nesse tempo. Era muito problemático, eram poucos leitos*” (E-6). Grande ou não, o hospital foi instalado na estrutura do noviciado, aproveitando sua planta origem, que segue abaixo:

⁹⁷ Além do prédio do noviciado, a congregação alugava outros estabelecimentos comerciais e residenciais em Crato e outras cidades da Região do Cariri (“Prédio alugados – Região do Cariri – Crato e Juazeiro, 1978 – Arquivo da Congregação das Filhas de Santa Teresa).

⁹⁸ Monsenhor Pedro Rocha, op. cit.

6. Planta da Casa do Noviciado

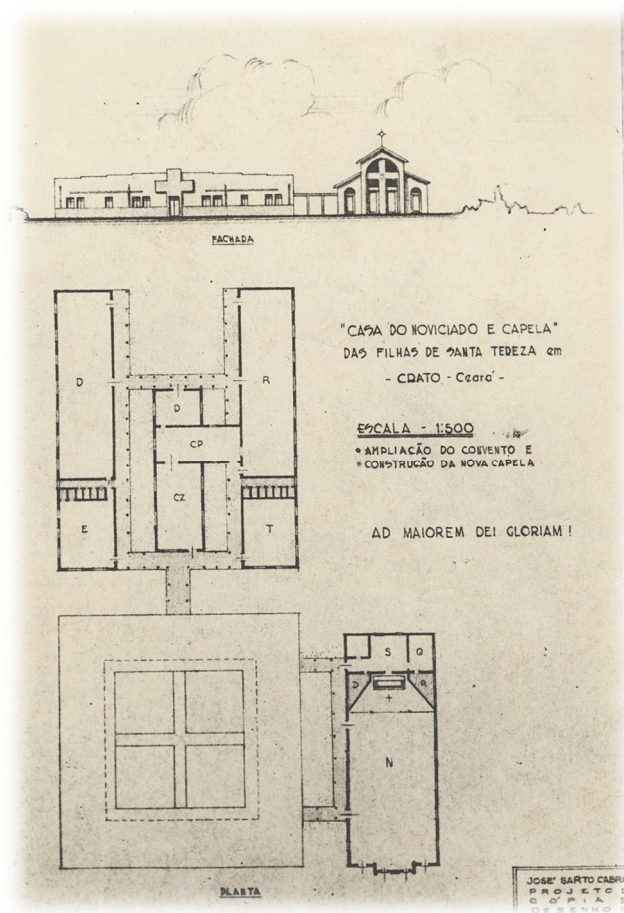


Foto: Arquivo da congregação das Filhas de Santa Teresa.

Foi inaugurado com sessenta leitos, distribuídos entre os pavilhões feminino (Madre Ana Couto) e masculino (Dr. Zaqueu Esmeraldo). As terapias oferecidas pela instituição eram: Eletrossonoterapia, Cerletiterapia, Sonoterapia, Insulinoterapia e Psicoterapia. De acordo com a imprensa, a casa de saúde era “aparelhado com o que há de mais moderno na ciência médico neste particular”.⁹⁹

Até a criação dessa instituição, o único hospital que prestava atendimento aos doentes mentais de toda a Região do Cariri era o Hospital São Francisco de Assis, em Crato. Segundo me relatou o médico cratense que trabalhou no HSFA, antes mesmo da criação da casa de saúde, “*todos os doídos da região, eram atendidos naquele Hospital São Francisco, só havia nosso hospital*” (E-2). O que demonstra que a assistência psiquiátrica no HSFA assumiu as feições da assistência médica em geral naquele hospital, atendendo a demanda de toda a região e entorno (cf. mapas em Anexos).

⁹⁹ Figueiredo Filho, 1970.

Há registros de que esse hospital prestava assistência psiquiátrica desde pelo menos 1952. Uma antiga funcionária da instituição me afirmou que, assim que começou a trabalhar no HSFA, o médico que realizava o atendimento aos doentes psiquiátricos era o doutor Joaquim Fernandes Teles, pai de Maurício Monteiro Teles. Sobre as condições daquela assistência, essa antiga funcionária relatou ainda:

Nesse tempo era precária a situação, não tinha luz, era fraca, aí quando dava dez horas doutor Teles vinha dar choque nos doentes mentais. Eram dois, três doentes; e quem auxiliava era eu nos choques (...) nessa época o filho dele tava no Rio, isso foi em 1955, nessa época os médicos eram poucos. O diretor era doutor Macário, doutor Fábio auxiliava ele, doutor Eldo, depois chegou doutor Elígio, chegou Zé Ulisses, Hugo Barreto, Humberto Macário, trabalhando na Maternidade e no hospital, separado. No tempo que doutor Teles faleceu, doutor Maurício ficou. Mas era muito pouco doente que ele atendia (E-8).

Continuou seu depoimento narrando especificamente sobre a relação com os pacientes, onde destacou:

A gente sofria demais aqui. Só tinha mulher, e pra pegar os doentes violentos era uma novela. Tinha uma sala pra eles, própria pra dar esse choque, mas era pouco doente, era um dois, não era doente demais não. O doente passava a noite gritando que ninguém dormia, era quebrando tudo e só homem que aguentava pegar. Às vezes tomava injeção forte que existia antigamente. Tinha as injeções na horinha certa, mas acalmava. Ficava tudo quietinho que só (E-8).

Por esse relato se deduz que não havia técnicos especializados para lidar com os pacientes psiquiátricos. Mas, por outro lado, como destacou esta antiga funcionária, não era muito expressivo o número de internações dos doentes. A tônica principal do tratamento psiquiátrico no HSFA era, portanto, a medicação e aplicação de eletrochoques, já que era “*difícil demais um doente vir assim para internar. Alguns internavam, mas não tinha lugar preparado*” (E-8). Assim sendo, o tratamento no HSFA guardou aspectos de improvisação e urgência, específicos do setor ambulatorial.

A pequena quantidade de pacientes foi destacada por um antigo médico deste hospital, que afirmou que, embora recebesse os pacientes de toda a região, não seria tão grande a demanda psiquiátrica do HSFA. “*Tinha bastante paciente, mas não era demais não, viu?! Tinha muito mais apendicite, acidente, perna quebrada, braço quebrado, cabeça quebrada que doente de psiquiatria*” (E-2). Ainda de acordo com esse médico, os pacientes psiquiátricos

Vinham tomar choque, tomavam choque e voltavam pra casa, tomando os remédios que os médicos passavam. Quem chegasse precisando de eletrochoque e não tivesse, qualquer médico fazia, Eldo Cariri, Ulisses Peixoto.(...) O doutor Macário também. Eu mesmo apliquei eletrochoque, no paciente aqui no São Francisco; e Maurício [Monteiro Teles] também. Eu que botava os eletrodos na cabeça deles e dava o choque, tranquilamente. Fiz isso muito, muito, muito... Quando chegava um doido, dizendo nome feio, quebrando tudo, e que Maurício não estava e eu ia lá e dava o choque nele, não era meu doente não, era doente dos outros, mas tranquilamente. (E-2).

O tratamento psiquiátrico no HSFA era considerado improvisado, e destinava-se sobretudo aos pacientes indigentes que não tinham recursos para o tratamento em outras cidades. Como afirmou a antiga funcionária do HSFA, “doente rico procurava outro meio. Os doentes que eram ricos iam pra Fortaleza, mas o pobre vinha era pra cá” (E-8). Tais relatos também demonstram que, mesmo antes de sua criação da casa de saúde, doutor Maurício esteve envolvido com o tratamento psiquiátrico em Crato.

A assistência aos doentes mentais de Crato no HSFA, também figurou no depoimento de senhora que esteve diretamente ligada à fundação da casa de saúde. De acordo com seu depoimento, havia “atendimento ambulatorial, mas quando o doente ficava muito agitado ele aplicava eletrochoque; tinha uma sala de eletrochoque lá”, entretanto “não tinha como internar, eles faziam tratamento de eletrochoque e o doente voltava pra casa” (E-4). A falta de espaço específico para a internação foi mencionada por esta senhora como principal justificativa para a criação de uma casa de saúde especializada. Também na imprensa, a criação do Santa Teresa foi também retratada como sendo um preenchimento de uma lacuna assistencial da região.

Há tempo sentíamos a necessidade de um serviço psiquiátrico organizado e convenientemente instalado, em terras caririenses. É que tratamentos dessa especialidade teriam de ser feitos com deslocamentos dos pacientes para pontos distantes, com todos os percalços econômicos e familiares, o que se fazia somente em casos extremos e sob imperiosas limitações, impostas pelas circunstâncias diversas.¹⁰⁰

Com essa nova casa de saúde não seria mais preciso “utilizar o Hospital de Parangaba, em concorrência com a capital e todos os Municípios do Estado – pois todos correm para ali, à disputa de uma simples vaga dificilmente conseguida”.¹⁰¹

¹⁰⁰ Monsenhor Pedro Rocha, op. cit.

¹⁰¹A ação, 20/6/1970.

Entretanto, casas de saúde como esta, que foram fundadas sob o regime de credenciamento com o INPS, atendiam a uma clientela específica de segurados e seus dependentes, além de particulares que dispunham de recursos para garantir o atendimento. Ainda que os anos 1970 tenham sido marcados pela ampliação da cobertura previdenciária, muitos brasileiros ficaram de fora dos benefícios do INPS, recorrendo à saúde pública ou filantrópica. No caso de Crato, os pacientes psiquiátricos que não estavam sob tutela previdenciária, e que não tinham como pagar pelos serviços da CSST, continuaram recorrendo aos eletrochoques e injeções no HSFA, ainda que tenha sido afirmado que “*depois que teve a casa de saúde, passou tudo pra lá*” (E-2).¹⁰²

As principais justificativas para a criação da CSST circulam sobre a existência de uma grande demanda de pacientes não somente de Crato, mas de todo Cariri e regiões limítrofes, de modo que essa instituição foi retratada como um empreendimento “de antemão vitorioso pela sua competente direção, pela procura, confiança e raio de ação”.¹⁰³ Ao lado disso, o novo hospital psiquiátrico também passou a ser identificado como uma *clínica de repouso*, propaganda que apareceu também no anúncio do hospital divulgado pelo jornal *A ação*, de modo que o hospital serviria até para “pessoas cansadas do labutar cotidiano da vida há excelentes lugares, naquela Casa de Saúde”.¹⁰⁴

Ao folhear as notícias sobre a CSST, os temas que apareceram a ela vinculados eram: preenchimento de lacuna, a assistência especializada, clínica de repouso. Ao lado disso, esta casa de saúde foi considerada um “atestado eloquente da liderança absoluta do Crato no setor médico hospitalar, no interior do Estado”, ratificando o ideal de *cidade da cultura*, como discutido por Cortez (2000). Também foi retratada como uma “louvável iniciativa” dos três médicos pelo “arrojado empreendimento”, “salutar e oportuno pioneirismo”, associada ao ideal de modernidade e ciência, que tanto agradava a elite intelectual local.

Se por um lado esta casa de saúde parece ter sido uma “boa novidade” para a assistência local, por outro a fundação daquela casa de saúde teria sido motivo de muita intriga na cidade, como me foi relatado que “muita gente cisma com a Casa de Saúde para tratamento de doenças nervosas e mentais, fazendo dêsse tratamento um

¹⁰² Em 17/5/1975, o jornal *A ação* publicou matéria informando que “o Hospital São Francisco, de longa data, mantém atendimento a doentes mentais principalmente indigente, vez que não dispõe de médicos especialistas e não tem instalações adequadas. Limita-se ao emprego de eletroconvulsoterapia com pequeno atendimento”, pois havia também a CSST a prestar a assistência psiquiátrica.

¹⁰³ Figueiredo Filho, 1970.

¹⁰⁴ Idem.

preconceito pessoal e social”.¹⁰⁵ Em contrapartida, era esclarecido que “nos grandes centros ou nos meios de maior desenvolvimento educacional, é comum o tratamento psiquiátrico, não somente para casos agudos, porém como medida preventiva para controle do sistema emocional”.¹⁰⁶ Poucos dias após a criação da CSST, o religioso Monsenhor Pedro Rocha pronunciou um discurso na rádio, onde afirmava que

*No mundo como o em que vivemos, dificilmente se encontra uma pessoa inteiramente sadia no seu equilíbrio emocional. Os testes científicos, neste sentido, são positivos. Aumenta, a cada dia, senão o tipo de alienação violenta, pelo menos, multiplicam-se os tratamentos especializados. A neurose é uma doença própria da civilização em que vivemos. Onde se entende bem disto, Casas de Saúde dêsse ramo vivem sempre lotadas, porque servem também de repouso da mente cansada, desgastada, trabalhada pelos vários tipos de neuroses que abatem as pessoas, até mesmo tidas e havidas como sadias.*¹⁰⁷

O discurso deste religioso pode ser interpretado como uma resposta em relação à uma possível rejeição que a criação da casa de saúde causou na população da cidade. Segundo me atestou senhora que esteve diretamente envolvida com a criação daquele hospital, “foi preciso um trabalho muito grande junto à sociedade”, uma vez que era afirmado que em Crato “não tinha doente mental para ter um hospital próprio, que Crato não tinha doido, não aceitavam que no Crato tivesse esse hospital, achavam que ia fechar e que não ia dar certo” (E-5). Portanto, a criação de uma instituição como aquela, que era fundada por Maurício, Elígio e Carlos, teria gerado insatisfações não só de leigos, mas também de médicos da cidade, que “não entendiam que a gente tava abrindo portas para um ramo da medicina que estava em franco desenvolvimento e que a gente precisa incluir em Crato”(E-5).

Para sua plena aceitação na sociedade cratense, a Casa de Saúde Santa Teresa teria contado com o apoio de alguns atores sociais da cidade. Seus sócios fundadores contaram com uma rede de relações sociais com outras pessoas de prestígio naquela localidade, que imprimiram apoio social e moral à instituição e aos próprios sócios fundadores, como observo a seguir.

¹⁰⁵ Monsenhor Pedro Rocha, op. cit.

¹⁰⁶ Idem.

¹⁰⁷ Monsenhor Pedro Rocha, op. cit

3.3 – Redes de relacionamento para a construção da CSST

*Nesta oportunidade, parabenizamos o grupo de médicos pelo arrojado empreendimento, bem assim o Crato que dá mais êsse gigantesco passo de progresso, reafirmando sua condição de cidade-líder do hinterland cearense.*¹⁰⁸

Como se observa pelo trecho acima, os jornalistas do periódico cratense *A ação* pronunciaram congratulações aos três médicos Maurício, Elígio e Carlos, por terem fundado a primeira instituição psiquiátrica da região caririense. Na edição do dia anterior, a inauguração do “primeiro hospital psiquiátrico do interior e a sexta casa hospitalar do Crato”, considerado uma “louvável iniciativa”, era divulgada a cerimônia de instalação da instituição que simbolicamente seria inaugurada no dia em que Crato completava seu 117º aniversário.¹⁰⁹ Essa matéria teve direito à chamada na primeira página do periódico, e foi assinada pelo intelectual cratense J. Lindemberg de Aquino, considerado por Cortez (2000) um dos principais *especialistas da produção cultural*.

Na seguinte edição do periódico, a matéria intitulada “Inaugurada Casa de Saúde Santa Teresa em Crato!” ocupou quase toda a terceira página da edição do dia 27 de junho de 1970, em que ficaram registrados os generosos elogios aos sócios fundadores.

*Queremos parabenizar aos responsáveis pela Casa de Saúde Santa Teresa, por antecipação, fazendo votos de que o estabelecimento entre com o pé direito, em sua fase inicial de existência, comprovando a oportunidade do empreendimento que há de dar ao Crato a liderança em mais êsse importante setor.*¹¹⁰

Na mencionada *Revista Itaytera*, foi publicado artigo sobre o Santa Teresa, escrito por J. de Figueiredo Filho, outro *especialista da produção cultural*. Este intelectual afirmou que aquela casa de saúde era exemplo do “espírito idômito” dos cratenses “que fizeram as lutas de independência no Ceará e a disseminação da instrução em grande parte da interlândia”.¹¹¹ A historiadora Cortez considera Figueiredo Filho “um dos mais arrazoados dentre os ‘especialistas da produção cultural’, foi aquele que produziu mais textos sobre Crato” (Cortez, 2000: 13). Este intelectual, que foi um dos fundadores do Instituto Cultural do Cariri (ICC), e presidente desta academia literária por quase vinte anos (1954-1973), teria sido também o responsável pela criação

¹⁰⁸A ação, 20/7/1970.

¹⁰⁹A ação, 20/7/1970.

¹¹⁰Idem.

¹¹¹Figueiredo Filho, 1970.

de um dos *lugares de memória* da cidade, o Museu de Crato. Depreende-se, portanto, que esse intelectual era um dos maiores expoentes da intelectualidade cratense, responsável pela construção e manutenção da ideia de Crato enquanto pólo de civilização de modernidade. Ao falar sobre a criação daquela casa de saúde, J. de Figueiredo Filho associou-a à sua militância intelectual, ratificando, por meio da criação do novo hospital, a pujança cratense, isto é, inserindo a criação da CSST no discurso de *cidade da cultura*, compreendo-a como mais uma expressão, entre tantas outras, da superioridade cratense.

Além das matérias impressas sobre a CSST na *Revista Itaytera* e no periódico *Ação*, também houve um pronunciamento na Rádio Araripe do Crato sobre a criação da casa de saúde. Quatro dias após inaugurada, o Monsenhor Pedro Rocha pronunciou um longo discurso de apoio à iniciativa dos três médicos em seu programa intitulado “Nossa Vida, Nosso Lar”, como acima mencionado.¹¹² Proferiu uma longa aclamação positiva sobre a instituição, considerada por aquele religioso como uma

*realidade consoladora para nossa região e mais uma cintilante estrela na formosa constelação da rede hospitalar do Crato, sem favor, o maior centro médico do interior nordestino (...) dia a dia, consolida sua posição de centro polarizador de serviço médico e hospitalar, dentro e fora do Estado.*¹¹³

Descreveu pormenorizadamente, elogiando de modo generoso o espaço físico, instalações, serviços, além de enaltecer a habilidade e competência dos recursos humanos daquele hospital, sobre os quais afirmou:

*Os nomes integram a direção, administração e serviços da Casa de Saúde Santa Teresa, dispensam apresentação ao público. São médicos dos mais renomados de nossa região e senhoras que, além de valiosos pergaminhos de brilhantes cursos apresentam-se, entre nós, como exemplos de damas de nossa melhor sociedade e do mais fino espírito cristão: Nerian Oliveira Abath, Gláucia de Melo Barreto, Sônia Vasconcelos Araújo e Neide Esmeraldo Cartaxo, eis uma equipe que dificilmente se encontrará, por êsse mundo de meu Deus, dentro de uma instituição dêsse quilate.*¹¹⁴

Como se percebe, o discurso de Monsenhor Pedro Rocha valoriza e fortalece uma imagem positiva sobre a CSST. Este reverendo, nesta época, era provedor do

¹¹² Essa rádio teria sido criada em 1951 e logo ao final daquela década, em 1959, a diocese inaugurava outra rádio específica a Rádio Educadora do Cariri (Cortez, 2000: 188-189).

¹¹³ Monsenhor Pedro Rocha, op. cit.

¹¹⁴ Idem.

Hospital São Francisco de Assis e também do Hospital Infantil de Crato, pelos quais realizava campanhas de angariação de fundos para manutenção desses estabelecimentos de saúde. Tais dados atestam o vínculo deste religioso com o universo da assistência médica naquela localidade. O discurso de Monsenhor Rocha, como foi citado no tópico anterior, também pode ser compreendido com um esclarecimento sobre as doenças mentais, o tratamento e como esse tipo de assistência era bastante aclamado nos centros urbano desenvolvidos. Tanto o pronunciamento deste padre na rádio quanto os pronunciamentos dos intelectuais no jornal e revista da cidade expressam o apoio que a imprensa legou ao hospital recém construído, enaltecendo a competência do corpo médico, elogiando as virtudes das esposas administradoras, dissertando pormenorizadamente sobre a estrutura física da casa de saúde e, enfim, credibilizando a assistência ali prestada. As matérias sobre os eventos que ocorriam no hospital podem ser compreendidas enquanto um esforço dos veículos de imprensa em buscar a aceitação e familiarização da casa de saúde junto àquela sociedade. Curiosamente, nenhum dos outros hospitais que foram criados na cidade de Crato após a CSST ganhou tanta projeção no jornal *A ação* ou teve matéria a seu respeito veiculada na *Revista Itaytera*.

Ao lado disso, se observa o apoio que o clero local empreendeu ao hospital Santa Teresa, pela presença do bispo cratense na cerimônia de inauguração daquela instituição, onde foi realizado o corte da fita e ministrada a missa solene de ação de graças. Em outros eventos da instituição divulgados na imprensa, esteve sempre presente algum padre cratense, ministrando missas e fazendo aclamações solenes. Como me relatou a senhora que acompanhou a criação da CCST, o apoio do clero e a confiabilidade que o clero deu ao hospital foi essencial para a aceitação daquela instituição pela sociedade. Ainda de acordo com seu relato, informou que “*clero que sempre apoiou, sempre ajudou, e sempre mandou seus pacientes, sem nenhum preconceito*”, inclusive o primeiro paciente da instituição teria sido um padre daquela diocese (E-4).

Para compreender o envolvimento do clero em apoiar aquela casa de saúde, chamo ao debate mais uma vez as discussões de Lima (2009), sobre o auxílio que a igreja católica e entidades filantrópicas empregaram para a construção do aparato de assistência à saúde no Estado do Ceará. Essa autora demonstra como as ações promovidas pela igreja católica foram primordiais à inserção das questões de assistência aos leprosos na capital cearense, em um contexto de ausência de medidas governamentais, ou políticas públicas efetivas na promoção de assistência aos leprosos

cearenses. Apesar de Lima (2009) ater-se à questão específica de assistência aos leprosos na capital cearense, em um período com poucas ações governamentais sistemáticas na área da saúde (1920-1937), essa autora demonstra que sua análise pode ser compreendida pelas linhas gerais que nortearam a construção do aparato assistencial à saúde em todo o Estado, quando a igreja católica, no formato de instituições filantrópicas e beneficentes, assumia essa a assistência aos desvalidos, informado pelo espírito da caridade e da filantropia. Através do seu poder de coerção social, a igreja católica aglutinava seguidores em prol da causa social da prestação de saúde aos necessitados. Além disso, Lima (2009) está se referindo a um momento histórico bastante distinto ao que abordo, trabalhando os anos de 1920 à 1937, momento marcado pela introdução de políticas assistenciais mais efetivas no estado, ainda que implantadas paulatinamente. Como apresentei no capítulo anterior, o caso do Hospital São Francisco de Assis se adequa perfeitamente à análise de Lima (2009), além de se referir ao mesmo recorte temporal trabalhado por aquela historiadora.

Embora não possa fazer uma transposição direta da análise de Lima (2009) ao caso da CSST, por se tratar de outro momento histórico, no qual figurava outra conjuntura política assistencial, caracterizada pela ação do poder privado na construção de hospitais privados, não somente específicos da área psiquiátrica, enquanto os serviços eram pagos pelo governo federal, por meio de contratação a partir do credenciamento junto ao INPS. Ao lado disso, hospitais psiquiátricos eram instituições de fácil montagem, como disse no primeiro capítulo, por não prescindirem de muitos recursos com aparelhagem e pessoal especializado. Sem dúvida, os anos de 1970 retratam uma nova conjuntura das políticas de saúde em geral, e particularmente da psiquiatria, embora permaneça de forma significativa o apoio despendido por instituições religiosas à construção do aparato assistencial da saúde. Se nos anos de 1930 a igreja ajudou a construir o primeiro hospital da Região do Cariri, em 1970 ela auxiliou a aceitação social de um hospital psiquiátrico em Crato.

Portanto, no contexto histórico dos anos de 1970, o apoio que a igreja católica investiu na CSST consistiu mais significativamente em apoio moral e social – credibilizando e valorizando seus profissionais, sua especialidade – que apoio econômico, no qual o pronunciamento do Monsenhor Rocha, a presença do bispo na solenidade de inauguração pode ser compreendido como uma campanha social em prol da credibilização daquela instituição. Nesse sentido, as conclusões de Lima (2009) me servem para compreender a reminiscência de um hábito da igreja católica naquela

localidade, em desenvolver, patrocinar ou mesmo apoiar moralmente instituições assistenciais à saúde.

O principal veículo que a igreja católica utilizou para expressar seu apoio à construção da CSST foi a imprensa, onde, por outro lado, estavam investindo também os intelectuais da cidade que, ao passo que parabenizavam os médicos da CSST, também se apropriavam da ideia de criação da instituição para investirem e atualizarem o discurso de supremacia cratense frente às demais cidades interioranas, reafirmando a ideia de *cidade da cultura*, como trabalhada por Cortez (2000). A criação de uma instituição psiquiátrica fortalecia a preponderância e/ou predominância, ou pioneirismo e/ou vanguardismo de Crato na região caririense – quiçá em todo o nordeste interiorano. Nesse sentido, o apoio que a imprensa deu foi uma via de mão dupla, porque fez uso do evento de inauguração da casa de saúde para ratificar o ideal de *cidade da cultura*.

Outra expressão do apoio do clero aos três médicos para o erguimento do hospital se refere ao espaço onde a CSST funcionou, isto é, na sede do antigo noviciado das Filhas de Santa Teresa. Essa congregação foi fundada em 1923 pelo primeiro bispo cratense, Dom Quintino Rodrigues de Oliveira e Silva, com o apoio da homenageada Madre Ana Couto. A ação do primeiro bispo do Crato foi caracterizada pelo “fomento às vocações sacerdotais e na promoção da educação” (Cortez, 2000: 139). Nesse sentido, esse bispo fundou escolas, reabriu o Seminário São José, que havia sido fechado, além de ter fundado também o jornal *A ação*, em 1939. Segundo Cortez, a Congregação das Filhas de Santa Teresa de Jesus era considerada a “filha dileta” daquele bispo, pois teria sido “a instituição que contribuiu na tessitura do poder simbólico do Crato”, espraiando a educação feminina não só nesta região, mas para outras cidades e estados vizinhos (Cortez, 2000:139).

Aos poucos, a Congregação que havia sido criada em 1923 foi alargando sua atuação no campo da educação alcançando, em 1948, uma já sólida rede escolar que contava com sete escolas no Ceará (3 em Crato; 1 em Juazeiro do Norte; 1 em Icó; e 2 em Iguatu) e uma na Paraíba, no município de Santa Luzia. Nos anos de 1960, essa congregação contava com trinta e três instituições sob sua jurisdição, como “noviciado, patronato, colégios, abrigo para idosos, externato” (Cortez, 2000: 139). Dos colégios criados pela congregação, um deles teve grande relevância na sociedade cratense, o Colégio Santa Teresa de Jesus, específico para a educação de moças. Este colégio tornou-se referência para a formação das filhas de renomadas famílias cratenses, tendo como pilares principais a “espiritualidade forte e instrução (...) compreendidas como

instrumentos imprescindíveis para que as mulheres exercessem os seus papéis de esposas, mães, professoras” (Cortez, 2000: 141). Ao herdar o nome e o espaço do Noviciado, a casa de saúde herdava também para si, ou buscava herdar, o prestígio social calcado pela congregação naquela sociedade.

O jornal *A Açã*, que era órgão da diocese de Crato, congregava a opinião da elite religiosa e também era veículo de diálogo da elite intelectual local que, semanalmente, contribuíam para sua produção, imprimindo naquelas edições determinado olhar e sentido sobre os acontecimentos cratenses, associando-os ao ideal da civilidade, progresso e modernidade como típicos aspectos de Crato.

Essas notícias sobre a CSST na imprensa revelavam o apoio que era recebido pela casa de saúde, em oposição ao preconceito existente em relação à doença mental outrora mencionado, isto é, de um importante veículo de informação e formador de opinião. A presença dessas notícias na imprensa local dá indícios do espaço social calcado por aquele hospital e dos lugares sociais dos atores que estiveram presentes, colaborando para a construção social desta instituição.

A Congregação das Filhas de Santa Teresa de Jesus, assim como a Diocese e o Hospital São Francisco de Assis, tinham suas notícias frequentemente vinculadas pelo mencionado jornal *A açã*, o que representa um estreito relacionamento entre estas instituições e os jornalistas daquele periódico. Nesse sentido, percebe-se que todas essas instituições faziam parte de uma elite local e apoiavam os fundadores da Casa de Saúde Santa Teresa.

Todo esse apoio indica o espaço social ocupado por seus sócios fundadores, e as redes de relacionamento que estes acionaram para que esta instituição pudesse entrar em funcionamento e ganhar espaço naquela sociedade. Os donos da CSST com certeza representavam figuras de prestígio naquela sociedade cratense.

O fato dos três médicos terem conseguido o apoio de setores da elite cratense para o empreendimento que encabeçaram indica, como apresentei no tópico anterior, que estes se não faziam parte diretamente da elite local da cidade, dialogavam bastante com ela, isto é, com membros da congregação, diocese, e órgãos da imprensa cratense. Torna-se necessário compreender um pouco mais a fundo o espaço social ocupado por esses médicos: origem familiar; local de formação; atuação profissional – para melhor analisar essas redes de relações que eles acionaram para a construção de sua casa de saúde psiquiátrica. E quem eram esses médicos que receberam tantos incentivos e

elogios pela criação de uma casa de saúde? Esta pergunta busco responder no tópico seguinte.

3.4 – Os fundadores da Casa de Saúde Santa Teresa

*Eis aí um quadro que honra a medicina caririense e inspira inteira confiança a todo o nosso público. São veteranos da medicina e cidadãos que se impõem pela ética profissional e pelo exemplar comportamento social em nosso meio.*¹¹⁵

A fala acima foi pronunciada pelo Monsenhor Pedro Rocha em seu discurso na Rádio Araripe, onde enalteceu as competências dos três médicos: Maurício, Elígio e Carlos Barreto, sobre os quais dispensava qualquer apresentação. Também o intelectual cratense J. de Figueiredo Filho, em artigo da *Revista Itaytera*, elogiava aqueles três profissionais, destacando o fato de que a “segura direção [da CSST] compõe-se dos abalizados e abnegados médicos, já bem conhecidos na zona”.¹¹⁶

Para esclarecer mais sobre o *porquê* desses três médicos terem recebido o apoio de setores de prestígio da sociedade cratense para a aceitação daquela instituição, faz-se necessário compreender aspectos correspondentes ao próprio pertencimento social daqueles três sócios em Crato, destacando fatores como sua genealogia familiar e atuação profissional. Para tanto, chamo ao debate as proposições da historiadora Georgina Gadelha (2012), que elabora um estudo prosopográfico sobre os membros do Centro Médico Cearense (CMC), a primeira agremiação médica do Estado do Ceará, criada na capital cearense em 1913.

Ao considerar a história de vida dos membros do CMC, levando em conta sua origem familiar, formação acadêmica, atuação profissional entre outros aspectos, conclui-se que o prestígio social que estes profissionais tiveram naquela sociedade e naquele momento provinha também do espaço social e econômico de suas famílias. De acordo com Gadelha (2012), os membros do CMC se distinguiram na sociedade fortalezense de início do século passado não somente pela sua atuação profissional, mas

¹¹⁵ Monsenhor Pedro Rocha, op. cit.

¹¹⁶ Figueiredo Filho (1970: 179).

também por terem eles herdado o lócus social de prestígio de seus pais e avós que, por sua vez, eram membros de uma elite econômica e agrária. Desta feita,

a linhagem, neste caso, porta privilégios e poderes significativos que são utilizados, de forma simbólica, para a manutenção das estruturas sociais estratificantes, nas quais determinados indivíduos se destacavam desde o nascimento pelo nome próprio que carregam. Os nomes de família representam títulos que portam direitos privilegiados sobre os demais membros da sociedade (Gadelha: 2012: 25).

Sendo assim, os médicos que conformaram o CMC “eram originários, em parte, da elite rural, formada por proprietários de terras (majores e coronéis), e as novas elites urbanas, constituídas por profissionais liberais (médicos, farmacêuticos e advogados)” (Gadelha, 2012: 35). O desenvolvimento urbano, ocorrido ao longo do século XIX, em decorrência da busca pela civilização do país, teria feito com que o modelo de estrutura social que privilegiava somente os grandes proprietários fosse superado, de modo que “ocupações citadinas”, isto é, profissionais liberais, políticos, burocratas, médicos e advogados passaram a gozar, paulatinamente, do mesmo prestígio social antes exclusivo aos latifundiários (Gadelha, 2012: 35). Na transição de uma geração para outra, os advogados, médicos e políticos passam a substituir seus pais e avós coronéis, grandes proprietários de terras.

Ainda que o número de fortalezenses que fizeram parte da elite médica estudada por Gadelha (2012) seja bem mais significativo, ao ponto de criarem uma agremiação profissional, é possível identificar semelhanças desse grupo em relação aos três médicos que criaram a CSST. Sem dúvida, também se trata de momentos históricos distintos, correspondente a outros processos sociais, embora seja considerável o fato de que as famílias de elite têm a característica de se perpetuarem. Ao lado disso, é conveniente considerar os diferentes contextos espaciais – isto é, Fortaleza e Crato, onde os membros do CMC e os três fundadores da CSST estavam inseridos, em especial pelo fato de que a capital não necessariamente estabeleceu grande vínculo com a região cariense, e mais especificamente Crato, que forjou para si um espaço social, intelectual e econômico autônomo e autóctone.

Sendo assim, por mais que a análise que faço corresponda ao microuniverso de três médicos interioranos, considero que os fundadores da CSST ensejaram uma experiência semelhante à da elite médica do CMC, como discutida por Gadelha (2012). Volto-me para a análise do espaço social que conforma o status desses médicos, isto é, a

sociedade cratense que, como foi observado, era caracterizada por aspectos específicos de valorização das condutas morais e religiosas, do pioneirismo e da intelectualidade.

Os três médicos fundadores da CSST fizeram parte, talvez, não de uma elite médica, capaz de conformar um agrupamento profissional que se destacasse naquela sociedade, mas sim de uma elite social cratense mais ampla, conformada por personagens ligados a outros setores de prestígio, não só profissional, mas intelectual e religioso. Ser da elite cratense era tanto pertencer a uma profissão de distinção social como também fazer parte de uma *boa família* e estar, de um modo ou de outro, corroborando com a militância dos *especialistas da produção cultural*, empenhados em fazer de Crato a *cidade da cultura*. Contribuir para a construção ideal sobre aquela cidade era ter boas condutas morais e religiosas, apreciar a cultura letrada, além de características como pioneirismo, patriotismo, desbravamento e, sem dúvida, deter prestígio econômico.

A cidade de Crato foi marcada pela concentração de poder econômico de algumas famílias, as *boas famílias*, pelo menos até a segunda metade do século XX, ao lado de um pequeno grupo de comerciantes que ascenderam socialmente naquela região. Essas *boas famílias*, segundo Cortez (2000) eram

proprietárias de terras e de engenhos, sendo as principais: Pinheiro, Teles, Frazão, Gonçalves, Esmeraldo, Belém Figueiredo, Barreto, Norões, Abath, Milfont, Tavares Bezerra, Brito, Monteiro, Lobo, Melo, Alves Pequeno, Alencar, Araripe, dentre outras (Cortez, 2000: 53; **grifos meus**).¹¹⁷

Como se observa, as famílias de pelos menos dois de nossos médicos, Maurício Monteiro Teles e Elígio de Figueiredo Abath fizeram parte daquela sociedade de privilégio econômico ligado à propriedade de terras e engenhos cratenses, além do sobrenome da esposa de um dos sócios fundadores.

Como disse anteriormente, Maurício Monteiro Teles era, filho do médico Joaquim Fernandes Teles, lembrado pela produção local como um importante personagem para a construção do aparato de assistência à saúde em Crato e neto do coronel cratense Teodorico Teles de Quental. Para compreender o espaço social galgado pelo avô de Maurício, chamo ao debate o autor Victor Nunes Leal que, ao discutir o coronelismo no Brasil, afirma que esse formato político representaria “uma forma

¹¹⁷ Embora na citação conste o sobrenome do terceiro médico fundador da CSST, Carlos Barreto Carvalho, não encontrei registro que identificasse os Barretos do Crato aos Barretos da cidade cariense de Jardim, de onde este médico era natural.

peculiar de manifestação do poder privado” ou mesmo uma adaptação desse poder, que está enraizado na “estrutura agrária, que fornece a base de sustentação das manifestações de poder privado ainda tão visíveis no interior do Brasil” (Leal, 1997: 40). Já quanto a Gadelha (2012), a figura do coronel seria representada pelo

grande proprietário de terra, portador de título nobiliárquico, que estava no ápice da hierarquia social e se caracterizava pelas particularidades: papel protetor de todos que estavam sob sua tutela, dependência a seu poder e exercício da autoridade através do mandonismo (Gadelha, 2012: 31).

No Crato do século XX o coronel Teodorico Teles teria congregado o título nobiliárquico que lhe dava status e poder econômico de grande proprietário dentro do exercício do cargo político, quando foi prefeito daquela cidade entre 1915 e 1919. A família Teles de Crato era composta por “abastados proprietários de engenhos, industriais, agricultores e pecuaristas, foram um dos patronímicos que se destacaram no Crato desde fins do século XIX até a década de 50, do século atual” (Ramos, 1998: 114). Pelo prestígio econômico que tinha naquela sociedade, o “abastado proprietário rural, com reflexos francos no social e no político, não tardou que o ‘coronel’ Teodorico, numa reprodução de modelos tradicionais’, na década de vinte se tornasse Prefeito do Crato” (Ramos, 1998: 114).

Se por um lado o coronel Teodorico exemplifica o tipo de poder atrelado à propriedade agrária como demonstrada por Leal (1997), ele também exemplifica a figura do cratense ideal, como elaborada pelos *especialistas da produção cultural*. Esses intelectuais deram o nome deste coronel a uma das ruas da cidade, como era de hábito naquela localidade homenagear os filhos de *boas famílias*, dando seus nomes às ruas, escolas, e demais lugares públicos (Cortez, 2000: 4). As qualidades enaltecidas pelos *especialistas da produção cultural* também recaíram sobre o coronel Teodorico, considerado um “homem tolerante, católico de profundas e arraigadas convicções, Teodorico Teles foi modelar pai de família, e proprietário rural de exemplar conduta, querido e respeitado” (Aquino, 1999: 214).

Sem dúvida, este coronel era pertencente a uma das *boas famílias* cratenses, e nesse sentido os seus filhos também pertenceram ao universo de prestígio social conquistado pelo pai. O coronel Teodorico Teles abriu os caminhos para que seus filhos dessem continuidade ao seu legado familiar. Dos três filhos do coronel somente dois se tornaram chefes políticos de Crato, mas todos herdaram seu prestígio e seguiram seus passos na atualização e reprodução da elite local. Além de Joaquim Fernandes Teles,

que já teve sua atuação profissional discutida no capítulo anterior, Filemon Fernandes Teles também se destacou na política local, sendo três vezes prefeito da cidade e também três vezes deputado estadual. O terceiro filho do coronel Teodorico, Antônio Fernandes Teles, foi cirurgião dentista e proprietário da Farmácia Teles, além de gerente do Banco Industrial Cariri, o mesmo que doutor Maurício Monteiro Teles iria gerenciar posteriormente.

O doutor Joaquim Fernandes Teles, como membro das *boas famílias* da cidade, teve estreita relação com outros setores sociais privilegiados, como por exemplo o clero. Ao lado disso, vale lembrar o empenho que Joaquim Fernandes Teles teve em relação à assistência à saúde naquela localidade desde a construção da sede própria do HSFA, como também com a criação da maternidade que levou seu nome, o que atualizou e fortaleceu o espaço de prestígio que havia herdado. Provinha daí também o vínculo com o segundo bispo do Crato, Dom Francisco de Assis Pires, com quem estabeleceu uma forte relação entre a sua figura e a do maior representante católico daquela localidade na construção de um bem público: a assistência à saúde aos desvalidos. Joaquim Fernandes Teles aliou o prestígio herdado de seu pai como proprietário e chefe político da cidade, ao lado dos irmãos, que também gozavam dos mesmos prestígios que ele, associou este poder à causa da saúde na cidade de Crato. Fato que, sem dúvida, possibilitou o estreitamento dos laços com o maior chefe religioso de Crato.

O empenho que doutor Teles teve na promoção dos serviços de saúde na região do Cariri pode ser compreendido através de outra perspectiva, como afirma Gadelha (2012), que demonstra como a

a promoção de saúde era uma das principais bandeiras defendidas pelas elites políticas. Combater as doenças e as epidemias reinantes eram 'higienizar' a população foram tarefas assumidas pelos profissionais da saúde. Isso possibilitou que estes profissionais se destacassem socialmente, e tivessem consciência de si como grupo profissional e procurassem redefinir o seu papel na sociedade (Gadelha, 2012: 27).

Seu filho Maurício teria herdado tanto o prestígio de sua *boa família* com todo o legado de seu sobrenome, como também dava continuidade à tradição familiar de médico, iniciada na geração de seu pai. Desta feita, os aspectos relativos tanto à genealogia familiar como formação profissional, fizeram com que Maurício, desde seu nascimento se distinguisse naquela sociedade de Crato. Sem dúvida, o apoio que doutor Teles teria dado à construção de serviços de saúde filantrópica junto com a diocese da cidade, teria contribuído para que, mais tarde, o bispo de Crato também apoiasse a

construção da CSST, muito embora apenas socialmente pelos aspectos já considerados anteriormente. O prestígio desta família na sociedade cratense foi constituído por, pelo menos, duas gerações anteriores à sua, de modo que Maurício gozou dos feitos de seus ancestrais economicamente, ao passo que atualizava um padrão iniciado por seu pai, em constituir espaços de cura para a cidade de Crato, mesmo se tratando de momentos históricos distintos, além das conjunturas políticas assistenciais para a área da saúde também distintas.

Não encontrei nenhum vestígio que mencionasse alguma atuação política dos sete filhos de Joaquim Fernandes Teles com sua esposa Ana Monteiro Teles. Dos quatro homens, somente Maurício seguiu a profissão de médico do pai, os outros Hermano, Caio e Joaquim Fernandes Teles Filho eram, respectivamente, engenheiro-agrônomo – diretor de uma Escola Tratorista de Crato; médico veterinário; e químico industrial. Enquanto as mulheres todas eram formadas professoras pelo Colégio Santa Teresa de Jesus (Araújo, 1973: 124).

Portanto, o prestígio social que a família Teles foi além da atuação do coronel Teodorico, sendo reproduzido na geração de seu filho Joaquim. Sem dúvida o pai do doutor Maurício herdava uma localização social que foi atualizada e reproduzida ao desenvolver também atividades de renome em prol da cidade, sobretudo em relação à assistência à saúde, representando, como membro por excelência, a elite social, ao mesmo tempo em que constituía e consolidava o prestígio da profissão de médico na região.

O segundo personagem dessa história, doutor Elígio de Figueiredo Abath, foi filho de um ourives cratense, Teopisto Filgueiras Abath e Maria Figueiredo Abath, considerados pelos *especialistas da produção cultural* “figuras que se incorporaram à vida e às tradições da cidade ‘Princesa do Cariri’”.¹¹⁸ Teopisto Abath e toda sua descendência foram considerados pelos intelectuais membros de *boas famílias* cratenses, cujo nome do patriarca Teopisto também ilustra uma rua da cidade. De acordo com os intelectuais produtores do discurso de *cidade da cultura*, Teopisto Abath era um “dos homens que mais conceito e admiração conseguiram, em nosso meio, mercê de suas inatacáveis qualidades morais, padrão para as gerações futuras do Crato”.

¹¹⁹ Para ilustrar as qualidades do patriarca dos Abath, foi narrado um caso que envolveu o ourives, que

¹¹⁸ Jornal *A ação*, 8/7/1972.

¹¹⁹ Aquino (1999: 219)

*era tão honesto que, exercendo a profissão de ourives, recebeu certa vez rica jóia para conserto, e como o proprietário esqueceu de ir procura-la, permaneceu a mesma guardada por mais de 25 anos, sendo entregue aos sucessores do legítimo dono, quando procurada.*¹²⁰

Os intelectuais cratenses destacavam as qualidades da conduta moral e cristã, que seriam típicas das *boas famílias* cratenses. Além disso, foi dito ainda sobre o ourives Teopisto:

*O velho e honrado ourives da rua das Laranjeiras é uma lenda. Dessas que Deus Nosso Senhor faz muito anda esquecido de mandar à terra. Sua figura física espelha facetas multifárias de caráter em constantes ardências, como combustível de fé alimentando energias que não cedem ao vendaval desagregador...*¹²¹

O mencionado intelectual cratense J. Lindemberg de Aquino afirmou ainda que o ourives era “exemplo singular de homem visceralmente honrado, cujo apostolado moral deve ser conhecido e imitado pelas gerações moças” (Aquino, 1999: 219). Teopisto e sua esposa, Maria de Jesus Figueiredo Abath, com que teve sete filhos. As duas meninas, que teriam se casado com ilustres descendentes da sociedade cratense. Dos filhos homens somente um seguiu a profissão do pai, o também ourives Elígio. Além de Elígio, que foi médico, Eféisio que formou-se como odontólogo, e Edízio tornou-se juiz. Quanto a Equício Abath, era industrial, banqueiro e pecuarista. Apesar de trilharem caminhos profissionais distintos ao de seu pai, os filhos de Teopisto atualizaram e reforçaram o espaço de prestígio dos Abath em Crato.

No momento em que Edízio Abath foi nomeado juiz do tribunal regional de Brasília, pelo então presidente do país o militar Emílio Garrastazu Médici, em 1972, o intelectual cratense J. Lindemberg de Aquino afirmou que essa nomeação representava

*um ato de justiça a quem Deus doou privilegiada inteligência, inteireza moral, espírito de civismo e bondade humana raramente encontráveis num cidadão comum. (...) Nosso parabéns – e nosso abraço particular ao Juiz Edízio Abath, no qual contamos como um dos nossos melhores amigos. Nossos votos de êxito invulgar em sua carreira, com novas e expressivas vitórias, como essa que obteve agora, que tanto alegria e honra sua cidade, seus familiares e seus conterrâneos.*¹²²

¹²⁰ Idem.

¹²¹ Felício (1957).

¹²² Idem.

Na mesma edição do periódico *A ação* Aquino escreveu outra manchete sobre os demais filhos do ourives Teopisto – o qual teria tido “muita sorte com seus filhos, que hoje constituem figuras realmente de relevo em nossa terra e fora dela”. Na notícia se intitulava “Os irmãos Abath”, Aquino afirmava que os filhos do ourives

*valem mais que os irmãos coragem, ou outros irmãos tão badalados. São reais. São autênticos. São bons. Honram a terra, e trabalham por ela, buscam seu engrandecimento. Realçam a terra em todas as atividades em que pontificam.*¹²³

Como se observa, os filhos de Teopisto agregaram ao nome de família a formação acadêmica, meio pelo qual atualizaram o prestígio dos Abath. Apesar de sua família ser considerado uma das *boas famílias* cratenses, Elígio não pertenceria, ao que me parece, a uma elite médica como no caso de Maurício, por não ter seu pai sido médico igual ao doutor Teles, e muito menos seu avô coronel. Elígio seria lembrado por aqueles intelectuais pela sua atuação profissional, pela qual foi considerado um

*homem dos sete instrumentos. O cidadão capacitado, atuante, dínamo. Inteligência privilegiada. Largos conhecimentos científicos. Dotou a cidade de uma clínica de fisioterapia de primeira grandeza. Depois dotou a cidade de uma clínica de repouso, uma Casa de Saúde de primeira grandeza. Atende com humanidade no SAMDU e é insuperável no consultório e nos outros hospitais onde é chamado.*¹²⁴

No ano de 1973, doutor Elígio seria eleito como um dos cratenses que se “tornaram personalidades de 1972”, como afirmava Aquino, mais um vez:

*Dr. Elígio Abath – médico de renome, de conceito profissional inabalável. Dotou a cidade de um Instituto de Fisioterapia e de uma Casa de Saúde para tratamento de doenças mentais. Atua no Posto de Urgência do INPS e em uma moderna clínica. Cirurgião de mão cheia. Tem muito prestígio e enorme bondade.*¹²⁵

Ainda que tenha se incorporado à elite médica cratense, doutor Elígio não fazia parte daquela elite médica desde o nascimento. O mesmo não pode ser dito sobre o seu prestígio social que, sem dúvida, provém do espaço galgado por seus antepassados.

O terceiro personagem dessa história, Carlos Barreto Carvalho, não era cratense e não fez parte daquela elite desde o nascimento, muito embora tenha nela se inserido por meio de sua atuação profissional, como será discutido mais adiante. Talvez esse fato

¹²³A ação, 8/7/1972.

¹²⁴A ação, 8/7/1972.

¹²⁵A ação, 6/1/1973.

possa justificar a ausência de relatos sobre sua genealogia nos escritos dos intelectuais cratenses. Muito embora não fosse filho de uma das *boas famílias* cratenses, tendo em vista que nascera na cidade de Jardim, inseriu-se naquela sociedade desde muito cedo, quando realizou seus estudos primários no tradicional colégio Ginásio Cratense, onde também estudaram Maurício e Elígio.

De acordo com Cortez (2000) esse colégio, juntamente com o Colégio Santa Teresa de Jesus teriam atendido e ampliado a demanda educacional dos “estratos mais altos e medianos do Crato, de toda a região do Cariri e de outros estados do Nordeste” (Cortez, 2000: 166). O Ginásio do Crato foi muito valorizado pelos *especialistas da produção cultural*, de onde teria,

saído inumeras turmas propedeuticas que vão continuar os seus cursos nas Academias e Universidades do país, perpetuando o prestígio da inteligência e criando assim, o renome para a Região e para a cidade do Crato (Leite, 1949: 100 apud Cortez, 2000: 166).

Outro aspecto que demonstra o fato de que Carlos Barreto se inseriu na sociedade de prestígio cratense por meio de sua atuação profissional se refere ao constante número de matérias jornalísticas sobre a agência do INPS de Crato, publicadas no jornal *A ação*, chefiada por Carlos Barreto Carvalho, como discuto adiante. Nesse sentido, Carlos Barreto não fez parte nem da elite médica local, como Maurício, nem das *boas famílias* cratenses, isto é, da elite social local desde o nascimento, muito embora tenha se inserido nela. De acordo com Gadelha (2012)

os membros que não apresentam essa rede de sociabilidade com base na relação de parentesco eram provavelmente provenientes de famílias abastadas, pois, para se formar em medicina era necessário ter recursos próprios ou ser financiado por parentes ou amigos (Gadelha, 2012: 25).

Mesmo que Carlos Barreto fosse filho de abastados proprietários, o fato de não ser cratense não lhe deixava pertencer naturalmente àquela sociedade de prestígio, como Maurício e Elígio. Os caminhos percorridos e os esforços investidos por Carlos Barreto para fazer parte da elite social cratense foram maiores que os de Elígio, por exemplo. Entretanto, no caso de Maurício Teles e Elígio Abath não há dúvida de que nasceram “sob o signo da distinção por ocuparem lugar privilegiado na sociedade desde o nascimento” (Gadelha, 2012: 32), muito embora somente Maurício fizesse parte de uma elite médica tradicional naquela cidade.

Em uma perspectiva semelhante, observou-se que as senhoras que trabalhavam na Casa de Saúde Santa Teresa também foram enaltecidas pela imprensa, sobretudo as cratenses Nerian Esmeraldo Oliveira Abath, esposa de doutor Elígio, responsável pela administração do hospital, e sua prima Neide Esmeraldo Oliveira Cartaxo, que teria sido a primeira enfermeira formada da cidade de Crato. Essas duas senhoras pertenciam a uma das *boas famílias* cratenses, de proprietários de terra e de engenhos, os Esmeraldo (Cortez, 2000: 53). Ambas teriam também estudado no Colégio Santa Teresa de Jesus, o qual “ao produzir esse capital cultural consubstanciado no imenso número de moças educadas (diplomadas)” teria possibilitado

a reprodução do capital social das ‘boas famílias’ do Crato, posto que suas alunas foram preparadas intelectual, moral e espiritualmente para exercerem, modelarmente, papéis sociais de educadoras, fora do lar (nas escolas, nos espaços públicos) e dentro do lar (como mães, esposas, ou simplesmente irmãs, tias). Por isso mesmo o Colégio representou um marco importante na construção simbólica do Crato como ‘cidade da cultura’, posto que essa cidade não poderia prescindir de moças educadas em suas ‘boas famílias’ (Cortez, 2000: 166).

Tanto a esposa do doutor Maurício, a piauiense Helenita Santos Teles, quanto a esposa de doutor Carlos Barreto, a farmacêutica pernambucana Gláucia de Melo Barreto Carvalho, por não serem de Crato entravam no rol de senhoras distintas pela condição de esposas daqueles médicos, não fazendo parte, portanto, do apreciado universo das *boas famílias* da cidade. Ainda que fizessem também parte daquela sociedade de prestígio, junto a seus maridos, mas não era por nascimento.

Sendo assim, suponho que o que teria garantido o apoio do clero e de outros setores da sociedade à construção da casa de saúde, teria sido o fato de que os próprios médicos fundadores e suas esposas faziam, como ainda fazem, parte de um estrato de privilégio daquela sociedade, fazendo parte de várias associações e estando presente em eventos, o que os torna figuras públicas de prestígio social naquela localidade. Minha suposição é confirmada pelo relato de uma senhora que vivenciou os primeiros anos da CSST, instituição que teria começado a ganhar crédito social por constituir um corpo médico respeitável, que contava com as esposas para administração, bem como porque contou com a participação de uma “boa enfermeira”, ou mesmo “grande nome”, referindo-se à Neide Esmeraldo Cartaxo, “*que preparava as pessoas que queriam trabalhar na enfermagem, ia ensinando o serviço para eles, essa coisa toda*” (E-4). Além de Neide, havia também “*uma assistência social também, mas não havia a equipe*

profissional, que o hospital só teve depois, não existia pessoal qualificado aqui nessa época” (E-4).

Essa assistente social, Sonia Vasconcelos de Araújo também não era cratense, e não foi encontrada outra referência sobre a origem familiar dessa assistente além dos depoimentos e do discurso do Monsenhor Pedro Rocha. Seu nome foi a única pista sobre a existência da CSST nas pastas e arquivos documentos da Dinsam, como foi mencionado no segundo capítulo, registrado que estava na relação de recursos humanos psiquiátricos alocados no Ceará em 1971.¹²⁶

A geração de Maurício, Elígio e Carlos Barreto corresponde a uma geração distinta daqueles primeiros médicos caririenses, que apresentei no segundo capítulo, não somente pelo momento histórico em que se formaram, mas também pelo destino procurado para obter o diploma de médico. Até 1934, os caririenses iam em direção à Rio de Janeiro ou a Salvador em busca da formação médica, a partir de quando há registro da mudança dessa trajetória, quando o primeiro caririense foi para Recife buscar o diploma médico. A proximidade da capital pernambucana ao Crato, em relação à Salvador ou mesmo ao Rio de Janeiro, pode ser compreendida como uma das principais justificativas à essa mudança de rota (cf. Tabela 1).

Maurício e Elígio se formaram pela Faculdade de Medicina da Universidade de Recife, o primeiro em 1946 e o segundo em 1955. No ano seguinte, era a vez de Carlos Barreto Carvalho receber seu diploma de médico, fazendo parte da primeira turma da Faculdade de Ciências Médicas, também em Recife. Maurício e Elígio optaram pela especialização na área obstétrica, enquanto Carlos se especializou em dermatologia.

A partir de 1948, a atuação profissional de Maurício Monteiro Teles esteve atrelada, sobretudo, ao Hospital São Francisco de Assis, após passar um ano residindo no interior do Piauí, atuando como médico da cidade de Picos. Ao retornar ao Crato trabalhou no HSFA enquanto seu pai, nesta época era deputado federal, e estava envolvido na construção da sede própria daquele hospital e da Maternidade Dr. Joaquim Fernandes Teles. Maurício congregava o atendimento no hospital, que ainda era estabelecido nas dependências da antiga *Casa de Caridade* com a atuação em um consultório próprio, onde atendia como médico clínico e obstetra, conforme me foi relatado por um de seus familiares(E-1).

¹²⁶ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 370/ Env. 2556. *A Assistência Psiquiátrica no Ceará, 1971.*

Em 1951, Maurício esteve no Rio de Janeiro, onde realizou curso de aperfeiçoamento e especialização em Doenças Venéreas pelo Ministério da Educação e Saúde.¹²⁷ A partir de 1952, regressou ao Crato onde voltou a trabalhar no HSFA, que já estava em suas instalações permanentes.

A partir de 1952, doutor Maurício teria atuado pela primeira vez na assistência aos doentes mentais, como chefe da seção de psiquiatria do HSFA, função que agregou juntamente com a de cirurgião-auxiliar daquele mesmo nosocômio. Não encontrei nenhum registro que, antes de 1952, houvesse uma ala específica para atendimento psiquiátrico naquele hospital, de modo que acredito que o HSFA só começou a prestar esse tipo de atendimento especializado com a inauguração da sede própria, em agosto de 1951, onde funciona até hoje. Maurício permaneceu no atendimento aos doentes mentais de Crato e toda a região até o final do ano de 1953¹²⁸, de onde regressou ao Rio de Janeiro.

Embora já tivesse experiência no atendimento psiquiátrico do HSFA, desde 1952, um familiar de Maurício relatou que *“foi láno Rio de Janeiroque ele fez esse curso de psiquiatria, foi lá que ele quis fazer análise, análise das pessoas, ele fez um curso e ele mesmo se analisou”* (E-1). Na capital federal, Maurício teria intensificado a sua atuação na área psiquiátrica, onde realizou curso de formação complementar, desta vez em Higiene Mental e Psiquiatria Clínica, também pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde. No Rio de Janeiro, também realizou o curso em Teoria e Prática de Psicodiagnóstico de RORSCHACH, ministrado pelo professor Hanns Ludwing Lippmann, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.¹²⁹ Ao final do ano de 1954, pouco tempo antes de receber o diploma do curso de Higiene Mental e Psiquiatria Clínica realizado pelo Mesp, doutor Maurício começou a trabalhar no Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) também na capital federal, onde clinicou como psiquiatra até setembro do ano seguinte.¹³⁰

De acordo com familiar daquele médico, o retorno ao Crato deu-se porque,

¹²⁷ Tanto a sede própria do HSFA quanto a Maternidade Dr. Joaquim Fernandes Teles foram inauguradas em agosto de 1951, mesmo mês que foi concluído o curso de especialização de Maurício, cf. certificado.

¹²⁸ Cf. certidões emitidas pelo HSFA.

¹²⁹ O primeiro curso realizado pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (Mesp) foi concluído em novembro de 1954; enquanto o segundo curso, promovido pela Pontifícia Universidade Católica foi concluído em agosto de 1955. Cf. certificados dos cursos.

¹³⁰ As informações sobre atuação profissional de Maurício Monteiro Teles foram extraídas a partir de documentos como certidões, declarações emitidas pelos estabelecimentos onde trabalhou (Hospital São Francisco de Assis e Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários). Nesse caso, emprego o termo “pelo menos”, por não ter encontrado nenhum outro registro de até quando este médico trabalhou no IAPI, utilizando então a data em que foi assinada a certidão.

*lá no Rio não tinha muita possibilidade para ele, que só tinha um emprego. Ele tinha deixado toda a clientela aqui [no Crato], e era acostumado com uma **clínica*** para atender vários pacientes. Quando retornou ele foi trabalhar no Hospital São Francisco, ele atendia aos doentes mentais dando eletrochoque (E-1).*

Ao voltar à sua cidade natal, Maurício seguiu atendendo no HSFA, e também na maternidade que levava o nome de seu pai, da qual foi diretor, além de clinicar como ginecologista em consultório particular. Embora tenha realizado os cursos acima mencionados e atendesse aos pacientes psiquiátricos naquele hospital, foi relatado, por um médico, contemporâneo ao doutor Maurício, que também trabalhava no HSFA, que doutor Maurício “*não era psiquiatra. Ele fazia aquilo que ele tinha de fazer. O sujeito chegava, ele tomava o eletrochoque, e dava resultado*” (E-2). Como ficou demonstrado ao final do capítulo anterior dessa dissertação, na lista de recursos humanos de psiquiatria no Ceará não constava nenhuma psiquiatra atuando em Crato.¹³¹

Além de ter herdado o sobrenome, a profissão e o padrão de construir hospitais em Crato, Maurício também teria herdado de Joaquim Fernandes Teles o interesse pela área da psiquiatria. Como afirma Ebert Teles, autor de biografia sobre sua família, doutor Teles teria “*se esforçava o suficiente para fazer clínica médica, obstetrícia e atendimento psiquiátrico*” (Teles, 2011: 181). A tese de formatura desse médico também teria sido na área psiquiátrica, cujo título era “*Da pupila e do papilo do alienado*”, foi considerada por Ebert Teles um estudo “*oftalmopsiquiátrico*”. Ainda de acordo com Ebert Teles,

os conhecimentos de seu trabalho de tese, quando surgiram alienados de Crato, e também provindos de cidades vizinhas. Era necessária uma solução, pois o único reduto para o tratamento em Parangaba, nas proximidades de Fortaleza, ficava fora de alcance do pessoal que circulava na cidade, de indumentária precária, penetrando nas igrejas, repartições, sendo motivo de risos e deboches para os que não entendiam à fuga da consciência (Teles: 2011: 187).

Doutor Maurício esteve trabalhando novamente como chefe da área psiquiátrica no Hospital São Francisco de Assis a partir de 1960 e até pelo menos 1971, de onde foi também vice-diretor, cargo que ocupou ao lado da direção da Maternidade Dr. Joaquim

* Fala com ênfase na palavra.

¹³¹ Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 370/ Env. 2556. *A Assistência Psiquiátrica no Ceará, 1971.* Como será observado mais adiante, o primeiro psiquiatra da região chegaria somente seis meses após criação da Casa de Saúde Santa Teresa.

Fernandes Teles. Além dos ramos na área de saúde, Maurício teria dado continuidade aos empreendimentos de família, sendo diretor do Banco Industrial do Cariri, e presidente da SULCEPA – Cia. Sul Cearense de Papéis.¹³²

Todavia, dos três sócios fundadores da Casa de Saúde Santa Teresa, Maurício foi o único que teve envolvimento direto nessa especialidade médica. A escolha da especialidade da CSST teria sido responsabilidade de doutor Maurício, pela sua experiência no atendimento psiquiátrico e por ter identificado a “*necessidade de internar os pacientes*” psiquiátricos (E-1), principal carência da assistência psiquiátrica no HSFA, conforme relatos. Como foi observado acima, o espaço do antigo noviciado era alugado pelo doutor Elígio, que tencionava construir outra maternidade para a cidade. Entretanto,

Eles três foram amadurecendo a ideia e sentindo dificuldade que as famílias tinham com os doentes. Doentes na rua, doente dando trabalho em casa, preso, encarcerado, em quartos domésticos. A urgência era tanta que não pensavam em construir, mas em aproveitar uma estrutura já montada (E-1).

Sendo assim, a escolha pela especialidade pode ser associada à experiência que Maurício Monteiro Teles teve como psiquiatra tanto no Hospital São Francisco de Assis como também no IAPI do Rio de Janeiro. Como foi apresentado no primeiro capítulo, na década de 1950 os serviços psiquiátricos começavam a ganhar notoriedade como serviço prestado pelos institutos previdenciários aos seus segurados – embora não tivesse chegado à mesma proporção que esses serviços ganharam no final da década de 1960 e início dos anos de 1970. Infiro, portanto, que a breve atuação desse médico junto ao IAPI como psiquiatra foi um facilitador para a fundação da Casa de Saúde Santa Teresa, ao congregar a especialidade e a modalidade assistencial, mesmo levando em conta que o serviço previdenciário na década de 1950 era bem diverso do da década de 1970, em termos de intensidade e expressividade, isto é, considerando as alterações ocorridas no decorrer do desenvolvimento da previdência social no Brasil.

Se por um lado a atuação de doutor Maurício na área da psiquiatria teria influenciado a especialidade a qual se destinaria a CSST, além de ter seguido o padrão iniciado por seu pai em dotar a região de hospitais, por outro lado outros aspectos da própria trajetória dos demais sócios fundadores também teriam relevância na construção daquela casa de saúde.

¹³²A Ação, 10/8/1974.

O doutor Elígio Figueiredo Abath, após sua formatura em medicina estabeleceu residência na cidade maranhense de Barro da Corda, depois fixando-se em Presidente Dutra, também no interior maranhense. Nesta última cidade, doutor Elígio teria sido o

primeiro médico da cidade e pioneiro naquela região desassistida de médico [que] em reconhecimento do seu dinamismo e coragem, de sua dedicação ao paciente, construiu alguns anos depois de sua saída, um hospital e o homenageou Hospital Elígio Abath (E-3).

De Presidente Dutra, doutor Elígio partiu para o Rio de Janeiro em 1960, em busca de uma atualização profissional, assim como doutor Maurício, onde permaneceu por dois anos. De acordo com o relato de um familiar desse médico, teria sido após essa estadia no Rio de Janeiro que Elígio optou por atuar na especialidade médica da obstetrícia, onde realizou alguns cursos de atualização médica (E-3).¹³³

A especialização no campo da obstetrícia teria garantido que esse médico trabalhasse na Maternidade do Crato, quando regressou em 1962 e, além disso, tendo trabalhado na Maternidade Dr. Joaquim Fernandes Teles, e montado consultório próprio. Foi também servidor público no posto de atendimento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) programa do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.¹³⁴

Em 1963, doutor Elígio ensaiou os primeiros passos do que seria a principal característica de sua atuação profissional: fundar instituições de saúde. Neves (1992: 68), classificou doutor Elígio Abath como sendo um “incorrigível de plantador de hospitais” na região cariense. Em parceria com vários médicos da cidade, dentre eles o próprio doutor Carlos Barreto, e outros médicos que com ele trabalhavam no HSFA, como doutor Maurício, montaram uma grande sociedade médica para a construção da Casa de Saúde e Maternidade São Miguel S/A, em 1963. Com a criação dessa casa de saúde, doutor Elígio também esboçava a parceria que iria repetir para a criação da CSST, anos mais tarde.

De acordo com o com relato de um familiar seu, doutor Elígio “*gostava tanto de investir, era criativo demais*” (E-3), e em 1968 fundou o Instituto de Fisioterapia Teopisto Abath, homenageando o nome de seu pai. Sobre a criação desse instituto me

¹³³ Consegui acesso a dois certificados dos cursos realizados por esse médico no Rio de Janeiro, a saber: curso de Medicina Psicossomática e Reflexologia, em 1961, pelo Centro de Estudos da Maternidade Clara Basbaum; curso em Hipnose Médica, também emitido em maio de 1961 pela Clínica Dr. Akstein.

¹³⁴ Mais tarde, com a criação do INPS em 1968 o SAMDU passou também a fazer parte daquela instituto.

foi relatado que a ideia se originou das constantes viagens que doutor Elígio realizava à capital cearense, onde

ele observou que tinha montado as clínicas de fisioterapia há pouco tempo [em Fortaleza]. Também foi chefe do SAMDU e os médicos que vinham pra fazer a inspeção sempre conversavam com ele e tudo. Aí ele teve a ideia. Se associou à sociedade [de fisioterapia], passou uns 15 dias lá pra ver como era, comprou os aparelhos e montou o consultório, credenciou e já tinha alguns convênios(E-3).

Como foi observado, a criação de uma instituição hospitalar no espaço do noviciado teria partido do doutor Elígio o qual “teve a ideia e chamou os colegas que eram amigos dele de muito tempo, e deu certo” (E-3). Fato que me foi confirmado por meio de um relato com senhora cratense, onde afirmou que

Dr. Elígio tinha alugado a Casa do Noviciado das irmãs de Santa Teresa e ia colocar uma Maternidade, mais nesse tempo já havia a Maternidade do Crato, a Casa de Saúde São Miguel e Joaquim Bezerra, e por isso surgiu a ideia de uma casa de saúde de psiquiatria(E-1).

Em 1972, doutor Elígio construiu sua quarta instituição assistencial de saúde, o Hospital Pediátrico Monsenhor Rocha, também em parceria com outros médicos cratenses, sobre o qual falarei mais adiante. Como se observa, doutor Elígio tinha o ímpeto de construir empreendimentos de saúde que, como foi observado no capítulo anterior, estavam em expansão naquela cidade, de modo que a Casa de Saúde Santa Teresa era a terceira instituição que Elígio Abath participava da implantação.

Suponho também que outro fator que concorreu para a criação de instituições de saúde por este médico foi o fato de trabalhar no INPS, o que acredito que tenha lhe garantido maior facilidade para diálogo com os trâmites da previdência social para o credenciamento de suas instituições de saúde.

Carlos Barreto Carvalho foi o único dos fundadores da CSST que, além de não ter nascido em Crato, também não trabalhou no HSFA. A grande marca da atuação profissional deste médico, como relatou uma antiga funcionária da CSST, foi o funcionalismo público, “doutor Carlitos tinha alguns empregos. Não dava plantão em hospital” (E-5).

Este médico que formou-se em Recife, chegou ao Crato em 1958 ao lado de sua esposa, a farmacêutica pernambucana Gláucia de Melo Barreto Carvalho, sendo transferido para trabalhar na Campanha Nacional de Hanseníase, vinculado ao Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), do Mesp.

Ao chegar ao Crato, tanto doutor Carlos quanto sua esposa foram professores do mencionado Colégio Santa Teresa de Jesus. Ao lado disso, também trabalhou como chefe do SAMDU, – que em 1968 se tornaria a agência do INPS de Crato – ao lado de doutor Elígio. Doutor Elígio Abath teria sido colega de trabalho de doutor Carlos Barreto na agência do INPS em Crato, sobre esse fator falarei um pouco adiante.

Acredito que o fato de tanto Elígio quanto Carlos Barreto estarem envolvidos nos INPS teria favorecido à construção daquela casa de saúde, que desde sua fundação já era credenciada com o INPS. Curiosamente, o contrato de criação da sociedade denominada Casa de Saúde Santa Teresa Ltda. foi assinado com os nomes de Maurício Monteiro Teles, Gláucia Melo Barreto Carvalho (esposa de doutor Carlos), Nerian Esmeraldo Oliveira Abath (esposa de doutor Elígio) e Hélia Abath Esmeraldo (irmã de doutor Elígio). O tanto o nome de doutor Elígio, quanto o de doutor Carlos Barreto ficaram de fora daquele contrato, sendo representados por suas esposas. Infiro que a ausência de seus nomes tenha relação com o fato desses dois médicos trabalharem na agência do INPS, em Crato. Pelo referido contrato também se observa que doutor Elígio, representado tanto por sua esposa quanto por sua irmã, detinha o maior número de ações da instituição, já que o contrato previa a construção de uma sociedade entre partes iguais.

A trajetória profissional desses três médicos em si apresentam alguns esclarecimentos sobre os caminhos que chegaram para a construção de uma casa de saúde psiquiátrica em Crato, naquela época. Esses médicos mantiveram parcerias profissionais – Maurício e Elígio trabalharam juntos no HSFA e na Maternidade Dr. Joaquim Fernandes Teles; e Elígio trabalhou com Carlos Barreto no SAMDU, posteriormente INPS. Além disso, a parceria construída por esses três médicos já teria sido ensaiada na construção de outra casa de saúde anos antes, junto com outros médicos da cidade – a Casa de Saúde São Miguel S/A, fundada em 1963. Com isso, se observa que a relação que esses médicos tiveram na construção da CSST acompanhava o movimento mais geral que estava acontecendo na saúde como um todo, não só na região, mas em todo o país. Isto é, a criação de instituições de saúde privadas e credenciadas pelo INPS.

Como foi mencionado no primeiro capítulo dessa dissertação, a expansão da cobertura previdenciária e como consequência a maior demanda por serviços de saúde previdenciários, foi acompanhada pelo crescimento do número de instituições privadas de saúde, construídas credenciadas pelo INPS (Menicucci, 2007). Como se percebe, isso

foi observado também na Região do Cariri e, especificamente em Crato. Nos anos que seguiram à construção da CSST, também se verifica a intensificação da atuação da previdência social, como observo adiante.

3.5 – A casa de saúde após sua fundação

*Estão tendo prosseguimento as obras de ampliação da Casa de Saúde Santa Terêsa, na cidade de Crato, um dos mais novos estabelecimentos hospitalares. Sessenta novos leitos serão ali adicionados aos já existentes, esperando-se que em maio estejam concluídas as obras em apreço, para melhor atendimento.*¹³⁵

Cerca de seis meses após sua inauguração, a Casa de Saúde Santa Teresa passava por obras de ampliação de sua estrutura física, como se observa na manchete do jornal *A ação* acima. Em menos de um ano de sua construção, a casa de saúde duplicava o número de leitos com que foi inaugurada. Devido à grande demanda dos pacientes acolhidos de outros estados, bem como do aumento do número de suas internações, pois, “*tratava a neurose naquele tempo, às vezes depressões graves, e o doente mental propriamente dito*”, e por isso houve a necessidade de expansão do espaço onde funcionava a CSST (E-4). O fato de a CSST ser a única instituição psiquiátrica no interior do Ceará e de outros estados vizinhos, fazia com que esta recebesse uma grande demanda de pacientes vindos de outras cidades e de outros estados, o que teria contribuído para o aumento do número de pacientes e, conseqüentemente, a firmação e aceitação desta instituição naquela localidade, como me foi relatado por pessoas envolvidas diretamente na criação desta instituição (E-4).

Nesta época chegava ao Crato o primeiro psiquiatra da Região do Cariri, para trabalhar na CSST, doutor Francisco Ridalvo Rocha (Neves, 1992: 68). O novo membro do corpo médico daquele hospital teve sua chegada anunciada pela imprensa, que o classificava como “especialista em distúrbios nervosos e mentais, procedente de Fortaleza e com estágios especializados”.¹³⁶

Na mesma edição do jornal *A ação* onde havia sido anunciada a ampliação da CSST também era noticiado a “dinamização das obras” de construção de um hospital

¹³⁵*A ação*, 23/1/1971.

¹³⁶*A ação*, 6/2/1971.

pediátrico em Crato, que tinha como sócio fundador o doutor Elígio Abath ao lado dos médicos Mozart Magalhães, Valdir Oliveira e Luciano de Brito Gonçalves.¹³⁷ De acordo com a notícia, esta seria a “sétima casa hospitalar dispondo do que há de mais moderno nêsse setor assistencial (...) mais uma vitória de um abnegado grupo dos médicos de nossa cidade”.¹³⁸

Aquele novo nosocômio foi inaugurado somente no ano seguinte, em 1972, levando o nome de Hospital Pediátrico Monsenhor Rocha. Naquele mesmo momento era instalada outra instituição médica em Crato, o Sanatório Regional Manoel de Abreu, específico para tratamento da tuberculose. Essas duas inaugurações médicas também foram retratadas pela imprensa local, como se pode observar:

*Dentro dos próximos meses deverão ser entregues ao público do Crato e da zona do Cariri e adjacências, dois novos estabelecimentos hospitalares, na Princesa do Cariri. Ambos já se encontram prontos, em fase, apenas de acabamento e mobiliamento. São o Sanatório Regional Manoel de Abreu, propriedade do dr. Humberto Macário de Brito, ocupando toda a área do ex-Seminário da Sagrada Família, e o Hospital Infantil Monsenhor Rocha, o mais completo do Ceará no seu setor, ocupando a sede do antigo Liceu Diocesano de Artes e Ofícios, e de propriedade de seis conterrâneos. Mais duas grandes inciativas do espírito de pioneirismo da gente cratense, ratificando sua liderança no setor médico-hospitalar do interior.*¹³⁹

A criação de instituições de saúde em espaços que antes eram utilizados pelo clero foi um padrão na organização dos serviços de saúde em Crato, expressando indícios de um estreito relacionamento entre a igreja católica e o setor médico da cidade. A primeira desta tendência foi momentos antes da criação do HSFA, quando o bispo da diocese de Crato cedeu o Seminário São José para atender às vítimas da epidemia da peste bubônica (Pinheiro, 1963: 218). Na continuidade foi a criação do Hospital São Francisco de Assis em 1936, sediado no espaço onde funcionava a antiga casa de caridade criada pelo padre Ibiapina, e em seguida foi o caso da própria CSST, fundada na antiga sede do noviciado da Congregação das Filhas de Santa Teresa; além dos dois hospitais criados em 1972: Hospital Pediátrico Monsenhor Rocha e Sanatório Regional Manuel de Abreu.

Naquele mesmo ano de 1972, Crato sediava mais um novo dispositivo de saúde pública, o Centro Regional de Saúde, criado na cidade pelo governador estadual César

¹³⁷A ação, 23/1/1971.

¹³⁸ Idem.

¹³⁹A ação, 11/3/1972.

Cals. De acordo com o jornal *A ação*, a inauguração desse centro de saúde teria atingido dois pontos específicos, alicerçado “mais ainda o predomínio da liderança médico-hospitalar assistencial em nossa terra” e também teria marcado “notável contribuição da administração estadual para desenvolvimento do setor sanitário do município”.¹⁴⁰

Como se observou, entre meados dos anos 1960 e início da década de 1970, vários hospitais estavam sendo construídos em Crato, através da iniciativa privada de um médico ou de grupos de médicos que encabeçavam novos empreendimentos.¹⁴¹ Como a Casa de Saúde Santa Teresa, fundada pela sociedade de três médicos da região, outras instituições assistenciais psiquiátricas estavam sendo criadas nessa mesma modalidade, das quais os nossos próprios personagens também fizeram parte.

Ao lado disso, também foi observado uma maior atuação da previdência social naquele meio. Em 1970, a região do Cariri ganhava uma agência do Instituto de Previdência do Estado do Ceará (Ipec), criado no intuito de melhorar o atendimento aos servidores do estado no interior.¹⁴² A agência do Ipec foi instalada em Crato sob a justificativa de que essa cidade contava com “maior contingente de funcionários estaduais, maiores facilidades e melhores condições com o apoio da Prefeitura Municipal”, segundo atestou o presidente do Ipec.¹⁴³ A agência do INPS de Crato também começou a ter suas notícias veiculadas pela imprensa que passou a divulgar os dados da atuação daquele instituto. Outras matérias também eram noticiadas por aquele periódico, nas quais constavam as informações daquele instituto para as empresas da cidade ou mesmo a inauguração dos postos de emissão de carteira dos beneficiados.

Em 1971 havia um total de oito instituições de saúde credenciadas pelo INPS, somente em Crato, incluindo a Casa de Saúde Santa Teresa. Além desses estabelecimentos a agência do INPS em Crato contava com

*vinte e cinco médicos, quatorze dentistas, duas clínicas radiológicas, dois laboratórios de pesquisas clínicas, duas clínicas dentárias e duas clínicas de fisioterapia, sob regime de credenciamento.*¹⁴⁴

¹⁴⁰*A ação*, 6/1/1973.

¹⁴¹ Casa de Saúde e Maternidade São Miguel s/a (1963); Casa de Saúde Joaquim Bezerra (1967), Instituto de Fisioterapia Theopisto Abath (1968); Casa de Saúde Santa Teresa (1970); Hospital Pediátrico Monsenhor Rocha (1972); e Sanatório Regional Manoel de Abreu (1972); além da instituição de iniciativa estadual Centro Regional de Saúde (1972).

¹⁴²*A ação*, 17/1/1970.

¹⁴³*A ação*, 4/4/1970.

¹⁴⁴*A ação*, 23/1/1971.

Também em 1971 era anunciado o crescimento daquela agência do INPS de Crato que teria feito com que fosse elevada de categoria, tornando-se a 4ª das maiores do nordeste, como alega o jornal *A ação*:

*Ficou em posição de igualdade à de Juazeiro do Norte e à de Sobral, as únicas no interior que lhes eram superiores. A elevação de sua categoria possibilitará movimentar a mesma mais do dobro dos atuais recursos de que dispõe, com reais benefícios para os previdenciários.*¹⁴⁵

Afirmava ainda que a agência iria crescer e iria dobrar o número de seus funcionários, que até então contavam com 14, e passaria a contar com 35 ao total. Ainda nessa matéria, a ascensão da agência do INPS de Crato é usada como recurso contra a ideia de derrocada da cidade, do mesmo modo como foi colocado sobre a criação da CSST, onde é dito que “O Crato está de parabéns, mostrando, mais uma vez que não é uma cidade que esteja em crise, mas, ao contrário, um polo de desenvolvimento em crescente progresso”.¹⁴⁶

O relatório daquela agência do INPS também era publicado no semanário *A ação*, que destacava:

*Dotado de todos os requisitos para um perfeito funcionamento, o Posto de Assistência Médica do INPS fica agora na Tristão Gonçalves 536, dispondo de 19 servidores, oito dos quais, médicos incluindo dos melhores do Crato. As instalações são moderníssimas, as melhores do interior cearense, dispondo até de apartamentos para os médicos de plantão. O grande serviço, feito com eficiência e correção, tem servido, sobremaneira, o povo cratense, sob a chefia do Dr. Carlos Barreto de Carvalho, com uma equipe de funcionários competentes criteriosos e de excelente nível de atendimento. O INPS do Crato está bem servido e tem tido atuação dinâmica, merecendo, portanto, esse registro.*¹⁴⁷

Aquele posto médico de urgência do INPS, que substituiu o antigo posto de urgência do SAMDU, teria realizado no ano de 1971 o total de 3.783 internações médicas nos diversos hospitais credenciados na cidade, além de contabilizar o total de 12.265 consultas médicas (serviço clínico, cirúrgico, psiquiátrico e obstétrico).

No relatório da assistência promovida pelo INPS ao longo de 1973, dos serviços contratados nos hospitais credenciados somaram-se ao todo, a psiquiatria contabilizou o total de 863 atendimentos, número superior ao total de cirurgias realizadas naquele

¹⁴⁵*A ação*, 6/11/1971.

¹⁴⁶ *Idem*.

¹⁴⁷*A ação*, 26/8/1972.

mesmo ano (712) e dos tratamentos ambulatoriais (629) – os outros serviços ficaram assim: clínica médica (5.093), obstetrícia (1.972). Isto significa dizer que, em 1973 um pouco mais de 9% dos gastos com atendimento hospitalar, em Crato, corresponde ao atendimento psiquiátrico.¹⁴⁸

No ano seguinte, em 1974, o INPS estudava a reclassificação da rede de hospitais credenciados “na ocasião, foram tratados assuntos sobre a reclassificação das Casas Hospitalares. Do Cariri participaram os doutores Carlos Barreto de Carvalho e Luís Soares Couto, chefes de assistência médica do INPS, em Crato e Juazeiro.¹⁴⁹ A partir dessa reclassificação, os hospitais de Crato ficavam organizados nas seguintes categorias:

*Hospital Regional Manoel de Abreu – Categoria-A; Hospital S. Francisco de Assis – Categoria-B; Casa de Saúde – Maternidade S. Miguel – Categoria-C; Maternidade Dr. Joaquim Fernandes Teles; Casa de Saúde Joaquim Bezerra de Farias; Casa de Saúde Santa Teresa e Hospital Pediátrico Monsenhor Rocha – Categoria-D.*¹⁵⁰

Também em 1974 o jornal noticiava que o INPS iria implantar no Cariri o Plano de Pronto Ação (PPA) do Ministério da Previdência Social, que incentivava o credenciamento de médicos e hospitais com aquele órgão, no intuito de otimizar a assistência naquela localidade, por meio de levantamento da demanda local.

*Conforme declaração do agente Hélio Barro Cavalcante, a pesquisa está sendo feita junto a Prefeituras, Empresas, Sindicatos e outras organizações da sua jurisdição, visando à celebração de convênios de Assistência Médica com o INPS (...) Os credenciamentos de pessoas físicas e jurídicas constituem, também, objetivos constantes do Plano de Pronto Ação, visando a atender as necessidades locais. A agência local do INPS tendo em vista circular recebida na Sub-Secretaria Regional de Assistência Médica sobre o Plano de Pronto Ação está à disposição dos interessados em conveniar com o INPS, na implantação do PPA em sua jurisdição.*¹⁵¹

A conclusão sobre os serviços de saúde na região do Cariri era a seguinte:

O panorama médico-assistencial do Cariri tem melhorado deveras, nos últimos tempos. No Crato, já temos em funcionamento 8 hospitais e casas de saúde, um número que Juazeiro tem bem perto. Barbalha, todavia, só tem um Hospital-Maternidade, mas esse vale por vários. Essa é a impressão,

¹⁴⁸A ação, 26/1/1974.

¹⁴⁹A ação, 24/8/1974.

¹⁵⁰A ação, 19/10/1974.

¹⁵¹ Idem.

*primeira e duradoura, que o Hospital-Maternidade S. Vicente de Paula, de Barbalha, deixa a qualquer visitante.*¹⁵²

Nem todas as informações sobre a atuação da assistência à saúde em geral e especializada que estavam sendo veiculadas pelo jornal *A ação* puderam ser processadas de modo que contribuíssem para pensar o momento da saúde e da assistência psiquiátrica na região, nesse momento. Entretanto, essas informações aqui apresentadas servem para revelar a forma como ganhava expressividade os serviços de saúde no âmbito da previdência social naquele período, demonstrando que, sem dúvida, a saúde passou a ser considerada um novo ramo de empreendimento, que fortalecia ideia de predomínio de Crato, muito embora esse movimento de construção de hospitais particulares estivesse sendo observado em outras cidades da região. De acordo com um médico contemporâneo a este período e que também esteve diretamente envolvido com o desenvolvimento dos serviços de saúde na região, foi dito que:

Chegando médicos novos que precisavam trabalhar e ia procurando o hospital, e os outros médicos mais velhos já tinham conseguido mais algum recurso, que podiam empregar na construção de hospitais, organizando uma sociedade, como foi o caso da Casa de Saúde São Miguel. Todos os hospitais criados foram grupos de médicos que criaram sociedade, todos com recursos próprios, em conjunto eles construíram. Houve assim uma polarização da medicina no Crato, e em toda a região. No mesmo período também surgiram outros hospitais em Barbalha e em Juazeiro. Foi uma época bastante boa para a medicina(E-2).

No que tange aos serviços de saúde, o que se observou foi que Crato e toda a região vivenciava um momento de desenvolvimento dos serviços de saúde particulares, credenciados pelo INPS.

A criação da CSST pode ser compreendida através da dinâmica de reprodução da sociedade local, atendendo aos anseios e questões próprias de sua localidade, obedecendo demandas específicas como a reprodução da classe médica local e das relações com outros setores daquela sociedade que constituíam a própria localidade. Tanto Elégio quanto Maurício herdaram o prestígio social e as relações sociais por genealogia, sendo representantes das *boas famílias* cratense, o que teria possibilitado o apoio que esta instituição teve de membros de outros setores da sociedade, como o clero e a imprensa que, por sua vez, também eram distintos membros de *boas famílias* da cidade. Muito embora Carlos Barreto não fizesse parte daquela sociedade de prestígio

¹⁵² Idem.

desde o nascimento, conseguiu ingressar por outras vias de acesso, ao fazer parte ele também de uma elite profissional que se expandia naquele momento.

Além disso, a empreitada daqueles três médicos se coadunou com as pretensões da intelectualidade local, que forjava um discurso de liderança daquela cidade frente às demais da região. De modo que a Casa de Saúde Santa Teresa, por se tratar de uma instituição médica especializada, foi retratada como símbolo do vanguardismo, adiantamento, pioneirismo e progresso daquela cidade, como afirma Cortez (2000),

O adiantamento cultural do Crato é exemplificado em eventos culturais ou na criação de instituições em caráter pioneiro na região (imprensa, hospital, escolas, ações políticas de cunho liberal, espaços públicos, associações literárias e culturais, faculdade etc.), e também no plano dos ideais a serem conquistados, e, ainda, na prescrição de modelos de condutas para homens e mulheres (Cortez, 2000: 22).

Tendo isso em vista, essa instituição serviu para reafirmar o discurso de *cidade da cultura*, e os atores sociais envolvidos nessa história eram também representantes do ideal de conduta propugnado pela elite intelectual cratense. Isso pode ser lido como indicativo dos espaços que seus fundadores ocupavam em Crato, e das esferas sociais às quais estavam articulados, demonstrando um vínculo entre esses médicos e a elite intelectual da imprensa. Por outro lado, o desenvolvimento dos serviços médicos corroboraria com esta construção cultural de Crato como sendo uma potência em relação às demais cidades da região e, portanto, sua pujança não só cultural, como política, econômica, intelectual, sendo destaque no setor médico também. Além disso, a CSST foi expressão de um movimento da medicina em geral no país, que também era sentido na localidade onde médicos, hospitais e clínicas particulares recebiam o incentivo pela política de atenção à saúde previdenciária.

Portanto, a criação da Casa de Saúde Santa Teresa pode ser compreendida a partir da dinâmica específica que a cercou, isto é o contexto histórico, geográfico e social, ainda que a explicação sobre a construção dessa casa de saúde psiquiátrica remeta a um contexto mais amplo das políticas públicas de saúde e assistência psiquiátrica do momento em que foi criada. A partir desse trabalho, pretendi fortalecer a importância de atentar para as particularidades dos estudos de casos específicos, como meio de iluminar e complexificar respostas sobre *como e porquê* a criação de uma casa de saúde psiquiátrica particular e previdenciária enfatiza a produção de histórias locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao ser interrogadas sobre a história da criação da Casa de Saúde Santa Teresa, a maioria das pessoas que estiveram diretamente ligadas àquela instituição ou que acompanharam de longe a sua fundação em 1970 trouxe à tona a situação de crise econômica atual do hospital, sobrevivendo com os poucos recursos recebidos pelo SUS. Antes mesmo de pretender investigar essa instituição identifiquei o boato corrente na cidade de Crato, que dizia que o Santa Teresa de Crato estaria prestes a fechar suas portas por falta de recursos.

Na década de 1980, ocorria o processo de reestruturação da assistência psiquiátrica no país, um movimento que ficou conhecido como a Reforma Psiquiátrica. Embora em meu trabalho não tenha mencionado esse período, por se tratar de um momento posterior ao de meu recorte temporal, observei que desde 1960 os psiquiatras brasileiros discutiam no âmbito da academia as propostas de reformulação e renovação da assistência dada aos pacientes mentais, primando pelos serviços externos e pelo fim da ênfase no tratamento nosocomial. É sabido que por conta desse movimento de reforma diversas casas de saúde e clínicas psiquiátricas tiveram suas portas definitivamente fechadas, em razão da visibilidade que ganhou as propostas em defesa da paulatina desinstitucionalização da psiquiatria.

A Casa de Saúde Santa Teresa, fundada em 1970 e instalada no prédio do noviciado da Congregação das Filhas de Santa Teresa, inaugurou sua sede própria em 1986, onde funciona até hoje. O hospital foi transferido para as acomodações próprias antes que fosse finalizada a obra de sua construção, de modo que sua estrutura física ficou muito aquém da pretendida por seus sócios. De acordo com um dos relatos colhidos para essa pesquisa, isso ocorreu porque no mesmo momento em que estava sendo construída a sede própria da casa de saúde, o governo federal teria estabelecido uma portaria que determinava uma drástica diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos credenciados pela previdência social.

O incerto destino desta casa de saúde talvez se assemelhe ao de tantas outras que foram fundadas no mesmo período, quando a política de saúde previdenciária para a especialidade psiquiátrica favorecia a construção de instituições privadas, mantidas pelo credenciamento com a previdência social, isto é, o INPS. Embora representem

empreendimentos privados, o destino dessas casas de saúde e clínicas psiquiátricas particulares se encontrou e se encontra ainda à mercê das diretrizes governamentais produzidas para esta área pelo próprio órgão com que era credenciado, uma vez que esta sempre foi a principal veia de irrigação desses hospitais.

Como apresentei no primeiro capítulo, a maioria dessas casas de saúde foram criadas no final da década de 1960 e início dos anos 1970. A historiografia que dedicou ao período passou a identifica-lo como sendo o momento da *indústria da loucura*, quando os serviços psiquiátricos passaram a ser considerados como mercadoria, e a loucura teria se tornado uma indústria bastante lucrativa.

Em contrapartida, observei que o debate acadêmico especializado girava mais em torno da eficácia terapêutica dos serviços psiquiátricos sejam filantrópicos, lucrativos ou oficiais. Nesse debate os psiquiatras contemporâneos aos anos de desenvolvimento do serviço psiquiátrico previdenciário estavam militando muito mais a favor dos ambulatórios, hospitais dia, e demais serviços extra-hospitalares do que contra a assistência prestada pelo dono da clínica psiquiátrica. Muito embora a questão do lucro por meio dos serviços psiquiátricos também não tenha passado despercebido pelo professor Luiz Cerqueira e demais psiquiatras, que estavam envolvidos com os rumos da assistência no país. Esses psiquiatras também divulgavam as experiências positivas de propostas inovadoras ofertadas no âmbito das próprias clínicas particulares credenciadas pela previdência social, sobretudo, pelo IPASE. Soluções eficazes e um modelo assistencial que se encaixasse aos limites orçamentários da INPS e à realidade brasileira à época; reformulação da legislação psiquiátrica; bem como as propostas de uma assistência psiquiátrica em moldes comunitários conformaram a pauta principal dos psiquiatras que publicavam nas revistas especializadas e participavam de congressos de sua área.

Tanto os psiquiatras contemporâneos de fins de 1960 e início de 1970, quanto os demais pesquisadores que posteriormente se debruçaram sobre esse período atestam para o grande crescimento de oferta dos serviços psiquiátricos particulares. Isto significa dizer que sem dúvida a psiquiatria passou a ser um novo ramo do empreendimento médico privado, dotando o país de diversas clínicas psiquiátricas e casas de saúde. Com toda certeza a Casa de Saúde Santa Teresa foi produto desse período, quando as diretrizes do governo federal para a oferta da assistência psiquiátrica previdenciária apresentavam condições favoráveis à criação de instituições privadas para credenciamento junto ao INPS.

Compreendido o debate sobre a assistência psiquiátrica nacional daquela época, e como esse período foi retratado pela historiografia optei, entretanto, contar *outra* história sobre a Casa de Saúde Santa Teresa, elegendo *outra* trama para tecer a compreensão sobre o *porquê* e o *como* de uma instituição como essa ter sido criada em Crato de 1970.

No segundo capítulo busquei compreender a trajetória do desenvolvimento dos serviços de saúde na cidade de Crato, respaldada pela a bibliografia que se dedicou ao tema – produzido, sobretudo, por médicos nativos da região do Cariri – em correspondência com a história da saúde e da psiquiatria no estado do Ceará. A cidade de Crato demonstrou ter uma centralidade na promoção dos serviços de saúde naquela região: era a cidade com maior número de médicos formados, construiu o primeiro estabelecimento de assistência à saúde na região, que atendia a diversas cidades até de outros estados, congregou o maior número dos serviços públicos de saúde até, pelo menos a década de 1970. Além disso, foi observado que a expressão do que ocorreu em todo o Ceará, o desenvolvimento do primeiro hospital para a cidade obedeceu à lógica de envolvimento da igreja católica com o cuidado à saúde do desvalido, sobretudo, na ausência de medidas governamentais efetivas para a saúde naquele estado.

Ainda no capítulo segundo analisei o desenvolvimento dos serviços psiquiátricos no Ceará, por meio tanto da historiografia sobre a psiquiatria quanto da documentação da SNDM (e posteriormente Dinsam), senão inédita ainda pouco explorada. Através dessas fontes primárias pude observar que no âmbito do próprio estado, desde a década de 1940, houve um debate em torno da reformulação da assistência psiquiátrica com ênfase na racionalização dos custos da assistência. Embora não tenha conseguido informações sobre a efetivação do que foi proposto no âmbito do próprio estado cearense, acredito que as diretrizes nacionais propugnadas pelo SNDM, isto é, criação de um hospital colônia, tenham solapado as intenções locais.

Além disso, pela análise dessa documentação ficou constatado que a situação da assistência psiquiátrica no Ceará, no início dos anos 1970, foi marcada pela centralização dos serviços na capital do estado, embora não encontre nenhuma referência sobre serviços existentes no interior, ainda que tenha sido observada uma falha dos órgãos oficiais da psiquiatria em cadastrar todas as instituições de assistência. De modo que a própria casa de saúde que estudo ficou de fora dos relatórios da Dinsam.

A documentação da Dinsam relativa ao Estado do Ceará é um campo profícuo que merece ainda ser bastante explorado por historiadores instigados em construir a

história da psiquiatria do Ceará, na conformação de uma análise qualitativa ou quantitativa.

Após elaborar esses panoramas analíticos passo à investigação sobre o evento de criação da Casa de Saúde Santa Teresa, tentando compreender as redes de relações que foram construídas para que essa instituição pudesse se estabelecer naquela cidade e naquele momento, para além das justificativas apresentadas pela historiografia que retratou sobre esse período.

Como pude perceber, os médicos fundadores da referida instituição faziam parte de *boas famílias* da cidade, espaço social conquistado desde o nascimento desses personagens que teriam garantido o estreito vínculo com diversos setores da elite cratense. As relações sociais entre os médicos fundadores e a elite local foram importantes para a aceitação social daquela instituição psiquiátrica que, ao ser fundada, teria sido motivo de questionamentos e preconceito social. A criação dessa casa de saúde foi um espaço onde se reproduziu e atualizou as relações sociais daquela localidade, de modo que sua análise ilumina aspectos específicos da própria história local de Crato e de sua região.

Por outro lado, a criação da CSST serviu também para fortalecer um discurso produzido sobre pela elite intelectual da cidade, que a elegia como locus privilegiado do progresso da modernidade e do vanguardismo, considerada líder entre os demais municípios que conformam a região do Cariri.

Esse trabalho serviu para demonstrar que, na prática, a execução das diretrizes assistenciais assumem feições peculiares e atendem a lógicas específicas, fazendo-se necessário compreender os eventos elementares e singulares que representam uma *outra* leitura sobre os eventos. Ao contar *outra* história da assistência psiquiátrica na década de 1970, enfatizando as questões locais e realizando o estudo de caso de uma instituição específica que, como muitas, foi criada em 1970, busquei não refutar ou confirmar o modo como essa história vinha sendo escrita, mas demonstrar que outras tramas podem ser construídas para a compreensão desse evento.

Ao enfatizar a história institucional da psiquiatria em Crato e dos *personagens principais* que estiveram presentes no processo de sua construção, constituí uma forma bem tradicional de narrativa histórica, muito embora tenha feito uso de um método de pesquisa que foi consagrado por dar voz aos sujeitos excluídos da história: os relatos orais. Os vestígios sobre a história de vida de personagens que tiveram suas experiências cotidianas atreladas à história desse hospital esperam por serem

garimpados, colhidos e destrinchados em narrativas que possam contemplar a história desses personagens ainda sem história. Os personagens sem os quais seria impossível que essa instituição existisse e, portanto, sem que essa história pudesse ter sido contada, esperam *pacientes* para serem lembrados e registrados pela história da psiquiatria cratense.

ANEXOS

Anexo 1 – Mapa do Cariri Cearense e dos estados vizinhos



Anexo 2 – Mapa do Ceará



Anexo 3 – Mapa das principais cidades da Região do Cariri

Principais cidades da Região do Cariri



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FONTES PRIMÁRIAS

Artigos em periódicos especializados psiquiátricos:

- ANDRADE, Oswald M. (1970) “Saúde mental e assistência psiquiátrica no Brasil”. *Anais Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, VI e Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I*. 438-453.
- ARRUDA, Elso. (1963) “Reformulação do problema da defesa e promoção da saúde mental”. *Neurobiologia*, Recife, 26(2): 103-114.
- BARATTA, M. (1966) “Atual legislação sobre assistência psiquiátrica. Da internação irregular em estabelecimento psiquiátrico”. *Neurobiologia*, Recife, 29(1): 15-17.
- CAMARGO, Maria. P. A. (1970) “Evolução do atendimento psiquiátrico em uma clínica previdenciária operada particularmente”. *Neurobiologia*, Recife 33(4): 273-278.
- CARMO, Celso A do. (1970) “Considerações preliminares para uma reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil”. *Revista de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 10(18): 507-513.
- CARMO, Celso A. do; REIS, Josias. R. (1970) “O caráter e a dinâmica da utilização do leito psiquiátrico na rede hospitalar privada na Guanabara em convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 19(3-4): 205-208.
- CAVALCANTI, J. K. (1970) “Uma experiência psiquiátrica prestada a segurados do INPS”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 19(3-4): 177-183.
- CERQUEIRA, Luiz. (1970) “Assistência psiquiátrica na previdência social” *Anais Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, VI e Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I*. 454-477.
- CERQUEIRA, Luiz. (1970) “Documentação estatística e correlações nosográficas”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 4(1): 21-23.
- CERQUEIRA, Luiz. (1970) “Indicadores de eficiência do hospital psiquiátrico brasileiro, em 1968”. *Anais Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, VI e Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I*, São Paulo. 502-505.
- CERQUEIRA, Luiz; CAMARGO, A; RENHA, M. (1970) “Internações e Reinternações por uma Clínica Ambulatorial Previdenciária”. *Neurobiologia*, Recife, 33: 269-272.

- CERQUEIRA, Luiz; SILVA, J. P. da; MARINHO, N. C; DAMETTO, C; CAMARGO, M. P. A; MARINHO; F. de M. A; RUBINSTEIN, F; ZANIN, J. C; OLIVEIRA, L. (1971) "Estrutura e funcionamento de um ambulatório psiquiátrico operado particularmente". *Neurobiologia*, Recife. 34(2): 85-90.
- CERQUEIRA, Luiz. (1968) *Por uma psiquiatria social*. Rio De Janeiro, Ed.Part. 1968.
- COSTA, Jurandir; COSTA, Célia e SETTE, Paulo Eugênio. (1970) "Avaliação de alguns aspectos da assistência psiquiátrica em Campina Grande-PB". *Anais Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, VI e Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I*, São Paulo. 491-493.
- CUNHA, Cláudio. C da. (1970) "Da relação médico-paciente em ambulatório da Previdência Social". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro. 19: 51-6.
- DUARTE, C. E. (1974) "Neurose e seguro médico". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro. 23(3-4): 433-444.
- FARIAS, C. G; SCREEN, H. I; SHANSIS, M. (1965) "Tratamento psiquiátrico hospitalar com pacientes de Previdência Social". *Neurobiologia*, Recife, 28(3): 163-168.
- FERRAZ, Denis M. (1969) "Aspectos atuais dos serviços psiquiátricos". *Revista de Psiquiatria*, Rio de Janeiro. 8(16): 143-153.
- GRYWAC, Pessia. (1970) "Funcionamento de um departamento de terapia ocupacional, em hospital psiquiátrico para adultos". *Anais Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, VI e Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I*, São Paulo. 513-517.
- GUEDES, Fernando L. V; CASTRO, Enóe de C.; FERREIRA, Gladis da C. & BERGER, Walmos L. (1967) "Nossa experiência em ambulatório de saúde mental". *Revista Brasileira de Saúde Mental*. 98-102
- LORETO, Galdino. (1966) "Atual legislação sobre assistência psiquiátrica. Sugestões para um revisão da atual legislação psiquiátrica". *Neurobiologia*, Recife, 29(1): 11-15.
- MAIA, Edmundo. (1961) "Assistência psiquiátrica no Brasil". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 10(2): 133-146.
- MANFREDINI, Jurandyr (1968) "A Campanha Nacional de Saúde Mental e o estímulo a cultura psiquiatria no país". *Revista Brasileira de Saúde Mental*, 1968 6-9.
- MARTINS, Clóvis. (1970) "Reflexões sobre assistência psiquiátrica no Brasil". *Anais Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, VI e Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I*, São Paulo. p. 489-491.

- MENDONÇA, Marcus e MARIZ, Paulo. (1970) “Posição programática da assistência psiquiátrica numa área subdesenvolvida”. *Anais Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, VI e Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I*, São Paulo. 493-495.
- MOURA, Gilberto V. de M.; SOUTO, Margarida M. P. de. e SAMICO, Neide R. (1970) “Integração de uma unidade psiquiátrica em hospital geral”. *Anais Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, VI e Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I*, São Paulo. 510-512.
- S/A (1967) “A criação da Campanha Nacional de Saúde Mental (notícias sobre a tramitação)”. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, 1967: 176-184.
- SELDIN, Jacob; SILVEIRA, Ronaldo da. e CUNHA, Cláudio C. da. (1970) “Formação de auxiliares psiquiátricos”. *Anais Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, VI e Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I*, São Paulo. 497-499.
- SEQUEIRA, H; CARMO, C.A. do. (1970) “Deformação no uso do leito hospitalar psiquiátrico no INPS-GB”. *Anais Congresso Latino-Americano de Psiquiatria, VI e Congresso Brasileiro de Psiquiatria, I*, São Paulo. 495-497.
- SEQUEIRA, Haminton; LANNES, E; CERQUEIRA, L; FARJADO, A. O. C; KRITZ, J. (1970) “Assistência psiquiátrica no INPS-GB”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro. 18: 74-78.
- SILVA, Joelza P. da. (1970) “Um caso de neurose atendido psicoterapeuticamente em ambulatório previdenciário”. *Neurobiologia*, Recife, 33(4): 279-282.
- SULIANO FILHO, Manoel. (1967) “Saúde mental em saúde pública. Prevenção e tratamento global – sugestões”. *Neurobiologia*, Recife. 30(1): 10-17.
- VIANNA FILHO, Ulisses. (1963) “Critério para concessão de benefícios aos epiléticos segurados das instituições de previdência social”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 12(2): 223-228.
- ZANIN, J. C. (1971) “Tratamento ambulatorial de psicóticos numa clínica da Previdência”. *Neurobiologia*, Recife, 34(1): 23-28.

Legislação:

- BRASIL. Decreto nº 4.682, de XX de XXX de 1923. Lei Elói Chaves.
- BRASIL. Lei nº 3.897, XX de XXX de 1960. Lei Orgânica da Previdência Social.
- BRASIL. Decreto-lei 72, XX de XXXX de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social.

CEARÁ. Decreto 4.115, 16 de junho de 1958. Autoriza a doação de um terreno do Estado para a construção do hospital psiquiátrico.

CEARÁ. Decreto 1.382, 20 de outubro de 1945. Cria o Serviço de Assistência a Psicopatas e dá outras providências.

Resolução nº CD/DNPS 942. *Normas gerais para prestação da assistência médica aos doentes mentais*. Ministério do Trabalho e Previdência Social, 1962.

Instrução de Serviço nº 01-004, de 22/2/1965.

Orientação de Serviço nº SAM-304.3 *Manual de serviço da assistência psiquiátrica*. de 19/7/1973.

Documentos do Acervo da Dinsam:

1. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. s/t., 20/12/1946.
2. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. s/t., 23/12/1946.
3. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. s/t., 11/02/1947.
4. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. s/t., 29/3/1947.
5. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJMCx. 647/ Env. 5324. *Carta sobre visita de inspeção para instalação do Hospital Colônia de Alienados de Fortaleza*. 22/7/1949.
6. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. *Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza*, 17/7/1954.
7. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx.695/ Env. 5792. *Ministério da Educação e Saúde*, 14/4/1955.
8. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 647/ Env. 5324. *Minuta de convênio*. 11/09/1958.
9. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx.686/ Env. 5696 *Situação das obras nos estados*, 6/3/1959.
10. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 695/ Env. 5792. *Sociedade dos amigos do Hospital São Vicente de Paula*, 15/6/1959.
11. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx.695/ Env. 5792 s/t., 12/11/1959.
12. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx.647/ Env. 5324. *Manoel Suliano Filho pleiteando melhor assistência psiquiátrica aos doentes mentais do Ceará*, 10/11/1961.

13. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx.973/ Env. 8258. *Têrmo de convênio firmado entre o Ministério da Saúde e a Universidade do Ceará, para funcionamento de Ambulatório de Saúde Mental, 29/12/1961.*
14. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx.695/ Env. 5792. s//t., 21/9/1964.
15. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 571/ Env 4576. s/t., 21/5/1966.
16. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 807/ Env. 6826. *Estado do Ceará, 19/6/1966.*
17. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 695/ Env. 5792. *Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paulo, 30/12/1969.*
18. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 695/ Env. 5792. s/t., 29/1/1970.
19. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 370/ Env. 2556. *A Assistência Psiquiátrica no Ceará, 1971.*
20. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 370/ Env. 2556. *A Assistência Psiquiátrica no Ceará, 1971.*
21. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 370/ Env. 2556. *Estabelecimentos psiquiátricos, cadastrados no setor de estatística, estudo e cadastro da Unidade de Planejamento, com o número de leitos, existentes no Brasil, de acôrdo com o censo de 1971 – Estado do Ceará, 1971.*
22. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 370/ Env. 2556. *Movimentação de doentes em ambulatórios de saúde mental de propriedade pública, particular e do INPS localizados no Estado do Ceará – 1972, 1972.*
23. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 807/ Env 6828. s/t., 2/5/1972.
24. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 808/ Env. 6826. *Solicitação de auxílio financeiro para construção e reforma, 21/2/1973.*
25. Fundo: Dinsam/Acervo: IMASJM. Cx. 808/ Env. 6829. s/t., 26/6/1973.

Matérias do periódico cratense A ação:

1. Superintendente do INPS visita Região do Cariri. *A ação*, Crato, 28/02/1970.
2. Ipec vai atuar também no interior no corrente ano. *A ação*, Crato, 17/1/1970.
3. Ipec inaugurou agência regional em Crato. *A ação*, Crato, 4/4/1970.
4. AQUINO, J. Lindemberg de. Casa de Saúde Sta. Teresa. *A ação*, Crato, 20/06/1970.
5. Casa de Saúde S. Teresa inaugura amanhã. *A ação*, Crato, 20/06/1970.

6. Crato se prepara para duas novas inaugurações. *A ação*, Crato, 27/06/1970.
7. Inaugurada Casa de Saúde Santa Teresa em Crato. *A ação*, Crato, 27/06/1970.
8. Agência do INPS aumenta arrecadação e assistência. *A ação*, Crato, 29/08/1970.
9. Liberada verba para hospital infantil. *A ação*, Crato, 24/10/1970.
10. Casa de Saúde Santa Teresa comemorou Festa de Natal. *A ação*, Crato, 24/12/1970.
11. Casa de Saúde Santa Teresa está ampliando instalações. *A ação*, Crato, 23/1/1971.
12. INPS em CRATO pagou o duplo da arrecadação. *A ação*, Crato, 23/1/1971.
13. Sociedade. *A ação*, Crato, 6/2/1971.
14. Débil mental desrespeita famílias, tirando a roupa e dizendo palavrões. *A ação*, 15/5/1971.
15. Casa de Saúde comemorou aniversário. *A ação*, Crato, 26/6/1971.
16. Cadeia do Crato não comporta Débeis Mentais. *A ação*, Crato, 3/7/1971.
17. Edital de Interdição. *A ação*, 3/7/1971.
18. Casa de Saúde homenageia seu Patrono. *A ação*, Crato, 24/7/1971.
19. INPS Inaugura Pôsto de Emissão de Carteira de Saúde. *A ação*, Crato, 28/8/1971.
20. Edital de Interdição. *A ação*, 25/9/1971.
21. Elevada de Categoria a Agência do INPS em Crato. *A ação*, Crato, 6/11/1971.
22. Comissão de Implantação das novas guias do INPS no Cariri. *A ação*, Crato, 11/3/1972.
23. AQUINO, J. Lindemberg de. Dr. Edízio Abath no Tribunal de Brasília. *A ação*, Crato, 22/4/1972.
24. AQUINO, J. Lindemberg de. Os Irmãos Abath. *A ação*, Crato, 8/7/1972.
25. Posto Médico do INPS com quase quatro mil internamentos. *A ação*, Crato, 26/8/1972.
26. INPS adota Providência para melhor atendimento. *A ação*, Crato, 23/9/1972.
27. AQUINO, J. Lindemberg de. Crato, sede da micro-região-78. *A ação*, Crato, 7/10/1972.
28. AQUINO, J. Lindemberg de. Os que tornaram celebridade em 1972. *A ação*, Crato, 6/1/1973.
29. AQUINO, J. Lindemberg de. Os maiores acontecimentos de 1972. *A ação*, Crato, 6/1/1973.
30. CABRAL, Huberto. Congregação das Filhas de Santa Teresa inicia amanhã festa do cinquentenário. *A ação*, Crato, 8/3/1973.

31. FIGUEIREDO FILHO, J. de. Cinquentenário da Congregação das Filhas de Santa Teresa. *A ação*, Crato, 10/3/1973.
32. Madre Freitas conta ao vivo a Fundação da Congregação das F ST. *A ação*, Crato, 10/3/1973.
33. Congregação das F.S.T. realiza capítulo extra. *A ação*, Crato, 31/12/1973.
34. Agência do INPS em Crato pagou mais de 7 milhões em 73. *A ação*, Crato, 26/1/1974.
35. CABRAL, Huberto. Morte de Dr. Maurício Teles Consterna o Cariri. *A ação*, Crato, 10/8/1974.
36. Grande benfeitor do Crato. *A ação*, Crato, 10/8/1974.
37. INPS estuda classificação da rede hospitalar. *A ação*, Crato, 24/8/1974.
38. INPS vai implantar Plano de Pronto Ação no Cariri. *A ação*, Crato, 19/10/1974.
39. Comissão do INPS reclassificou Hospitais da Região do Cariri. *A ação*, Crato, 19/10/1974.
40. AQUINO, J. Lindemberg de. Um hospital modelar. *A ação*, Crato, 15/2/1975.
41. INPS atende aos segurados e beneficiários do IPASE. *A ação*, Crato, 22/2/1975.
42. Ministério da Previdência e Assistência Social. *A ação*, Crato, 22/2/1975.
43. LOBO, G. Atendimento Psiquiátrico. *A ação*, Crato, 17/5/1975.
44. Visitas hospitalares. *A ação*, Crato, 24/5/1975.
45. Agência do INPS já concedeu mais de 500 aposentadorias de velhos. *A ação*, Crato, 24/5/1975.
46. Ministério da Previdência e Assistência Social. *A ação*, Crato, 28/6/1975.
47. Implantado serviço de Pronto atendimento no Posto do INPS. *A ação*, Crato, 16/8/1975.

Artigos em revista cultural:

FELÍCIO, Quixadá. “Teopisto”. *Revista Itaytera*, n° 3, ano 1957.

FIGUEIREDO FILHO, J de. “Hospital Psiquiátrico do Crato”. *Revista Itaytera*, n° 14, ano 1970: 178-179.

MATOS, Pedro Gomes de, “Primeira médica do Ceará nasceu no Crato”. *Revista Itaytera*, n° 26, ano 1982:123-124.

Monteiro, Emerson. “Tipos populares”. *Revista Itaytera*, ano 1994: 151.

MONTEIRO, Pinheiro. “O Cariri através de medicina”. *Revista Itaytera*, nº2, ano 1956: 65-85.

NEVES, Napoleão Tavares. “Evolução da medicina do Cariri através dos Tempos!”. *Revista Itaytera*, nº 36, ano 1992: 63-71.

RAMOS, José de Aguiar. “Dr. Joaquim Fernandes Teles – Bosquejo para um ensaio biográfico”. *Revista Itaytera*, nº 42; ano 1998: 118.

Demais fontes documentais:

“Ata 199 Sessão da 6ª Legislatura da Câmara Municipal do Crato” – Livro de Atas nº 10 de 23 de outubro de 1969 a 08 março de 1973 da Câmara Municipal do Crato (pg. 35).

“‘Casa do Noviciado e Capela’ das Filhas de Santa Teresa em Crato - Ceará”. Planta da Casa do Noviciado das Filhas de Santa Teresa. Arquivo da Congregação das Filhas de Santa Teresa.

“Atestado” emitido pelo Hospital São Francisco de Assis, de que o Dr. Maurício Monteiro Telles exerce desde Janeiro de 1960 até a referida data do documento, a função de Médico chefe do Serviço de Psiquiatria do referido hospital. Crato, 30/06/1971.

“Atestado” emitido pelo Hospital São Francisco de Assis, de que o Dr. Maurício Monteiro Telles exerceu a função de Médico-Chefe da Secção de Psiquiatria do referido hospital entre fevereiro de 1952 e outubro de 1953. Crato, 30/11/1954.

“Contrato de Prestação de Serviços que entre si fazem o Instituto Nacional de Previdência Social e a ‘Casa de Saúde Santa Teresa, LTDA’”. 24/06/1970.

“Contrato de uma sociedade de responsabilidade limitada”. Crato, 28/08/1975.

Diploma de Dr. Maurício Monteiro Telles em Curso de Extensão Universitária sobre “Teoria e Prática de Psicodiagnóstico de RORSCHACH”, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 23/08/1955.

Lista de propriedades da Congregação das Filhas de Santa Teresa (incluindo o prédio do Noviciado, que sediou a Casa de Saúde Santa Teresa). Arquivo da Congregação das Filhas de Santa Teresa.

Monsenhor Pedro Rocha “Casa de Saúde Santa Teresa”, lido no Programa “Nossa Vida, Nosso Lar”, na Rádio Araripe do Crato, na noite do dia 25/06/1970.

FONTES SECUNDÁRIAS

- ALBUQUERQUE JUNIOR, Durval Muniz. “Por searas diversas, os diversos cearás”. In: SOUSA, Simone de. (org) *Uma nova história do Ceará*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2004.
- ALEXANDRE, Jucieldo Ferreira. *Quando o “anjo do extermínio” se aproxima de nós: Representações sobre o cólera no semanário cratense o Araripe (1855-1864)*. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2010. Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em História.
- AQUINO, J. Lindemberg de. *Roteiro Biográfico das ruas do Crato*. Crato: Instituto Cultural do Cariri, 1999.
- ARAÚJO, Padre Antonio Gomes de. *Povoamento do Cariri*. Obras do Padre Antonio Gomes de Araújo Vol. 2: Crato, 1973.
- BARBOSA, José Policarpo A. *História da saúde pública no Ceará: da colônia a Vargas*. Fortaleza: Edições UFC, 1994.
- BARROS, Luitgarde Oliveira Cavalcanti. *A terra da mãe de Deus*. Rio de Janeiro: Francisco Alvez; Brasília: INL, 1988.
- BRAGA, André Luiz de Carvalho. *O Serviço Nacional das Doenças Mentais no governo JK: a assistência psiquiátrica para o distrito federal*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.
- BRAGA, José Carlos de Souza & PAULA Sérgio Góes de. *Saúde e Previdência- estudos de política social*. São Paulo, CEBES-HUCITEC, 1981.
- BURKE, Peter. “Ao microscópio”. *O que é história cultural*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005(60-64).
- COHN, Amélia. “A Reforma da previdência social no Brasil: virando a página da história?” *São Paulo em Perspectiva*, 9(4): 1995.
- CORTEZ, Antônia Otonite de Oliveira. *A construção da “Cidade da cultura”: Crato (1889-1960)*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000. Dissertação de apresentada ao programa de pós-graduação em História.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira da. *O espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- CUNHA, Maria Clementina. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- DELLA CAVA, Ralph. *Milagre em Joazeiro*. Tradução: Maria Yedda Linhares. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade*. São Paulo, Pioneira, 1975.
- DOSSE, François. *A história à prova do tempo. Da história em migalhas ao resgate do sentido*. São Paulo: Editora UNESP, 2001.
- EDLER, Flávio Coelho. “A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico”. *Asclepio - Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. Madrid, vol. L – Fascículo 2, 1998, p.170.
- ENGEL, Magali. *Os delírios da Razão: médicos, loucos e hospícios* (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- ESCOREL, Sarah. “História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária.” Giovanella, Ligia; et ali (Orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.
- ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene R. do; EDLER, Flávio C. “As origens da reforma sanitária e do SUS”. In: LIMA, Nísia T. et alli. *Saúde e democracia. História e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005: 59-81.
- ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio "História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista". In: GIOVANELLA, L. et. al. (org.) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 333-384.
- FABRÍCIO, André Luiz da Conceição. *A assistência psiquiátrica no contexto das políticas públicas de saúde (1930-1945)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.
- FARIAS FILHO, Waldemar Arraes de. *Crato: evolução urbana e arquitetura (1740-1960)*. Fortaleza: Expressão Gráfica Editora, 2007.
- FIGUEIREDO FILHO, J. de. *História do Cariri*. Vol. I, II, III, IV. Crato: Faculdade de Filosofia do Crato, 1968.
- FIGUEIREDO FILHO, J. e Pinheiro, Irineu. *A cidade do Crato*. Ministério da Educação e Cultura, 1953.
- FONSECA, Cristina Maria Oliveira. ; HOCHMAN, Gilberto. “O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência”. In: PANDOLFI, Dulce Chaves. (Org.). *Repensando o Estado Novo*. 1 ed. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- FONSECA, Cristina Maria Oliveira. “As Campanhas Sanitárias e o Ministério da Saúde 1953-1990”. In: Jaime Benchimol. (Org.). *Febre Amarela: A Doença e a Vacina, uma História Inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- FONSECA, Cristina Maria Oliveira. “Política e Saúde: diretrizes nacionais e assistência médica no Distrito Federal no pós-1930”. In: Angela Porto; Gisele Sanglard;

- Maria Rachel Fróes da Fonseca; Renato Gama Rosa. (Org.). *História da Saúde no Rio de Janeiro . Instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008: 89-115.
- FONSECA, Cristina Maria. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- FREITAS, Roberta Kelly Bezerra de. *Entre a pobreza e a loucura: o discurso psiquiátrico, o Asilo de Alienados e as cartas sobre a loucura (1874-1886)*. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza 2012.
- GADELHA, Georgina da Silva. *Sob o signo da distinção: formação e atuação da elite médica cearense (1913-1948)*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde 2012.
- GARCIA, Nicole R. *Prorural: Uma Política Previdenciária para o campo no Governo Medici (1969-1973)*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, 2010.
- HUERTAS, Rafael. “Historia de la Psiquiatria, ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones Historiográficas y Nuevas Tendências”. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatria*, Madrid, Vol. I (1), p. 9-36, 2001.
- LEAL, Victor Nunes. *Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1997. 3ª ed.
- LEAL, Vinícius Barros. *História da medicina no Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Cultura, Desporto e Promoção Social, 1979.
- LEITE, Francisco de. *Almanaque do Cariri*. Crato: [s.n.], 1949.
- LEVI, Giovanni. “Sobre a micro-história”. BURKE, P. *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora da UNESP, 1992: 133-161.
- LIMA, Andrea de Alvarenga; HOLANDA, Adriano Furtado. “História da psiquiatria no Brasil: uma revisão da produção historiográfica”. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, RJ, ano 10, nº 2, 572-595, 2010.
- LIMA, Henrique Espada. *A micro-história italiana – escala, indícios e singularidades*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- LIMA, Zilda Maria Menezes. “*O grande polvo de mil tentáculos*”: a lepra em Fortaleza (1920/1942). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Social.
- LIMA, Zilda Maria Menezes. *Uma enfermidade à flor da pele: a lepra em Fortaleza (1920-1937)*. Fortaleza: Museu do Ceará: Secult: 2009.

- LIRA NETO. *Padre Cícero: poder, fé e guerra no sertão*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- LOPES, Leme. *A psiquiatria e o velo hospício. Quatro séculos de cultura*. Rio de Janeiro: Universidade do Brasil: 1966
- MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogerio & MURICY, Katia. *Danação da Norma. Medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- MEDEIROS, Tácito de. *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psiquiatria/UFRJ, Rio de Janeiro, 1977.
- MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *Manual de História Oral*. São Paulo: Loyola, 2000.
- MENEZES, Cleice de Souza. “*Um vasto asilo seria, assim, a Guanabara*”: políticas e assistência psiquiátrica, entre 1966 e 1978. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.
- MENEZES, Fátima. “O livro proibido de Xavier de Oliveira”. *Boletim do Instituto Cultural do Vale Caririense*. Nº 11, 1984. (143-146).
- MENICUCCI, Telma M. G. “Constituição do *Mix Privado/Público* na Assistência à Saúde”. *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007: 57-102.
- MONTESUMA, F. G.; FÉ, M. A. B. M.; GOMES, S. C. C.; FERNANDES, T. C. L.; SAMPAIO, J. J. C. “Saúde Pública no Ceará: uma sistematização histórica”. *Cadernos da Escola Pública do Ceará*, v. 02, p. 05-19, 2006.
- OLIVEIRA, Amália Xavier de. *O padre Cícero que eu conheci*. Fortaleza: Premius, 2001.
- OLIVEIRA, Cláudia Freitas de. *Asilo de alienados São Vicente de Paula e a institucionalização da loucura no Ceará (1871-1920)*. Recife: Universidade Federal do Pernambuco. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História, 2011.
- OLIVEIRA, J. A. de A; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes/ABRASCO, 1986.
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo. TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. *(Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis, Vozes, 1986.
- PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. “Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970”. *História, ciência, saúde – Manguinhos*, Agosto 2004, vol.11, no.2, p.241-248.

- PINHEIRO, Irineu *Excerto de Cidade de Crato*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, Serviço de Documentação, 1955.
- PINHEIRO, Irineu *O Cariri: seu descobrimento, povoamento, costumes*. Fortaleza: edição do autor, 1950.
- PINHEIRO, Irineu. *Efemérides do Cariri*. Fortaleza: Imprensa Universitária do Ceará, 1963.
- PONTE, Carlos Fidélis. (org.) *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.
- POSSAS, Cristina. *Saúde e trabalho. A crise da previdência social*. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
- RAGO, Margareth. “O efeito-Foucault na historiografia brasileira”. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 7(1-2): 67-82, outubro de 1995.
- RESENDE, Heitor. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. In: TUNDIS, Silvério de Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- REVEL, Jacques (org.). “Microanálise e construção do social”. REVEL, Jacques (org.). *Jogos de Escala. A experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998: 15-38.
- RIOS, Kênia Sousa. *Campos de concentração: isolamento e poder na seca de 1932*. 2ª edição. Fortaleza: Museu do Ceará/ Secretaria da Cultura do Estado do Ceará, 2006.
- RISTOL, Esteban García-Albea; Martín, Julia García-Albea. “L a epilepsia de la carmelita Teresa de Jesús”, in: M. Sáenz, C. Valiente y F. Fuentesnebro (ogs.) *Los umbrales de la locura. Una aproximación fenomenológica, historia y cultural*. Madrid: Editorial Complutense: 2012.
- SAMPAIO, José Jackson Coelho. *Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis*. Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social, UERJ, 1988.
- SAMPAIO, José Jackson Coelho; SANTOS, Afonso Nogueira dos; SILVA, Adelaide Oliveira da. “Periodização da história do Ceará: instrumento de apoio à análise das políticas de saúde. Fortaleza”. *Revista de Humanidades e Ciências Sociais da UECE*, 2001.
- SAMPAIO, Pedro. “A medicina no Ceará”. GIRÃO, Raimundo e FILHO, Martins. *O Ceará*. Fortaleza: Editora do Instituto do Ceará, 1966. (1ª Edição 1939).
- SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

- SILVA, Judson Jorge da. *Caldeirão e assentamento 10 de abril - passado e presente na luta por terra no Cariri cearense*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2010. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia.
- SOUSA, Simone de. (org) *Uma nova história do Ceará*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2004.
- STONE, Lawrence. “O retorno da narrativa”. BOUTIER, Jean e JULIA, Dominique. *Passados recompostos: campos e canteiros da História*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Editora FGV, 1998: 193-202.
- TELES, Ebert Fernandes. *Pessoas e lugares: memórias*. Crato: BSG – Bureau de Serviços Gráficos: 2011.
- UCHÔA, Darci de Mendonça. Organização da psiquiatria no Brasil. São Paulo: SAVIER, 1981. VAISSMAN, M. Assistência Psiquiátrica e Previdência Social: análise das políticas de saúde mental nos anos 70. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria/UFRJ. Dissertação de Mestrado. 1989.
- UCHOA, Darcy Mendonça. *Organização da Psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Sarvier, 1981.
- VAISSMAN, M. *Assistência Psiquiátrica e Previdência Social: análise das políticas de saúde mental nos anos 70*. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria/UFRJ. Dissertação de Mestrado, 1983.
- VENANCIO, Ana T. A. Sobre a “nova psiquiatria” no Brasil: um estudo de caso do Hospital-dia do Instituto de Psiquiatria. Dissertação de Mestrado. UFRJ – Museu Nacional. Rio de Janeiro, 1990.
- VENANCIO, Ana T. A.; CASSILIA, Janis A. “Política assistencial psiquiátrica e o caso da Colônia Juliano Moreira: exclusão e vida social (1940-1954)”. In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nádya Maria Weber (orgs). *História e loucura: saberes, práticas e narrativas*. Uberlândia: EDUFU, 2010.
- VENANCIO, Ana Teresa A. ; CASSILIA, Janis Alessandra Pereira . “A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil”. *Espaço Plural (Unioeste)*, v. 22, p. 24-34, 2010.
- WADI, Yonissa M. "Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná" *Tempo e argumento*. Florianópolis, v.1, n.1(68-98) jan/jun 2009.