

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
MESTRADO EM HISTÓRIA SOCIAL**

***DA ASSISTÊNCIA À PREVENÇÃO: DISCURSOS, SABERES E
PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL***

WILLIAM VAZ DE OLIVEIRA

WILLIAM VAZ DE OLIVEIRA

***DA ASSISTÊNCIA À PREVENÇÃO: DISCURSOS, SABERES E
PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em História.

Área de Concentração: História Social

Linha de Pesquisa: Política e Imaginário

Orientadora: Profa. Dra. Karla Adriana Martins Bessa

**Uberlândia
2009**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

O48d Oliveira, William Vaz de, 1983-
Da assistência à prevenção: Discursos, saberes e práticas psiquiátricas no Brasil / William Vaz de Oliveira. - 2009.
163 f.: il.

Orientadora: Karla Adriana Martins Bessa.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em História.

Inclui bibliografia.

1. História social - Teses. 2. Psiquiatria - Brasil - Teses - Teses. 3. Hospital Psiquiátrico de Juquery - História - Séc. XIX-XX - Teses. I. Bessa, Karla Adriana Martins. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em História. III. Título.

CDU: 930.2:316

WILLIAM VAZ DE OLIVEIRA

***DA ASSISTÊNCIA À PREVENÇÃO: DISCURSOS, SABERES E
PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL***

BANCA EXAMINADORA

**Prof. Dra. Karla Adriana Martins Bessa
(Orientadora – Instituto de História UFU)**

**Prof. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera
(Examinadora – Instituto de PsicologiaUFU)**

**Prof. Dra. Cristiana Facchinetti
(Examinadora – COC/ FIOCRUZ)**

Uberlândia

2009

Dedico esta Dissertação à minha mãe Iraci Vicente Rodrigues, e ao meu pai José Francisco de Oliveira, companheiros de todas as horas que, mesmo estando longe, sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos da minha vida, me dando força e incentivo inestimáveis.

AGRADECIMENTOS

Durante todo o meu percurso vivi grandes emoções e, ao mesmo tempo, diversos contratempos. A pesquisa é sempre muito solitária, portanto a jornada seria mais longa e ácida se não fossem as pessoas que estiveram sempre ao meu lado. Pessoas que me fizeram sorrir, chorar, às vezes de tristeza, mas na maioria das vezes de emoção. Pessoas que celebraram cada uma de minhas conquistas como se fossem suas e, sem às vezes tomarem conta disso, tornaram mais um de meus sonhos possível. Pessoas que muito admiro e que me dão o imenso prazer de tê-las sempre por perto, seja física ou espiritualmente. Pessoas que merecem não apenas o meu carinho e amizade, mas também meu eterno agradecimento.

Primeiramente agradeço à minha mãe Iraci e ao meu pai José Francisco, que, mesmo com dificuldades, viabilizaram a minha formação educacional e acadêmica. Sei o quanto a vida foi difícil para eles, mas isso nunca lhes impediu de terem força e dignidade. Agradeço igualmente às minhas irmãs Ivane, Eleida, Leila, Vivia e Carla que sempre acreditaram em minha capacidade e sempre se orgulharam de meu esforço.

Gostaria de agradecer também aos meus amigos, irmãos, camaradas e eternos companheiros de viagem Cecília, Daniel, Gabi, Lílian, Mara, Ricardo, e sua mãe Maria Conceição que se tornou para mim uma segunda mãe, Lilianny e Marlene, pelos bons momentos de convivência que me proporcionaram.

Agradeço com carinho ao grande amigo, Alexandre Galindo, companheiro em todas as horas e circunstâncias, que me deu grande força durante o processo de finalização e revisão dessa dissertação, tornando o meu último ano inesquecível. Agradeço também a sua mãe Edna Galindo, minha mãezona carioca, que sempre me recebeu muito bem em sua casa, dando-me o prazer de desfrutar de sua doce companhia.

Agradeço ainda aos meus amigos e colegas do curso de Psicologia que, por muitas vezes, me ouviram falar exaustivamente desse assunto.

À minha professora do curso de Psicologia, Ana Lúcia de Oliveira que sempre respeitou meu trabalho e, com carinho, me cedeu espaços em suas aulas para falar da minha pesquisa. É, sem sombra de dúvidas, um dos maiores professores e seres humanos que já conheci em toda a minha vida. Não foram raras as vezes em que deixou de ser minha professora para ser minha orientadora, aconselhadora, admiradora, mãe e amiga.

Agradeço a todos os meus professores que muito contribuíram para a formação do meu conhecimento, principalmente à minha orientadora Professora Karla Adriana Martins Bessa que, pacientemente, recebeu todas as minhas angústias e dificuldades, e profissionalmente, fez com que eu abandonasse algumas idéias triviais e não muito viáveis. Às professoras Cristiana Facchinetti, Jacy Alves de Seixas e Maria Lúcia Castilho Romera que aceitaram ler o meu trabalho e me prestaram suas valiosas contribuições.

Finalmente, agradeço à CAPES que tornou esse trabalho possível, pois sem o seu financiamento, com certeza, essa pesquisa teria sido muito mais difícil.



“As ciências são um pouco como as nações; elas não existem, na verdade, senão no dia em que seu passado não mais as escandaliza, por mais humilde, acidentado, irrisório ou inconfessável que ele possa ter sido. Desconfiemos, portanto, daquelas que fazem com demasiado cuidado a arrumação de sua história” (Michel Foucault)

RESUMO

Esta dissertação procura compreender o movimento de construção dos discursos e práticas psiquiátricas no Brasil e, sobretudo, em São Paulo, desde a construção dos espaços específicos para o tratamento da loucura, até a consolidação de uma psiquiatria que ultrapassava os muros do hospício ampliando os seus campos de intervenção para o interior da sociedade. A partir de uma leitura baseada nas idéias de Michel Foucault, sobre as relações entre saber e poder, pensa como se constituiu o discurso científico sobre a doença mental no Brasil e sua relação com os ideais de modernização, progresso e civilização.

Durante o século XIX, a situação de abandono na qual os “loucos” se encontravam no Brasil, era muito grande. Em todo o país, antes da criação das casas específicas para tratamento dos doentes mentais, eles viviam nas Santas Casas de Misericórdia, juntamente com doentes de todas as sortes, vivendo em condições de verdadeira promiscuidade. No entanto, à medida que a Medicina foi adentrando pelo espaço social o louco passou a ser visto como desviante aos olhos dessa medicina nascente e foi transformado em doente mental. Dessa maneira, foram criadas formas de isolá-los da sociedade, a partir da organização dos espaços próprios, instituições específicas, possibilitando uma distribuição regular e ordenada dos doentes, mantendo seus corpos e mentes sob vigilância constante. Já no século XX novos discursos e práticas psiquiátricas, voltados para o desenvolvimento e uso das técnicas científicas, ganharam espaço importante dentro da Psiquiatria, voltando-se não apenas para as práticas asilares, mas também para a sociedade com uma proposta de prevenção e profilaxia da doença mental.

Neste sentido, esta pesquisa procurou analisar os elementos constitutivos desses discursos e práticas psiquiátricas no Brasil, especialmente no Hospital de Juquery em São Paulo, na passagem do século XIX para o século XX, definindo as séries das quais eles fazem parte, especificando, assim, o modo de análise da qual estes dependem, procurando reconhecer as regularidades dos fenômenos e os limites de probabilidade de sua emergência. Não procurou compreender os acontecimentos dessa psiquiatria por um jogo de causas e efeitos, o que procurou, na verdade, foi estabelecer as séries diversas, entrecruzadas, procurando compreender os acontecimentos no campo psiquiátrico daquela época a partir de suas condições de aparecimento.

Palavras-chaves: Psiquiatria, loucura, doença mental, ciência, saber e poder.

ABSTRACT

This paper seeks to understand the movement of the construction of discourses and psychiatry practices in Brazil and specially in São Paulo, since the construction of specific places for madness treatment, until the consolidation of a psychiatry that used to go beyond the walls of the hospital expanding its intervention fields into the society. From a reading based on the ideas of Michel Foucault on the relationship between knowledge and power was the scientific discourse on mental illness in Brazil and its relation to the modernization, progress and civilization ideals.

During the nineteenth century, the abandon situation in which the "mad people" were in Brazil, was very large. Throughout the country, before the creation of specific places for treating mentally ill people, they used to live the Holy Houses of Mercy, among patients of all sorts, living in true promiscuity conditions. However, as the medicine began entering the social circle the mad people were seen as deviant in the eyes of this new medicine and were transformed into mental patients. Thus, ways to isolate them from society were created, from the organization of specific places and institutions, providing a regular and orderly distribution of patients, keeping their bodies and minds under constant surveillance. Though in the twentieth century new psychiatric discourses and practices towards the development and use of scientific techniques, achieved significant area within psychiatry, turning not only to asylum practices, but also for society as a proposal for prevention and prophylaxis of mental illness.

Accordingly, this research sought to examine the constituent elements of these psychiatry discourses and practices in Brazil, especially in Juquery Hospital in São Paulo, in the passage of the nineteenth to the twentieth century setting of the series which they belong, indicating thus the analysis method which they depend on, trying to recognize the phenomena regularities and the emergence probable limits. It did not attempt to understand these psychiatry events through a cause and effect game, what it did, in fact, was to establish the various series, decussate, seeking to understand the events in psychiatry field of that time from their emergence conditions.

Keywords: Psychiatry, madness, mental illness, science, knowledge and power.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 - AOS LOUCOS, O HOSPÍCIO: O SURGIMENTO DAS PRIMEIRAS INSTITUIÇÕES PARA ALIENADOS NO BRASIL	21
1.1. “Os Palácios para guardar doidos”	36
CAPÍTULO 2 - DECIFRA-ME OU TE DEVORO: O DISCURSO PSQUIÁTRICO NO HOSPITAL DE JUQUERY	53
2.1. O Discurso Hospitalar (Franco da Rocha)	54
2.2. O discurso científico	69
2.3. Métodos de tratamento utilizados no Juquery	83
2.3.1. A Laborterapia	84
2.3.2. A influência alemã e a adoção de novos métodos terapêuticos	91
2.3.2.1. A diatermia.....	92
2.3.2.2. As psicocirurgias	95
2.3.2.3. A eletrochoqueterapia.....	100
CAPÍTULO 3 - O DISCURSO EUGENISTA E A PSIQUIATRIA PREVENTIVA	107
3.1. Eugenia e Patriotismo.....	111
3.2. A Liga Brasileira de Higiene Mental e a Propaganda Eugenista.....	118
3.3. A Cruzada Antialcoólica	128
CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
FONTES E BIBLIOGRAFIA	155
1. Fontes Impressas:.....	155
1.1. Mensagens, Relatórios:.....	155
1.2. Periódicos Especializados:.....	155
1.3. Artigos de Revistas e Periódicos Especializados:	155
2. Referências Bibliográficas:	157
2.1. Bibliografia Geral:.....	159
2.2. Obras Literárias:.....	162

INTRODUÇÃO

O domínio das coisas ditas é o que se chama *arquivo*: o papel da arqueologia é analisá-lo (Michel Foucault: *A arqueologia do saber*).

A idéia de realizar este trabalho surgiu logo no final da minha graduação em História na Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Naquela ocasião, o interesse em vasculhar o campo das ciências e saberes em saúde mental no Brasil era muito grande. Em minha monografia apresentada no final do curso, defendida em 2006, eu procurei compreender como a loucura poderia ser “fabricada” a partir das relações de poder tomando como objeto de análise a autobiografia de Austregésilo Carrano Bueno intitulada “Canto dos malditos”, onde ele conta as suas experiências em várias instituições psiquiátricas brasileiras durante a década de 1970. A partir de uma leitura que bebia na fonte de Michel Foucault, eu dizia que a loucura era uma construção histórica, política, social e cultural e que a Psiquiatria era um campo do saber que visava colocar os anormais no campo da norma e sob sua vigilância permanente e, que por isso, tratava o doente, mas massacrava suas personalidades.

O interesse em continuar pesquisando este tema adveio da angústia em relação aos enumeráveis questionamentos que foram surgindo durante a pesquisa de graduação, mas que por falta de tempo, ou de fontes mais adequadas, não puderam ser investigados. Dessa forma, resolvi entrar no Mestrado e tentar continuar com o assunto. No entanto, minha intenção agora era voltar um pouco no tempo e compreender o movimento de construção dos discursos e práticas psiquiátricas no Brasil e, sobretudo, em São Paulo, desde a construção dos espaços específicos para o tratamento da loucura, até a consolidação de uma psiquiatria que ultrapassava os muros do hospício ampliando os seus campos de intervenção para o interior da sociedade.

Aprendi com Michel Foucault que a Psiquiatria é um saber construído historicamente. Constituída a partir de um discurso médico que toma a loucura como objeto exclusivo de sua ação, transformando-a em doença mental, e, ao mesmo tempo, dotada de uma prática particular que tem como finalidade curar o doente a partir de uma intervenção terapêutica que além de física é, predominantemente, moral. Aprendi também com Foucault, bem como os historiadores dos *Annales*, a importância de analisar o poder

para além da política e atentando-se às relações de poder que se estabelecem dentro dos espaços microssociais.

Com Foucault, também aprendi metodologias de pesquisa de grande importância. Foucault, bem como os historiadores dos *Annales*, possibilitou a interlocução da História com outras áreas do conhecimento, tais como a sociologia, a filosofia, a antropologia, a economia, as artes como um todo e a psicanálise, promovendo, neste sentido, uma abertura para concepções novas e variadas a respeito de temas pouco estudados pela historiografia. Dentre estes temas, encontram-se os poderes, os saberes enquanto poderes, assim como Foucault mostra em toda a sua obra, as instituições supostamente não políticas, as práticas discursivas, as diversas formas de manifestações culturais, etc. Enfim, houve uma verdadeira restauração do campo político, sendo que o estudo do poder deixou de se voltar para o Estado passando a ser pensado para além do político, nos microuniversos e nas “microfísicas”, como fala Foucault em seu livro *Microfísica do poder*, que nos fornece uma idéia muito clara de como este poder está espalhado por todos os cantos como na família, escola, asilos, prisões, hospitais, hospícios, política, oficinas, fábricas, etc.

Esta nova perspectiva de análise do saber e do poder em seu exercício constante, tanto nas relações institucionalizadas como nas práticas cotidianas, inaugurada por Foucault, é de suma importância, pois, a partir daí o poder e a política passam ao domínio das representações sociais e de suas conexões com as práticas sociais, coloca-se, como prioritária, a problemática do simbólico – simbolismo, formas simbólicas, mas, sobretudo, o poder simbólico. Novas questões surgem dentro deste contexto de revisão do espaço do político em que o poder é exercido de forma simbólica, pelas representações sociais ou coletivas, os imaginários sociais, as memórias ou memórias coletivas, as mentalidades e, principalmente, pelas práticas discursivas associadas ao poder. O interesse maior deixa de ser pelo estudo do Estado enquanto instituinte do poder e passa a ser pelas investigações acerca das formas concretas que assume a luta pelo poder (e o seu exercício) em instituições como a família, a escola, a fábrica, etc. Cresce, assim, o interesse pelo estudo das minorias, das relações de gênero e poder.

É neste movimento, pois, que o tema referente à história da loucura e da psiquiatria se revela como um rico e valioso espaço de discussão no campo da pesquisa historiográfica. O pensamento de Foucault passou a fundamentar vários trabalhos sobre esta temática tanto no Brasil como em várias outras partes do mundo, especialmente nos países da Europa e nos Estados Unidos. É certo que as histórias mais tradicionais da

psiquiatria, assim como a história política tradicional, estiveram mais preocupadas em traçar um desenho dessa área de conhecimento dentro de uma temporalidade, atendo-se ao seu processo evolutivo, que aos poucos foi incorporando novos mecanismos de sequestro, classificação e tratamento do louco e da loucura. Não obstante, a partir dos trabalhos de Foucault, sobretudo a partir da publicação de seu livro *A História da loucura*, vários historiadores voltaram-se para o estudo da psiquiatria e das doenças mentais, atentando-se às ideologias, às práticas discursivas e, sobretudo, às idéias de medicalização da sociedade e das tecnologias do poder presentes em seus discursos.

Nesse sentido, procurei pensar essas formas de construção discursivas da psiquiatria no Brasil e particularmente em São Paulo. A minha idéia primordial era promover uma articulação entre o saber psiquiátrico e as práticas assistenciais no interior da instituição, atentando-se às relações de poder que permeiam essa relação. Por este motivo, esta pesquisa se dirige aos arquivos, ao domínio daquilo que é dito, procurando fazer uma interpretação dos documentos e dos discursos que neles são impressos. Dentre o material pesquisado, encontram-se periódicos especializados em saúde mental, revistas, teses, boletins e, principalmente, os arquivos de Memórias do Hospital de Juquery e os Arquivos da Assistência a Psicopatas do estado de São Paulo, encontrados na Biblioteca da Universidade Federal de Uberlândia, Biblioteca do Instituto de Psiquiatria da UFRJ e na Biblioteca Nacional. O conteúdo desses documentos também é bastante variado consistindo em palestras, atas de reuniões, resultados de pesquisas desenvolvidas no interior do hospital, resenhas de livros publicados, conceitos psiquiátricos, métodos e técnicas de tratamento, estatísticas, notícias referentes à assistência a alienados tanto no Brasil quanto em outros países, notícias sobre aniversários de funcionários ou instituições, comemorações, teorias, bem como leis, decretos e resoluções referentes à assistência psiquiátrica. As campanhas pela luta antialcoólica, sífilis, controle da imigração, educação escolar, higiene mental, profilaxia mental e delinqüência, assistência a alienados, organização do trabalho e suicídio eram também temáticas recorrentes, sendo que a forma de abordagem podia variar de acordo com a conjuntura e os interesses políticos em jogo.

O objetivo maior desse trabalho não foi interpretar os documentos a fim de verificar se diziam a verdade, mas, ao contrário, trabalhá-los em seu interior procurando compreender as condições de sua elaboração, suas formações discursivas e, sobretudo, o contexto social e político no qual eles se inseriam. Para tanto aceitei o desafio de Foucault

de trabalhar o documento em sua materialidade, no domínio daquilo que é dito, através de uma análise de suas condições de aparecimento e de suas formações discursivas:

[...] A História mudou sua posição acerca do documento: ela considera como sua tarefa primordial, não interpretá-lo, não determinar se diz a verdade nem qual é seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ele organiza, recorta, distribui, ordena e reparte em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, identifica elementos, define unidades, descreve relações. O documento, pois, não é mais, para a história, essa matéria inerte através da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa apenas rastros: ela procura definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações (FOUCAULT, 2002, p. 7).

Neste sentido, o método utilizado nesta pesquisa foi baseado no método arqueogenialógico proposto por Michel Foucault. Este método foi de grande importância nesta pesquisa, ao possibilitar a investigação da emergência das práticas psiquiátricas a partir de uma análise que versava sobre suas formações discursivas. O critério da análise arqueológica propõe uma volta ao interior do documento e a partir de uma análise crítica de seus conjuntos discursivos, considera a Psiquiatria não como um campo de conhecimento científico, ou uma disciplina unitária, mas um conjunto de discursos e práticas datados historicamente.

O que interessava, neste sentido, não era verificar as verdades dos discursos psiquiátricos naquele período, mas analisar as suas condições de aparecimento, verificar os momentos de elaboração de novos conceitos e teorias, vocabulários técnico-científicos, formas de organização dos documentos e organização dos discursos de verdade. A arqueologia foucaultiana, dessa maneira, possibilita fazer um movimento que percorre um caminho que vai do campo dos saberes ao da ciência, e investigar como tais saberes puderam se tornar científicos em certo momento. Assim a arqueologia é um processo que descreve os discursos dessa psiquiatria não apenas pelo que mostram ou escondem - pensamentos, intenções-, mas, na sua exterioridade, na sua espessura concreta, na sua materialidade, enquanto prática que obedece a leis e regras de aparecimento. É uma técnica que parte dos dados concretos, que mergulha no interior das fontes e procura compreender, a partir daí, as condições de aparecimento da ciência psiquiátrica.

O que a arqueologia faz, neste sentido, é analisar o jogo das transformações históricas e suas correlações com os conjuntos de formações discursivas. Nesta pesquisa, em especial, ela possibilitou a compreensão do jogo de evolução dos discursos

psiquiátricos, que advém de práticas muito bem demarcadas historicamente. Na verdade, o que importa não é a busca de uma origem, de um conhecimento metafísico sobre a loucura ou a doença mental, mas compreender, no jogo das relações permeadas pelo saber-poder, como se constroem os saberes e como estes saberes forjam as subjetividades. Compreender os mecanismos práticos e discursivos utilizados pela psiquiatria para instituir uma verdade sobre a loucura e, sobretudo, compreender os acontecimentos históricos que fizeram com que os indivíduos se percebessem enquanto doentes.

Foi a partir daí que surgiu a necessidade de, ao lado da arqueologia, uma análise genealógica do saber psiquiátrico. A genealogia pressupõe que nas relações de poder existe um jogo constante de forças e é justamente neste jogo de forças políticas que surgem as verdades e as formas de vivências de cada época. Neste sentido, Foucault, nos incita a pensar como as verdades surgiram para nós e como os acontecimentos peculiares a cada época, faz com que surjam verdades igualmente particulares em cada contexto histórico. Assim, ele mostra que o esquema de ordenamento das forças dentro do hospício é o mesmo esquema que existe no interior das fábricas, das escolas, das prisões, dos conventos, etc. Neste sentido, para pensar genealógicamente, é preciso pensar que as relações são travadas na existência de várias forças, diferentemente da dialética hegeliana e marxista que pressupõem a existência de duas forças que se enfrentam e se contradizem.

Assim, a genealogia postula que o poder não é um atributo dos dominantes, as forças também passam pelos dominados. A resistência, dessa forma, é o que faz o poder aparecer se revelar, o poder, nessa medida se exerce nas relações, ele não se detém. Não é apenas sobre o corpo como objeto que o poder se exerce, mas nas relações de forças nas quais este corpo se insere, o que ela faz, em outras palavras, é promover uma disciplinarização ordenada dos corpos, colocando-os em espaços meticulosamente ordenados e esquadrihados conforme os preceitos de suas verdades. Constroem discursos e práticas que visam exercer um poder sobre os corpos, promove atividades normativas intensas, e lança mão de dispositivos de poder que constroem verdades sobre os corpos. No Hospital de Juquery, por exemplo, foi possível perceber claramente o exercício desse poder a partir dos movimentos de esquadrihamento dos espaços, organização não somente dos espaços de cura, mas também da construção de espaços de formações discursivas que desenham novas formas de saberes e criam a necessidade de novas práticas de intervenção, classificação e cura.

Dessa maneira, a Psiquiatria, enquanto um conjunto de saberes e práticas, datados historicamente, não foi pensada apenas como uma descoberta, como uma ciência que se desvelou a partir de uma escala evolutiva no campo dos saberes. Como mostra Foucault: “(...) as grandes mutações científicas podem talvez ser lidas, às vezes, como conseqüências de uma descoberta, mas podem também ser lidas como aparição de novas formas na vontade de verdade” (FOUCAULT, 2000, p. 14). Assim:

Essa vontade de verdade, como os outros sistemas de exclusão, apóia-se sobre um suporte institucional: é ao mesmo tempo reforçada e reconduzida por todo um compacto conjunto de práticas como o sistema dos livros, da edição, das bibliotecas, como as sociedades de sábios outrora, os laboratórios hoje. Mas ela é também reconduzida, mais profundamente sem duvida, pelo modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído (FOUCAULT, 2000, p. 17).

O saber psiquiátrico surgiu, então, para institucionalizar a doença mental. No hospital de Juquery, por exemplo, ela vai delimitar o campo da patologia, demarcar suas fronteiras de atuação sobre a doença mental dizendo que nenhuma outra área do conhecimento poderia falar, ou dizer sobre este fenômeno, pois ele é objeto exclusivo de sua ação.

Neste sentido, esta pesquisa procurou analisar os elementos constitutivos dos discursos e práticas psiquiátricas no Brasil, especialmente no Hospital de Juquery em São Paulo, na passagem do século XIX para o século XX definindo as séries das quais eles fazem parte, especificando, assim, o modo de análise da qual este depende, procurando reconhecer as regularidades dos fenômenos e os limites de probabilidade de sua emergência. Não procurou compreender os acontecimentos dessa psiquiatria por um jogo de causas e efeitos, o que buscou, na verdade, foi estabelecer as séries diversas, entrecruzadas, tentando compreender os acontecimentos no campo psiquiátrico daquela época a partir de suas condições de aparição. Como diria Michel Foucault:

As noções fundamentais que se impõe agora não são mais as da consciência e da continuidade, não são também as do signo e da estrutura. São as do acontecimento e da série, com o jogo de noções que lhes são ligadas; regularidade, casualidade, descontinuidade, dependência, transformação; é por esse conjunto que essa análise dos discursos sobre a qual estou pensando se articula, não certamente com a temática tradicional que os filósofos de ontem tomam ainda como história ‘viva’, mas com o trabalho efetivo dos historiadores (FOUCAULT, 2000, pp. 55-57).

Procurou cercar as formas de exclusão, da limitação e da apropriação dos saberes, “mostrar como se formaram, para responder a que necessidades, como se modificaram e se deslocaram, que forças exerceram efetivamente, em que medida foram contornadas”. Assim, o conjunto “genealógico” põe em prática os três outros princípios: como se formaram, através, apesar, ou como apoio desses sistemas de coerção, séries de discursos; qual foi a norma específica de cada uma e quais foram suas condições de aparição, de crescimento, de variação.

Sendo assim, os objetos e as fontes selecionadas foram tomados como construções discursivas. O documento é o resultado de uma montagem da história da época, da sociedade que o produziu, e é importante que o historiador não seja ingênuo quanto a isso, pois ele precisa desmistificá-lo, através de suas críticas constantes. Os documentos aqui analisados são vestígios de um passado da história da Psiquiatria brasileira conservados em formas de matéria, mas recheados de histórias, dores e sofrimentos particulares e, ao mesmo tempo, sociais e coletivas. São documentos, que divulgam a evolução do pensamento científico em São Paulo e no Brasil acerca da loucura, ao mesmo tempo em que, através de prontuários e anamneses de pacientes, fazem emergir as condições de vida da população internada, a higiene do hospício, a violência das práticas repressivas, a alimentação deficiente, a falta de funcionários, a precariedades das instalações. São arquivos, portanto, de grande relevância para a história e as peculiaridades de sua narrativa.

Neste sentido, a fim de compreender o processo de construção dos discursos e práticas psiquiátricas no Brasil e, especialmente, no Hospital de Juquery na cidade de São Paulo na primeira metade do século XX, a partir da análise destes arquivos, este trabalho partiu das seguintes problemáticas: Por que a preocupação em implementar no Brasil um modelo de assistência psiquiátrica baseado nos modelos europeus, especialmente nos modelos francês e alemão? Qual a relação existente entre a criação de um sistema asilar aos moldes do sistema europeu e o ideal de modernização e urbanização das cidades brasileiras no início do século XX? Quais os interesses em criar um arquivo de memórias do hospital de Juquery em 1924 evidenciando uma preocupação clarividente com o progresso científico a se instalar na psiquiatria e no hospício brasileiro? Como explicar a existência de um grande número de negros, estrangeiros e “loucos morais” no interior desses asilos? Há alguma relação entre esta prática e os ideais de higienização e eugeniação das mentes, presentes no Brasil republicano? Há uma relação entre a

cientificização do sistema psiquiátrico brasileiro e o ideal de progresso e civilização? Há alguma relação entre o pensamento eugenista e a psiquiatria no Brasil? Em que medida o discurso médico-psiquiátrico transforma-se em um forte criador de patologias? Há uma relação entre a morte de grande número de internos e as condições de higiene no tratamento da Loucura?

Para compreender um pouco estas questões esta dissertação foi dividida em três capítulos organizados da seguinte forma: O primeiro mostra o discurso asilar, explorando os contornos básicos da história da loucura no Brasil, mostrando que o conceito de loucura é um conceito histórico que se insere, portanto, dentro de uma conjuntura sócio-histórica, econômica, política e cultural de cada época. Além disso, evidencia o processo de apropriação da loucura pelo discurso médico-psiquiátrico, sua transformação em doença mental e as suas formas de tratamento ao longo da história. A intenção desse primeiro capítulo não é fazer uma história da loucura no Brasil, mas mostrar a emancipação desse campo do saber que, ao mesmo tempo em que se insere dentro do campo da Medicina, reivindica um espaço próprio, cria um discurso que também é bastante peculiar e espaços específicos para sua atuação: os hospícios.

Durante o século XIX, a situação de abandono na qual os doentes se encontravam era muito grande. Em todo o Brasil, antes da criação das casas específicas para tratamento dos alienados, eles viviam nas Santas Casas de Misericórdia, juntamente com doentes de todas as sortes, vivendo em condições de verdadeira promiscuidade. No entanto, à medida que a Medicina foi adentrando pelo espaço social o louco passou a ser visto como desviante aos olhos dessa medicina nascente e foi transformado em doente mental. Dessa maneira, foram criadas formas de isolá-los da sociedade, a partir da organização dos espaços internos, instituições, específicas, possibilitando uma distribuição regular e ordenada dos doentes, mantendo seus corpos e mentes sob vigilância constante. Portanto este primeiro capítulo versa sobre o período da Psiquiatria brasileira, aqui chamado de carcerário e asilar.

O segundo capítulo, chamado de período hospitalar, dedica-se, exclusivamente, ao processo de construção do discurso médico-psiquiátrico no Hospital de Juquery, surpreendendo o alienismo em sua forma de controle diário e mostrando, sobremaneira, as influências da psiquiatria francesa e alemã na configuração de um modelo de assistência psiquiátrica fortemente calcada na pesquisa científica. Este capítulo faz, ainda, uma análise dos principais métodos terapêuticos utilizados no hospital evidenciando as relações

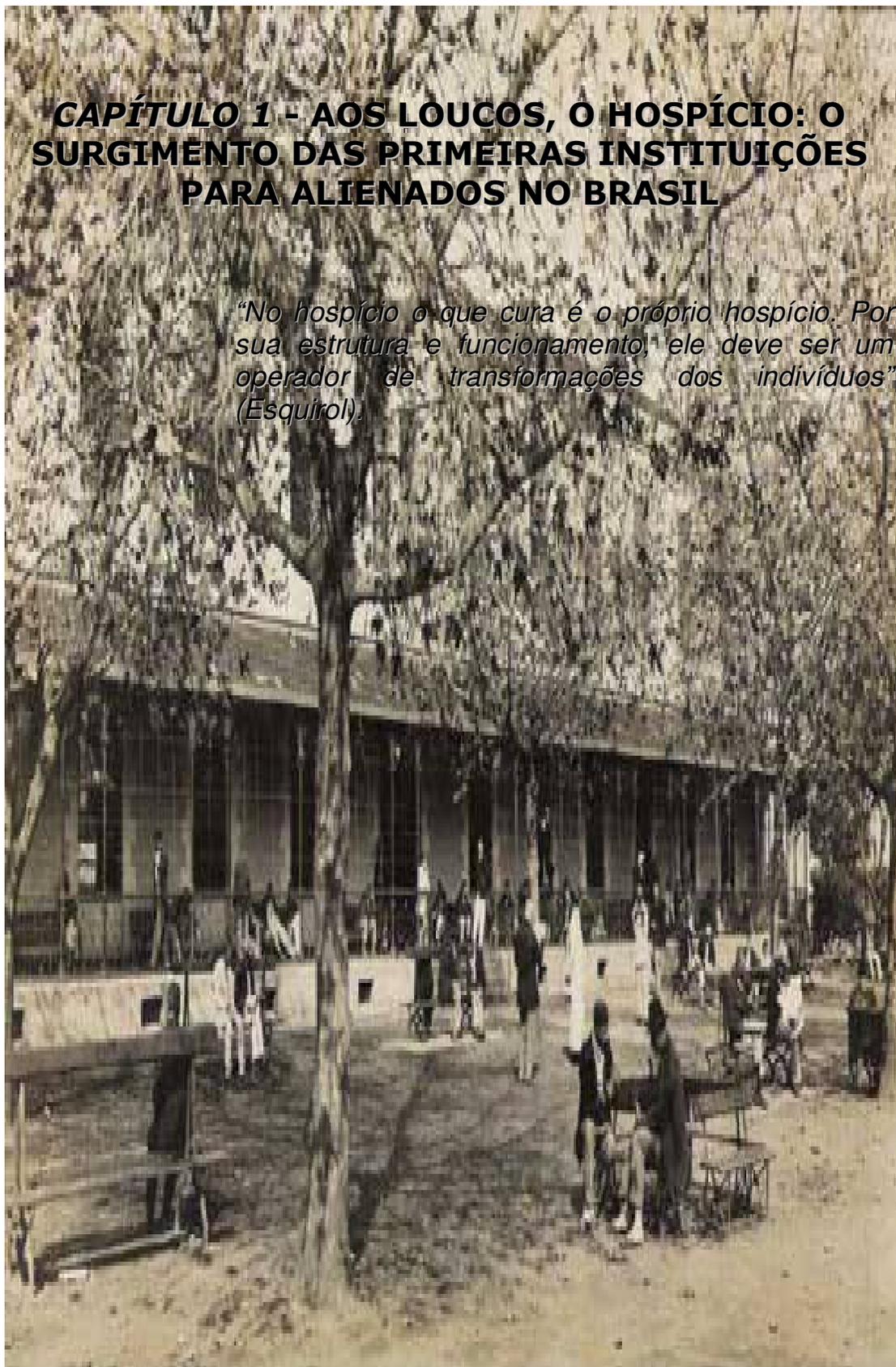
existentes entre o discurso científico e o surgimento das terapias modernas. A configuração do discurso médico – psiquiátrico em São Paulo na primeira metade do século XX buscou evidenciar uma psiquiatria preocupada com a ciência, métodos diagnósticos e práticas terapêuticas baseados em modelos modernos advindos da Europa e dos Estados Unidos. Além disso, foi possível perceber que as novas formas de configuração do espaço asilar, orientadas pela ciência e sob controle da medicina e, em especial, da psiquiatria, estiveram intimamente ligadas à ideologia republicana de urbanização, modernização, civilização e progresso. Assim, este capítulo mostra que os discursos e práticas que prevaleceram naquele momento, foram o hospitalar, tendo o Laboratório de anatomia Patológica como um espaço privilegiado no desenvolvimento da pesquisas científicas.

Não obstante, sobretudo a partir da década 20 do século passado, o discurso hospitalar passou a conviver com um discurso que pensava a intervenção para além dos muros do hospital. A forte influência do pensamento psiquiátrico alemão trouxe a idéia de uma Psiquiatria não mais voltada para a assistência pura e simplesmente, mas voltada para a intervenção profilática, capaz de prevenir a doença mental. Portanto, o terceiro e último capítulo dessa dissertação dedica-se ao discurso higienista, voltado para o controle, profilaxia e saneamento mental. Além disso, discute o surgimento da ideologia eugenista que pretendia alcançar uma raça “superior” e “sofisticada” através de um amplo controle genético, que visava a eliminação dos genes defeituosos. Mostra ainda a inserção da Psiquiatria no campo social a partir da criação das Ligas de Higiene, controle da imigração, miscigenação; campanhas contra o uso de álcool, proibição do casamento entre indivíduos de raças diferentes e promoção de educação sexual para crianças e jovens de escolas primárias e fundamentais.

Por fim as considerações finais, em que são revistos não apenas os caminhos trilhados e as bibliografias utilizadas ao longo do trabalho, mas mostra também que a partir de finais da década de trinta do século passado os discursos hospitalar, higienista e eugenista, passaram a conviver com o discurso da decadência. O período de “ouro” do alienismo no Hospital de Juquery parecia ter chegado ao fim. O assunto que mais marcava os escritos dos médicos e psiquiatras do hospital naquela época era o abandono, o descaso, a superlotação e as péssimas condições de habitação da população internada que, devido à demora no atendimento acabaram se cronificando e complicando ainda mais a situação do hospital.

CAPÍTULO 1 - AOS LOUCOS, O HOSPÍCIO: O SURGIMENTO DAS PRIMEIRAS INSTITUIÇÕES PARA ALIENADOS NO BRASIL

“No hospício o que cura é o próprio hospício. Por sua estrutura e funcionamento, ele deve ser um operador de transformações dos indivíduos” (Esquirol).



No Brasil, diferentemente do que aconteceu na Europa, o surgimento e desenvolvimento da Psiquiatria ocorreram de forma mais tardia. Como mostra Foucault (1997), na Europa, o modelo de assistência psiquiátrica se configurou logo depois da passagem do modo de produção feudal para o capitalismo. Assim, vários camponeses, destituídos de suas terras e da proteção de seus senhores, migraram para as cidades em busca de empregos. Os mercadores fixaram-se nos centros urbanos articulando novas formas de transações econômicas, enquanto os camponeses falidos e destituídos de seus instrumentos de trabalho perambulavam sem rumo pelos campos ou pelas ruas das cidades.

Nesse sentido, o fim do campesinato como classe e a falência dos ofícios artesanais, em virtude da ascensão do mercado, é que fizeram do louco e da loucura européia um problema social. No final do século XV, lembrando ainda Foucault (1997), o advento das manufaturas em grande escala trouxe problemas e conflitos inenarráveis para os trabalhadores artesãos, que tiveram suas práticas substituídas pela produção em larga escala, com menores custos e redução de tempo. Assim, seu trabalho, amplamente valorizado nos tempos medievais, foi destituído de seus significados. O que importava agora era a grande produção em espaços de tempos cada vez menores. Diferentemente dos tempos anteriores, a produção neste momento não visava simplesmente a sobrevivência, mas o lucro, o que fazia do trabalho uma forma de disciplina que não era mais exercido com liberdade como fora nos tempos feudais. Como mostra Resende (2001, p. 23):

[...] Primeiramente foi necessário descartar um sentimento ainda profundamente arraigado, próprio tanto do homem rural como do urbano, de que a liberdade individual é incompatível com a subordinação a um processo de trabalho estritamente vigiado e totalmente racionalizado que até aquele momento só era conhecido nos presídios e nas casas de correção... Nada mostra melhor o problema dos trabalhadores desta época de transição que o fato de que as cidades se regurgitaram de desocupados, mendigos e vagabundos enquanto se experimentava escassez de mão-de-obra.

O que Resende ressalta, na verdade, é o processo de mudança da mentalidade acerca do trabalho, no período que inaugurou a razão como o centro de orientação do espírito humano. A modernidade não admitia mais o descontrole, nem explicações sobrenaturais para os fenômenos da natureza. Era ela quem controlava e ordenava o modo de funcionamento das coisas. Assim, o trabalho também passou a ser controlado de forma racional para que se transformasse em fonte de lucro e para tanto se fazia necessário

controlar igualmente o tempo para que nada dele fosse desperdiçado. A ociosidade passou a ser condenada de forma severa, sendo que aqueles que transgredissem ou subvertessem a ordem, cometendo o imperdoável pecado da ociosidade, deveriam ser punidos.

Não obstante, a nova forma de produção, baseada no acúmulo cada vez maior de capital, não deixava outra saída aos destituídos a não ser ficar rondando pelas cidades. Na Inglaterra, por exemplo, com o advento dos “cercamentos” das propriedades e modificações nos modos de manejo das terras, os senhores feudais se dispersaram e os camponeses ficaram desesperados sem saber o que fazer, se espalhando pelos campos e transformando-se em desesperados assaltantes de estradas, ladrões e mendigos.

Diante desse caos surgiram várias leis que tinham como pretensão repreender de forma severa a mendicância e a vagabundagem que cresciam cada vez mais na Europa, sobretudo na Inglaterra. Maurício Dobb (apud RESENDE, 2001, p. 24) mostra que neste período:

Empreendeu-se em toda a Europa draconiana repressão à mendicância, à vagabundagem e à ociosidade voluntária ou não. Na Inglaterra, uma lei de 1496 determinava que os vagabundos e ociosos deviam ser postos no tronco por três dias e noites e, em caso de reincidência, surrados com chicote e ter um colar de ferro afixado ao pescoço. Outras formas de punição incluíam a marcação do corpo com um ferro em brasa e até a pena de morte para os recalcitrantes. Na França, os trabalhadores que abandonavam o trabalho eram caçados como os desertores das forças armadas e eventualmente condenados às galés. Os pais que se recusavam a mandar seus filhos para o trabalho na indústria eram sujeitos a penas de pesadas multas e prisão.

Dessa forma, a criação de instituições com a finalidade de tornar o controle mais sistemático foi muito recorrente, sobretudo na França e na Inglaterra. Casas de correção de mentes desajustadas e comportamentos fora da norma surgiram juntamente com casas de trabalho e os hospitais gerais. Na França a criação do Hospital Geral, em 1656, serve como marco norteador da institucionalização da loucura e a inauguração de seu tratamento moral, largamente discutido por vários historiadores. Baseados na punição, através do trabalho forçado e da vigilância constante, essas casas foram mais lugares de punição e disciplinarização moral que lugares de cura e tratamento. Com práticas de reclusão total, pretendiam manter os desajustados fora do convívio com aqueles mais aptos para o universo do trabalho e as rotinas pesadas das fábricas. No entanto, no interior dessas instituições a ideologia capitalista era muito presente, através da implementação da laborterapia no interior dessas casas, chamadas naquela época de *Workhouses*, os internos

trabalhavam cumprindo rotinas rigorosas, bem parecidas com as rotinas que os trabalhadores externos exerciam nas indústrias. Ninguém ficava livre do espírito capitalista que se despontava no horizonte com força cada vez maior.

Assim, fica claro que mundo burguês em processo de ascensão constante, o pecado por excelência era, sem sombra de dúvidas, a ociosidade. Todos aqueles que residiram nas casas de internamento, com certeza, tinham em comum a incapacidade de inserção nos modos de produção, circulação e acúmulo de riquezas. É por isso que esse período, chamado por Foucault (1987) e Robert Castel (1978) de o período da “grande internação”, pode ser pensado como o momento de reestruturação do espaço social. Como mostram Barros & Egry (2001, p. 26):

Bicêtre e Sapêtrière foram estabelecimentos de internação que além de loucos, encerraram os inválidos pobres, os velhos na miséria, os mendigos, os desempregados, em resumo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, davam mostras de alteração.

Alteração, nesse sentido, não das faculdades mentais, mas alteração em relação aos padrões de referências tidos como “normais” naquela época. Em um momento fortemente marcado pela velocidade e pelo dinamismo crescentes, certamente era uma grande “loucura” viver vadiando pelas ruas. O “desbunde” era uma prática viciosa que, além de ser condenado pelos donos do relógio e do poder, era terminantemente condenado pelas religiões, sobretudo o puritanismo. Em “A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo”, por exemplo, Marx Weber mostra como a ociosidade era combatida pelo puritanismo. Neste trabalho, de muito fôlego, Weber parte dos escritos teológicos para explicar a aproximação da ética do Protestantismo com a ideologia capitalista. Através de estudos do protestantismo do século XVIII, ele analisa os seus pressupostos para reiterar tal proposição. Segundo o autor, os ascetas ingleses eram desvinculados de todas as formas de manutenção de bens materiais, para eles, as pessoas deveriam ter apenas o necessário para sua sobrevivência. Na verdade, os puritanos negavam o acúmulo de riquezas porque estas proporcionavam ao indivíduo o desejo do desfrute e do gozo, além de comodidade, o que não era aceito, pois segundo esta ideologia os indivíduos foram feitos para trabalharem e não para se divertirem. Mas se eles foram feitos para o trabalho e não para o desfrute, para onde iria o dinheiro fruto de seu fervoroso labor? É justamente isto que Weber procura saber nesse trabalho.

De acordo com os preceitos da ideologia puritana, a riqueza só não pode ser usada em benefícios próprios, mas se for para o bem de Deus ela não é somente aceita, mas necessária. Como os nobres não podiam se entregar ao exercício do comércio, o governo inglês promovia torneios ou formas similares de lazer para distraí-los. Os puritanos, em contrapartida, questionavam a fundo tal iniciativa, pois, para eles, os indivíduos deveriam trabalhar ardentemente exercendo cada um a sua vocação, e não se entregando aos prazeres e deleites da vida mundana. O teatro, a dança, a poesia e a arte como um todo, eram mal vistas aos olhos dos puritanos, pois além de ser uma grande perda de tempo, era vista como capaz de gerar muitos gastos. Não que eles não tivessem conhecimentos culturais, muito ao contrário, eram dotados de um vasto repertório de conhecimentos renascentistas, mas se fossem praticadas, não deveriam envolver gastos. O homem deveria usar seu dinheiro para gerar lucros. Já que o homem precisava somente do necessário para sua sobrevivência, o restante era totalmente guardado.

Convém lembrar que, segundo a ideologia do ascetismo puritano, o homem deveria trabalhar exercendo sua verdadeira vocação, para então receber o dom da graça divina. Para saber quem era agraciado divinamente analisavam-se os sucessos. Aquele que tinha sucesso na vida, que progredia, era visto como o portador da graça divina, enquanto aquele que não se dava bem na vida (pobre), era visto como o desgraçado, o preguiçoso, aquele que era mal visto aos olhos de Deus por não gostar de trabalhar, missão que deveria cumprir na Terra, para ter a salvação eterna. Em termos marxistas, esta é uma clara justificativa para as diferenças de classes, pois aquele que trabalha se dá bem na vida enquanto o pobre é visto como aquele que não trabalha ou não encontrou sua verdadeira vocação.

A forma de vida puritana proporcionava ao indivíduo, dessa maneira, os meios necessários para o aumento de sua riqueza. Não obstante com o acúmulo cada vez maior, o homem foi se tornando a cada dia mais econômico. Dessa forma, paralelo ao acúmulo de capital, crescia também o seu desejo de desfrutar de suas paixões, dos seus prazeres contidos, da luxúria, do fetiche, fazendo emergir uma ideologia que, segundo Weber, posteriormente tornar-se-ia o fulcro da ideologia capitalista. Como vimos a ascese orientava todo o seu vigor contra uma única atitude: a de desfrutar espontaneamente a vida e todos os prazeres que ela proporcionava. A vida puritana favoreceu, dessa maneira, o surgimento de uma vida racional e terminantemente burguesa (Cf.: WEBER, 1992).

E foi justamente em nome da manutenção dessa vida burguesa que os “vagabundos”, “vadios”, alcoólatras, prostitutas, homossexuais ou simplesmente pobres e desajustados foram seqüestrados e trancados nas casas de correções e nos manicômios, postos à margem da sociedade e da civilização. Assim como mostra Castel (1978), a problemática moderna da loucura se configura a partir do final do século XIX quando em 27 de março de 1790 a primeira Assembléia Constituinte Revolucionária da França decretava no artigo Nove da lei que abolia a “*Lettres de Cachet*” os elementos que constituiriam o estatuto social e antropológico da loucura. Segundo tal decreto:

As pessoas detidas por causa de demência ficarão, durante três meses, a contar do dia da publicação do presente decreto, sob os cuidados de nossos procuradores, serão interrogadas pelos juizes nas formas de costumes e, em virtude de suas prescrições, visitadas pelos médicos que, sob supervisão dos diretores de distrito, estabelecerão a verdadeira situação dos doentes, a fim de que, segundo a sentença proferida sobre seus respectivos estados, sejam relaxados ou tratados nos hospitais indicados para esse fim (Ministério do interior e dos cultos, *Législation sur les alienes et les enfants assistés* t. I, Paris, 1880, p. 1, apud. Castel, 1978, p. 9).

Essa passagem da legislação para alienados serve para nos mostrar que os asilos terapêuticos, mais que lugares de assistência, transformaram-se em verdadeiros lugares de reclusão, isolamento e disciplinarização. Além disso, evidencia o surgimento de uma nova configuração dos espaços de construção dos discursos e saberes sobre a demência que passa a exigir, dessa forma, lugares específicos para sua assistência.

Esta foi uma característica que também marcou o modelo discursivo e assistencial da psiquiatria brasileira. No entanto, no Brasil, a loucura só passou a ser vista como um problema social e moral por volta de meados do século XIX. A presença dos loucos em território brasileiro data de tempos muito mais remotos, mas a sua presença só se tornou amplamente visível quando se pretendeu reestruturar o espaço social com a chegada da família real no Brasil no ano de 1808. Dom João VI procurou implementar no país um projeto de modernização ao estilo europeu e elevar a capital do país, Rio de Janeiro naquela época, aos moldes das grandes capitais européias. Para tanto era necessário começar eliminando tudo aquilo que trazia a idéia de atraso e negava os princípios da nova ordem a ser estabelecida em solos brasileiros. Dessa maneira:

[...] o doente mental, que pôde desfrutar, durante longo tempo, de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade, teve esta liberdade cerceada e seu seqüestro exigido, levado de roldão na repressão a indivíduos que, por não conseguirem ou não poderem se adaptar a uma nova ordem social, se constituíram em a ameaça a esta mesma ordem (RESENDE, 2001, p. 29).

A loucura no Brasil manteve-se silenciosa por muito tempo, talvez isso se deva ao fato de que no Brasil existiu certa tolerância em relação aos loucos que, como nos tempos medievais, vagavam livremente pela vastidão do território brasileiro. É pouco freqüente a sua presença em narrativas de viajantes ou cronistas da época. Conforme Resende (2001, p. 31):

[...] É de supor, segundo a tendência histórica universal, que aos loucos pobres, desde que mansos, se permitia errar pelas cidades, aldeias e campos, sujeitos aqui e ali aos motejos da criançada, vivendo da caridade pública: um prato de comida ou uma roupa em troca de pequenos serviços ou mesmo nada.

Os loucos de famílias abastadas ou ficavam trancados em casa, sem fazer as suas aparições em praça pública, se furiosos eram amarrados e contidos em quartos próprios ou construções anexas à Casa Grande, ou então, como acontecia em alguns casos, eram encaminhados para a Europa para receberem tratamento psiquiátrico. A figura do médico ainda não havia feito a sua estréia em solos brasileiros. Medeiros (1993) afirma que no período colonial, a loucura não se encontrava incluída na lista dos males e nem sequer nos projetos das instituições médicas e psiquiátricas. Reproduzindo um texto de Juliano Moreira ele diz o seguinte:

Os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranqüilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa quando as condições físicas dos doentes o permitiam e nos parentes, por si ou por conselho médico, se afigurava eficaz a viagem. Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranqüilos, vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo entregues à chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente (Juliano Moreira apud MEDEIROS, 1993, p. 75).

Analisando romances do século XIX, como Lima Barreto e Machado de Assis, a historiadora Maria Clementina da Cunha lembra as faces da loucura nessa época. Ela também verificou a diferença com que os ricos percebiam o universo da loucura e tratavam

os seus loucos. Em um texto publicado na Revista de História, cujo dossiê falava da História da loucura e da Psiquiatria no Brasil, a historiadora revela que: “Trancafiar os dementes era a solução possível para quem habitasse casarões senhoriais, com criados discretos e dedicados. Para a maioria das famílias, porém, os loucos eram mantidos livres, em convivência com a vizinhança ou entregues à própria sorte” (CUNHA, 2005, p.p. 27-28).

No entanto, só era permitida esta circulação dos loucos pelo espaço público caso não transgredissem as leis sociais, morais e políticas; atitudes criminosas, e que contrariassem os princípios da norma vigente, eram amplamente punidos com a prisão, quando não eram recolhidos à Santa Casa de Misericórdia ou, quando abastados, eram devolvidos às suas famílias. O Artigo XII do Código Criminal de 1830 aponta que: “Os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente” (Apud, ENGEL, 2001, p. 184).

Nota-se, pois, nesta passagem do Código Criminal de 1830, a classificação dos comportamentos e condutas dos loucos segundo seus critérios de periculosidade. Crimes relativos às ofensas da moral e do bom costume, assim como à vadiagem e à mendicância eram os mais graves e levaram muitos loucos às prisões, sobretudo, na cidade do Rio de Janeiro, a partir de meados do século XIX.

Não obstante, a transformação dos escravos em homens livres e a vinda de grande número de imigrantes para o Brasil para trabalharem nas lavouras de café, fizeram surgir a necessidade de uma nova reconfiguração dos espaços rurais e, sobretudo, urbanos. O grande número de pessoas sem emprego, aos poucos, penetrava a cena urbana praticando pequenos furtos e cometendo crimes. Latente por mais de trezentos anos, a loucura fazia então a sua entrada triunfal na cena urbana, convivendo juntamente com “vadios”, ex-escravos, imigrantes, prostitutas, sodomitas, sífilíticos, e foi arrastada na rede comum de repressão à desordem, à mendicância e à ociosidade. Segundo Resende (2001, p. 35):

Nas ruas, a presença dos doidos (como de resto dos outros marginais) se fará notar pelos “seus grotescos andrajos”, seu comportamento inconveniente e pela violência com que, às vezes, reagem aos gracejos e provocações dos passantes [...]. As santas Casas de Misericórdia incluem-nos entre seus hóspedes, mas dá-lhes tratamento diferenciado dos demais, amontoando-os em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, seus delírios e agitações reprimidos por espancamentos ou

contenção em troncos, condenando-os literalmente à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas.

É como uma espécie de resposta a essa situação caótica que a medicina entra em cena fazendo valer o seu discurso de saber e poder sobre a saúde e a doença. É necessário lembrar que no Brasil, até o século XIX, a presença do médico não era comum em hospitais e nem sequer as observações médicas se davam no seio da instituição hospitalar, quer dizer, o médico atendia em residências e somente famílias abastadas que possuíam, naquela época, médicos particulares ou da família. A qualificação do médico era feita através da transmissão pessoal de conhecimentos àqueles que praticavam medicina, além disso, “a situação era de uma virtual inexistência de médicos formados e a persistência e aceitação de uma ‘medicina popular’ que escapava ao controle do corpo médico”. Em um país em que diversas raças e culturas sempre viveram em promiscuidade, em que o sincretismo sempre foi muito marcante e fortemente presente, as práticas populares de promoção da saúde, cura e controle das doenças, estiveram sempre presentes. Talvez isto tenha contribuído para o tardio surgimento da ciência médica e das escolas responsáveis pelo seu ensino no Brasil.¹

Assim, partilhando das idéias de Cunha (2005), Engel (2001) e Resende (2001), acredito que o século XIX foi não somente o século das grandes transformações políticas, econômicas e sociais do Brasil, mas, também, o “século de ouro” do alienismo e da medicina no Brasil. Um momento fortemente marcado pela reconfiguração dos discursos e práticas psiquiátricas no país. Isto porque as grandes transformações desse momento repercutiram em grande medida no avanço das ciências biológicas e médicas, sobretudo. Como mostra Roberto Machado, é um período em que a medicina inaugura duas de suas características principais. A saber: “a penetração da medicina na sociedade, que incorpora o meio urbano como alvo da reflexão e da prática médicas, e a situação da medicina como apoio científico indispensável do exercício do poder do Estado” (Cf.: MACHADO *et al.*, 1978, p. 155).

A criação das escolas voltadas para o ensino e a arte de curar também datam desse período. Nas palavras de Machado (*idem*, p. 194): “(...) o projeto médico defende e justifica uma sociedade medicalizada, lutando por uma posição em que o direito, a

¹ As Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia só foram criadas no ano de 1832, anteriormente a isso existia a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, criada em 1829, mas que não formava médicos. Antes da criação das Faculdades de Medicina no Brasil, os médicos eram formados na Europa, sobretudo em Portugal (Cf.: Russo, 1993).

educação, a política, a moral seriam condicionadas a seu saber”. Assim, em nome de uma ciência fortemente embasada, a partir de 1830, o discurso médico passa a justificar a importância da Medicina para o avanço do país e desenvolvimento da nação, através da criação da chamada medicina legal. A importância desse tema dentro do campo da ciência se faz presente no discurso proferido por José Martins da Cruz Jobim na ocasião da abertura do seu curso de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro:

(...) A medicina legal torna-se cada vez mais importante e indispensável à medida que a civilização avança, que o regime legal se consolida e com ele as fórmulas garantidoras da liberdade e segurança individual. Em um governo despótico como são os da Ásia e da África, esta ciência é absolutamente inútil (...) mas ao mesmo não acontece onde os direitos do homem são religiosamente respeitados, onde antes de punir-se o criminoso é necessário estabelecer de uma maneira incontestável a materialidade do seu delito.²

Funciona como uma polícia médica, responsável pela defesa do homem da terra, do “povo”, antes visto como atrasado e retrógrado, como o personagem “Jeca Tatu” de Monteiro Lobato, sujeito à contração de doenças e vermes de todas as sortes. A Medicina, neste sentido, procurou formas de afastar o perigo eminente das pestes e epidemias que rondavam as cidades. Para tanto, promoveu uma intensa campanha de higienização e limpeza dos espaços rurais e principalmente urbanos. Promoveu, dessa maneira, a criação de cemitérios fora da cidade, e as sepulturas, que antes abrigavam diversos corpos, passaram a abrigar um, dois ou no máximo três corpos, observando o tempo de remoção e extinção dos cadáveres para que não fossem revolvidas carnes em putrefação.

Mais que uma prática de cura, controle e profilaxia das doenças, a Medicina aparece, neste momento, como um mecanismo através do qual o poder do Estado sobre os corpos e as mentes dos cidadãos se fazia valer. Através do seu discurso de verdade sobre os males que assaltam as instâncias do corpo e da mente, a ciência médica promovia certo controle sobre a própria existência dos indivíduos. Com uma proposta puramente analítica promovia uma espécie de fragmentação dos corpos em que as partes se tornavam mais fáceis de serem assistidas e manipuladas. É justamente por este motivo que a Medicina neste momento deixa de ser apenas uma ciência responsável pela intervenção técnica sobre as doenças e passa a ser um veículo de controle político e normatizador, cujo discurso

² Discurso com que José Martins da Cruz Jobim abriu o seu curso de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. *Revista Fluminense*, n. 1, abril, vol. II, 1836, p. 23.

ultrapassa as barreiras da ciência para adentrar no campo do político, do simbólico, introduzindo-se nos meandros mais profundos da sociedade.

Assim como a Medicina, o médico também não aparece como um indivíduo qualquer, muito ao contrário, ele aparece como aquele que é capaz não somente de agir sobre a doença, mas impedi-la de aparecer. É uma figura quase profética, que julga conhecer a doença em seu cerne, compreender as suas causas e efeitos e que, por este motivo, é capaz de impedir o seu surgimento. Enfim, é um sujeito responsável, sobre todas as coisas, de manter a norma e a moral da sociedade através de suas ações políticas e, é claro, de seu saber. Segundo Machado (1978, p. 155):

(...) O médico político deve dificultar ou impedir o aparecimento da doença, lutando, ao nível de suas causas, contra tudo o que na sociedade pode interferir no bem-estar físico e moral (...). Se a sociedade, por sua desorganização e mau funcionamento, é causa de doença, a medicina deve refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais visando a neutralizar todo perigo possível. Nasce o controle das virtualidades; nasce a periculosidade e com ela a prevenção.

O que o médico faz, nas palavras de Roberto Machado, é promover uma “medicalização da sociedade”. Seu olhar percorre todos os espaços, intervém sempre que achar necessário; penetra todos os ambientes, sejam eles da ordem do público ou do privado, nenhum detalhe escapa ao seu olhar analítico e metucioso. Perpassa pelas estatísticas, a geografia, a demografia, a topografia e a história, interferindo diretamente na configuração dos espaços urbanos e organização das cidades. Analisa a viabilidade de novas construções e avalia as condições de salubridade e de habitações. Enfim, não existem fronteiras capazes de conter a sua ação, ele vai e vem quando quer, intervindo de forma direta em tudo o que diz respeito à saúde. Como mostra Machado (Idem, p. 156):

(...) A partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma tecnologia de poder capaz de controlar e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante – sejam quais forem as especificidades que ele apresente – em um ser normalizado; e a certeza de que a medicina não pode desempenhar esta função política sem instituir a figura normalizada do médico, através

sobretudo da criação de faculdades, e produzir a personagem desviante do charlatão para a qual exigirá a repressão Estado.

Quer dizer, subsidiada pelo seu discurso científico e amparada pelo poder do Estado, a Medicina requer para si o direito exclusivo e inalienável de dizer a verdade sobre a doença, além da única capaz de promover a saúde e o bem-estar. Assim, combate o charlatanismo e condena qualquer ação que não se baseie nos princípios insofismáticos da ciência médica. Institucionaliza, dessa forma, o doente e a doença e transforma o hospital não somente em um lugar exclusivo de sua atuação, mas, sobretudo em uma verdadeira “máquina de curar”.

Ela transforma a loucura em doença, mas uma doença diferente, que, justamente por ser diferente, exige um tipo específico de medicina para tratá-la, ou seja, a psiquiatria. Dessa maneira ela passa a exigir novas formas de saberes e se fragmenta em campos específicos de ação. A psiquiatria, nesse sentido, é um campo desse saber que se constitui dentro desse movimento de inserção da medicina no seio social. É um saber que, ao mesmo tempo em que parte da ciência médica, também reivindica um espaço e dispositivos próprios de ação.

Os hospícios, vistos dessa forma, mais que lugares de recolhimento, constituem-se em espaços de ação de uma medicina específica, ou seja, a medicina psiquiátrica. Pretendiam ser espaços referenciais no tratamento e na cura das doenças mentais, que naquele momento, estavam intimamente ligadas às imoralidades e à higiene pública. Como diria Maria Clementina Cunha (1986, p. 21), estes hospícios “constituem, em outras palavras, um espaço médico destinado a indivíduos que já não cabiam na ordem social, sob o comando de ‘especialistas’ de uma modalidade médica que então se inaugurava”.

O alienismo deixa, dessa forma, de ser exclusivamente um elemento de gestão burguesa e se institucionaliza em casas de internamentos, com uma proposta de medicalização total da loucura. Para tanto, fez-se extremamente necessária à criação de casas especializadas para o tratamento dos loucos de todas as sortes. É certo que, inicialmente, o alienismo visou a regeneração do indivíduo doente, mas diante das condições de higiene e saúde pública deploráveis, passou a compreender um enfoque, sobremaneira, social. Assim as atenções voltaram-se, sobretudo, para a limpeza e disciplinarização dos centros urbanos. Não interessava saber, dessa maneira, a origem da loucura, mas sim a extirpação de todas as formas de contradição em relação aos projetos de modernização e às ideologias do progresso. Nos centros urbanos, o louco só tem um lugar,

a saber, os hospícios ou casas de correção. Um espaço que em toda a história representou o espaço da exclusão em relação à norma instituída, à civilização e à moral burguesas.

Nesse sentido, a emergência do alienismo com todo o seu vigor não pode ser pensada em dissonância à ideologia capitalista e à sua natureza social. Conforme Scull e Rothman (Apud. CUNHA, 1986, p. 22):

O surgimento do asilo, em sua forma moderna, deve ser creditado, sobretudo, à emergência de uma economia de mercado capitalista e à ‘mercantilização da existência’ dele decorrente – fenômenos cujas raízes ‘espraiam-se numa extensão muito maior e em direções mais complexas, na natureza do capitalismo como um fenômeno social’.

Aqui partilho novamente do pensamento de autores como Robert Castel, Michel Foucault, Roberto Machado e Maria Clementina Cunha no que diz respeito à relação existente entre ideologia e capitalismo, pois o interesse em revitalizar os centros urbanos passa a ter uma relação intimamente direta com os preceitos do capitalismo moderno que se imprime com todo vigor no pensamento social desse período. O “seqüestro”³ do louco, nesse sentido, não pode ser pensado dissociado das realidades ideológicas que se configuram no imaginário dessa época. Não é só a doença que preocupa, mas, sobretudo, a possibilidade de aumento da desordem advinda dos comportamentos daqueles que não combinam com o ideal de progresso e civilização a ser implantado. Em outras palavras, a doença passa a ser secundária em relação ao corpo que a carrega; importa muito menos saber quais os mecanismos que competem para o processo de adoecimento psíquico que as atitudes e comportamentos que revelam as características de uma mente ensandecida, a saber, ações que contrariam as regras e as normas sociais.

Assim é possível perceber que os discursos psiquiátricos, bem como as práticas alienistas, relacionam-se intimamente com a questão do aumento das cidades e dos projetos de modernização dos centros urbanos. A questão nodal repousa sobre a natureza social do desenvolvimento do capitalismo, cujas relações mais bem articuladas se dão nos grandes centros urbanos. Não é de surpreender o fato de que nas cidades as relações de

³ Aqui tomo emprestado o termo utilizado por Robert Castel (1978). Não obstante, enquanto o autor utilizava este termo para mostrar que no final do Antigo Regime na França, o executivo e o judiciário compartilhavam do direito de baixar “ordens” legitimando o enclausuramento; utilizo para me referir às internações involuntárias ou forçadas, na maioria das vezes pela polícia e autoridades governamentais.

classes são mais bem visíveis e suas diferenças revelam as contradições geradas pelo sistema. Dessa maneira:

[...] é evidente que o espaço urbano potencializa as contradições entre as classes sociais, conferindo aos movimentos de trabalhadores uma outra visibilidade e um poder de contestação consideravelmente ampliado [...] mais que movimentos de reivindicação e contestação do proletariado, é a própria questão da disciplina cotidiana, da normalização e adestramento das populações urbanas que parece afligir os seus contemporâneos (CUNHA, 1986, p. 23).

Fascinante, bela, misteriosa, é assim que a cidade passa a ser representada no imaginário dessa época. Fortemente marcada pela industrialização, movimentos contínuos, “vai e vem” dos trabalhadores das fábricas, uma nova realidade que conquista os indivíduos pelo seu poder de encantamento. Uma nova estrutura moderna e “colorida” que mexera com as sensibilidades dos europeus do século XIX, movidos pelo desejo de grandiosidade e prestígio, e que agora passava a mexer também com a imaginação do homem brasileiro, encerrado nas grandes cidades como Rio de Janeiro e São Paulo principalmente.

Não obstante, os indivíduos despossuídos viviam o outro lado dessas contradições; a multidão não apenas se deleita com as novidades, mas se assusta freqüentemente com a monstruosidade dessas verdadeiras “selvas de pedra”. A mesma cidade que produz o encantamento das sociedades burguesas, também produz a fome e a miséria em larga escala, um grande número de despossuídos perambulava pelas ruas, sem rostos e sem destinos, transformando-se em verdadeiras ameaças para a ordem e a beleza vitoriana dessa época de ouro para as mentes burguesas. Aquela gente despossuída vagando pelas ruas com suas feições tristes, semblantes fortemente marcados pelos efeitos deletérios da máquina, torna viva e presente a imagem da pobreza e da degradação, portanto, aos olhos dos integrantes do “clube burguês” passa a ser vista como fortemente ameaçadora e perigosa.

Os centros urbanos aos poucos deixam de ser encantadores e passam a ser vistos como lugares do perigo, do crime, da pobreza. A figura do *Jack estripador*, na Inglaterra do século XIX, por exemplo, serve como referência para se pensar o perigo que ronda as noites urbanas. Além de um lugar habitado pelo crime, a pobreza também ameaça pelo perigo iminente de epidemias, pestes, e doenças infecto-contagiosas. Os pobres acabam sendo responsabilizados pelas desgraças que afetam a sociedade. As campanhas

sanitaristas, surgem como forma de promover o controle profilático dessas doenças, através de intervenções, na maioria das vezes, autoritárias nos espaços habitados pela pobreza e pelos pobres.

Transformada pela industrialização, a cidade tornara-se um espaço físico e um espaço social totalmente diferente. Habitada por todas as espécies de gente, as cidades dispunham de grandes contingentes de pessoas e demandas para as mais diversas atividades. Sejam “exércitos de reserva”, como diria Marx, ou vadios que nem ao menos serviriam para ocupar espaços nos interiores das fábricas, o fato é que o povo não deixava de surgir com mais e mais intensidade. Migravam dos campos para as cidades, além de grande contingente de imigrantes que aportavam de diversas partes do mundo, engrossando ainda mais a massa de desocupados, desempregados e “vadios”. Assim, aqueles que não serviam como mãos-de-obra para as fábricas, acabavam se transformando em demandas contingenciais para os asilos e prisões. O que não era permitido era a permanência desses “seres imorais” no interior das cidades.

(...) é contra um meio tornado hostil, pela grande concentração de indivíduos e seu relacionamento irracional e desordenado, que a medicina deve proteger o próprio homem. Impedir a ação destruidora a que o homem é levado por suas paixões desregradas e seus instintos cegos é organizar positivamente a cidade em seus aspectos mais variados, heterogêneos, díspares, mas ao mesmo tempo inter-relacionados, confluentes, dependentes (MACHADO *et al.*, 1978, 260).

Como mostra Castel (1978), analisando o caso da Europa e, principalmente, da França, a prática da internação foi uma grande saída para aqueles que pretendiam se verem livres dessas massas de desocupados. O tratamento da loucura, no século XIX passa, dessa forma, a ser um tratamento moral. Fizeram-se necessários mecanismos de classificação da loucura para que fosse possível o exercício de um controle intenso desses indivíduos que eram frequentemente “seqüestrados” e trancados nos asilos. Talvez seja esta a maior característica da medicina neste momento, porque além de estar intimamente relacionada aos problemas da saúde e da doença, ela também se relaciona com a moral. Procura, assim, regular o meio urbano que se encontra “desbaratinado” promovendo a normatização dos elementos desconfigurados ou, talvez, desviantes. É por isso que o seu principal campo de ação é a cidade, que reúne em seu seio a modernização e o desenvolvimento, mas, ao mesmo tempo, a desordem que se transforma na principal causa do adoecimento da população. Quer dizer, era preciso promover uma transformação dos pensamentos dos

indivíduos para que pudessem acompanhar o desenvolvimento das cidades, se adequando de forma acertada e profícua. Assim:

Pretendendo controlar a vida social, estendendo-se pela cidade como um todo com o objetivo de corrigir a desordem que ela acarreta, a intervenção normalizadora da medicina deverá ser tão constante quanto a corrupção do meio ambiente e o perigo que o caracteriza. Somente o olhar conhecedor e autoritário do médico e seus subordinados, percorrendo permanentemente a cidade, poderá detectar os locais de perigo atual ou virtual. Só assim a saúde pública, capital para o bom funcionamento do Estado, estará assegurada. A medicina é portanto fundamento racional de uma boa política de governo, o que significa que o tipo de poder que a caracteriza implica necessariamente uma medicalização da vida social. A prevenção médica é uma garantia da saúde e da segurança pública (Cf.: MACHADO *et al.*, 1978, p. 261).

As primeiras classificações do alienismo basearam-se na descoberta da monomania por Esquirol e, posteriormente, da degenerescência, por Morel. Baseada, exclusivamente no organicismo, a loucura passou a ser vista como decorrente de disfunções orgânicas da mesma forma que as doenças físicas. Além da criação de modelos nosológicos, fez-se necessário, igualmente, a criação de espaços adequados para o tratamento do louco e o silenciamento da loucura. No final do século XIX, foram criados os Hospitais colônias, com espaços abertos e práticas terapêuticas baseadas no trabalho como a laborterapia.

1.1- “Os Palácios para guardar doidos”

No Brasil a assistência psiquiátrica sistematizada foi inaugurada em 1852 com a criação do *Hospital psiquiátrico Dom Pedro II*, na cidade do Rio de Janeiro. Antes da criação desse grandioso complexo hospitalar a assistência psiquiátrica aos doentes mentais era prestada pelas Santas Casas de Misericórdia. Na verdade, o projeto de criação do *Hospital de Dom Pedro II* data do ano de 1841, como comemoração à ascensão ao trono do novo imperador, mas a sua inauguração só se deu dez anos depois. Carregou o nome do imperador até o ano de 1889 quando, após a proclamação da República, passou a se chamar *Hospício Nacional de Alienados* e posteriormente *Hospital Nacional de Alienados*.

A criação do Hospital psiquiátrico Dom Pedro II é celebrada pela psiquiatria como a conquista de um espaço específico para o recolhimento do louco e da loucura e também como um lugar onde seria possível dispor de uma série de dispositivos e instrumentos que tornariam eficaz a sua intervenção. É a conquista não somente de um espaço físico e

geográfico, mas, sobretudo, a conquista de um espaço simbólico, em que o poder se concentraria nas mãos do médico enquanto o alienado ficaria submetido ao seu saber. Espaço em que as práticas terapêuticas seguiriam os preceitos marcados por uma verdadeira “pedagogia da norma”. A criação de lugares específicos, afastados do meio social, possibilitaria uma maior liberdade para o desenvolvimento de meios de intervenção e formas de tratamento. ⁴Dessa maneira, a criação do Hospital Nacional de alienados decorre de inúmeros protestos médicos contra a situação deplorável em que os loucos se encontravam dispostos de qualquer maneira no interior das Santas Casas de Misericórdia. Vivendo daquela forma poucas chances lhes restavam.

De fato, em meio à grande promiscuidade e situação deplorável em que viviam os internos das Santas Casas, com a escassez de infra-estrutura e espaços adequados para o tratamento, seria impossível qualquer tipo de intervenção da psiquiatria. Além disso, “seres” de diferentes sexos e idades conviviam juntos, sem nenhum cuidado específico que respeitasse as suas diferenças de gênero e condições mentais. Se era lamentável a situação em que os homens se encontravam, a situação das mulheres alienadas era ainda pior. Nas palavras de Roberto Machado:

Deplorável sobretudo é a situação das alienadas. Vivem encarceradas em estreitos cubículos, privadas de toda e qualquer vista, que até a do céu lhes é vedada, e do ar necessário para a vida, recebendo apenas uma escassa luz emprestada. Assim, as desgraçadas vão caminhando para o cemitério, definhadas, tísicas ou hidróficas (MACHADO *et al.*, 1978, p. 427).

Inúmeras foram as críticas a este modelo de assistência que pouca eficiência apresentava, na verdade, o que qualquer indivíduo poderia esperar depois de cair nos porões da Santa Casa era morrer um pouco a cada dia até que se definharia por completo encerrando sua medíocre existência debaixo de “sete palmos” de terra no terreno anexo à Santa Casa de Misericórdia.

Assim, com a ascensão da maioria Dom Pedro II, pretendeu-se difundir a imagem de um rei filósofo, pai dos desvalidos e dos oprimidos. A construção do Hospício

⁴ No entanto, convém lembrar que, diferentemente da França, no Brasil a criação do asilo para alienados foi expressão do regime monárquico centralizador gerado a partir de um consenso de elites (Teixeira, 1999, p. 85), não foi à toa que recebeu o nome do imperador. É possível compreender, nesse sentido, a limitação da ascensão da classe médica, pois o que se procurou no início foi a afirmação e sustentação de um poder central monárquico que tinha a instituição religiosa como importante aliada, assim, nos primeiros anos da criação do Hospício a assistência manteve suas características predominantemente religiosas.

na Praia Vermelha⁵, com vista para a Enseada de Botafogo, no Rio de Janeiro, serviu, dessa forma, para reafirmar esta imagem positiva que se pretendeu difundir do novo imperador. O responsável pela criação do hospital foi José Clemente que após tomar todas as medidas necessárias criou o Hospício de Pedro II a partir do decreto de Julho de 1841. Convém lembrar que os médicos foram os responsáveis pela escolha do hospício, montando uma instituição de características idênticas às do modelo francês elaborado basicamente por Phillippe Pinel e Esquirol. Neste sentido, a construção do hospício apresenta-se não somente como ascensão do imperador, mas, sobretudo, como símbolo da civilização que se instalava na capital e como parte do projeto normalizador da medicina que se instaurava no império.

Dessa maneira o HNA procurava “inserir como doente mental uma população que começava a aparecer como desviante aos olhos da medicina nascente” (Machado, 2002, p. 9). Para tanto procurou alcançar os seguintes objetivos:

(...) isolar o louco da sociedade; organizar o espaço interno da instituição, possibilitando uma distribuição regular e ordenada dos doentes; vigiá-los em todos os momentos e em todos os lugares, através de uma ‘pirâmide de olhares’ composta por médicos, enfermeiros, serventes...; distribuir seu tempo, submetendo-os à realidade do trabalho como principal norma terapêutica (...) (Cf.: PORTOCARRERO, 2002, p. 9).

A principal característica do modelo de assistência psiquiátrica neste momento não foi o modelo científico, mas o isolamento. Fruto das influências sofridas pelo médico francês Philippe Pinel, o isolamento era visto como uma forma de manter o doente afastado do convívio com os seus familiares o que, no pensar dos médicos daquela época, marcados pelas idéias de Esquirol e Pinel, contribuiria em grande medida para a recuperação do doente, visto que as relações domésticas eram apontadas como a principal causadora do adoecimento do indivíduo. O hospício era visto, neste sentido, como o único local em que a cura seria possível. Nas palavras de Esquirol: “No hospício o que cura é o próprio hospício. Por sua estrutura e funcionamento, ele deve ser um operador de transformações dos indivíduos”. Assim:

Para isolar o louco, os médicos expõem motivos: a presença de parentes e amigos relacionados às causas da loucura irrita o mal e entretêm o delírio, enquanto o isolamento significa possibilidade de romper os hábitos do

⁵ Lugar onde hoje funciona o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB) na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

louco, ligados à sua loucura e que a revigoram constantemente; a família concorda com a vontade do louco, que adquire assim uma força desmedida e suas faculdades e convence-se mais da idéia de que todos o obedecem; quando ocorre uma desobediência ao chefe de família enlouquecido, este piora por não suportar o rompimento de uma relação reconhecida; muitas vezes, há tentativa de convencer o louco de seu erro e de seu delírio, fazendo com que este tente justificar sua conduta e discursos; as despesas e o medo atrapalham a vida familiar (MACHADO *et. al.*, 1978, p. 431).

A prática do isolamento existe até hoje, e sua justificativa ainda repousa no fato de que o contato com a família pode dificultar um prognóstico adequado e positivo. Mas na verdade o que se pretendia naquele momento, era encerrar o louco na instituição cortando todos os seus vínculos externos para que o trabalho de intervenção psiquiátrica se desse de forma livre e que o seu poder fosse inquestionável. A criação do asilo para alienados foi, sem sombra de dúvidas, expressão do regime monárquico centralizador gerado a partir de um consenso de elites, e pensando por este lado compreende-se que o isolamento correspondia aos reais interesses dessa elite que defendia a civilização e a modernização do país, e para tanto as marcas do atraso e da subversão deveriam ser isoladas e escondidas. O problema é que várias pessoas foram isoladas nas instâncias do asilo de forma indevida, apenas porque transgrediam as normas sociais vigentes; eram recolhidas pela polícia e permaneciam no asilo durante anos. O que se pretendia, na verdade, era resguardar os interesses da elite dos maus hábitos dos pobres que contaminavam a sociedade.

Não obstante, o isolamento não era apenas o suficiente. Era necessário adestrar, dominar, condicionar o indivíduo a se portar segundo a moral vigente. O tratamento moral era uma característica fundamental, não é à toa que um dos diagnósticos mais freqüentes neste período era o de loucura moral⁶, quer dizer, uma loucura relacionada às transgressões das normas políticas, sociais, culturais e, sobretudo, sexuais, dominantes naquele momento. Para exercer um trabalho eficiente de disciplinarização era necessário reestruturar este espaço assistencial, fragmentá-lo e especializar as suas intermediações dotando cada espaço de mecanismos capazes de promover um controle intenso e contínuo. Isolar por si só não traria resultados positivos, afinal de contas esta já era uma prática adotada nas Santas Casas de Misericórdia e que não obtivera sucessos, era preciso assistir, disciplinar e controlar.

⁶ O diagnóstico de loucura moral servia para classificar aqueles indivíduos que transgrediam as normas da moral vigente. Em outras palavras, eram indivíduos que praticavam atos considerados “imorais”. Dentre estes indivíduos se encontravam, sobretudo, prostitutas, homossexuais, alcoólatras e os perversos sexuais.

Ao contrário das Santas Casas, o hospício nasce de uma ideologia sistematizada; tem uma arquitetura própria, bem planejada, criada exatamente para fazer valer o seu poder. Possui alas destinadas exclusivamente para mulheres, assim como possui alas específicas para o público masculino. Possui também uma divisão por classes, pois as disposições de indivíduos de classes sociais distintas devem obedecer a uma hierarquia social. O hospício de Dom Pedro II, por exemplo, foi construído em duas partes simétricas, com uma forma de um retângulo com um bloco central separando essas duas alas laterais, cada uma contendo dois pátios internos. Cada divisão fora subdividida ainda em três classes. A primeira classe, que dispunha de quarto individual, a segunda com um quarto para dois alienados e a terceira, que recebia os indigentes, dispo de enfermarias gerais para 15 pessoas. Além disso, a distribuição dos indivíduos se dava pela divisão dos pensionistas de primeira e segunda classe em tranqüilos e agitados e os de terceira classe e indigentes em tranqüilos limpos, agitados, imundos e afetados de moléstias contagiosas.

Esta divisão de classes não se faz de forma despropositada, mas, ao contrário, ela mantém viva a ideologia política da época de que o louco de classe rica não era o mesmo louco da classe pobre, eles poderiam até apresentar a mesma psicopatologia, mas a sua classificação respeitava as suas distinções de classe.

Em suma, é uma divisão propositada que visa, dentre outras coisas, a manutenção da ordem e da disciplina no interior da instituição. Não é possível pensar, neste sentido, em uma identidade da loucura no interior desses asilos, aliás, poderia existir alguma identidade na loucura? O que diferencia a loucura do rico e do pobre não é apenas a sua maneira peculiar e única de experimentar as suas vivências, suas angústias, delírios, alucinações, devaneios, mas, sobretudo, o lugar que ocupa na hierarquia dos poderes representada por uma escala social com lugares e papéis bem demarcados. Neste sentido, as formas de tratamento também são diferenciadas, aos loucos abastados são dispensadas formas de intervenção mais grosseiras ou, digamos, violentas.

Assim, como forma de garantir o controle total sobre a ordem e a disciplina constantes, essas instituições passaram a contar com mecanismos rigorosos de vigilância. Para tanto, o corpo profissional foi dotado de enfermeiros responsáveis, sobretudo, pela manutenção da ordem, velando ainda pela limpeza e asseio dos internos, a fim de evitar a disseminação de distúrbios e doenças. Não é um controle apenas físico ou concreto, mas, sobretudo, simbólico, não é somente sobre o corpo do doente que o profissional age, mas sobre a sua mente, fazendo valer aos poucos o exercício eficiente do autocontrole. Nesse

sentido, partilho das idéias de Roberto Machado, que bebendo na mesma fonte de Foucault “o louco deve ser vigiado em todos os momentos e em todos os lugares. Deve estar submetido a um olhar permanente”.

Não é por acaso que o hospício apresenta uma arquitetura própria, esta construção planejada pelos médicos visa, além de tudo, o controle e a disciplina. Dessa maneira, o espaço precisa viabilizar a ocorrência dessa vigilância. O hospício planejado por Esquirol, por exemplo, tem apenas um andar e ele justifica este fato dizendo que, dessa maneira, o pessoal da vigilância ao passar pelos corredores pode visualizar com precisão o que ocorre dentro dos quartos, mas a sua visão é um pouco mais profunda, sistemática e estrutural, pois, além de facilitar o controle dos enfermeiros sobre os doentes, ele diz que um espaço planejado dessa forma ainda possibilita que os enfermeiros se vigiem entre si, além de serem mais facilmente vigiados pelos chefes da casa. Quer dizer, é uma estrutura onde as relações de poder são freqüentes e que para funcionar realmente estas relações precisam respeitar uma ordem de hierarquias desenhada claramente em forma de escalas de poder, onde o doente está subordinado ao enfermeiro, que por sua vez se subordina ao médico, que está subordinado ao seu chefe e assim por diante. Para que o sistema de vigilância seja eficiente é necessário que este seja espalhado por todos os cantos, sendo exercido em pontos diversos e por atores diferentes, mas o que não deve ser esquecido é que no topo dessa escala se encontra o médico, que sempre dará a última palavra. Ou seja, “o poder deve estar submetido ao médico como princípio de sua unificação”.

Assim, uma forma de manter o controle dos internos é submetendo-os a rotinas intensas de trabalho no interior do asilo. Como foi dito anteriormente a laborterapia foi uma prática amplamente utilizada na Europa, encontrando no Brasil grandes adeptos, como Juliano Moreira, Teixeira Brandão e Franco da Rocha. Pode-se dizer que esta foi a primeira terapêutica utilizada no Brasil. Isto porque: “O trabalho permite o controle de cada ato, de cada gesto; permite coordenar e ordenar o corpo e a mente. O trabalho é, portanto, em si mesmo, terapêutico, ocupando assim uma posição central no tratamento” (Cf.: MACHADO, *et al.*, p. 441). Mas o principal objetivo do trabalho no interior do asilo é, sem sombra de dúvidas, combater o ócio e a inércia, fazer uma distribuição do tempo, que é diferente no interior da instituição, além de preparar o indivíduo para o trabalho na ocasião de sua inserção na sociedade depois do tratamento.

No entanto, muito embora o trabalho fosse uma prática amplamente utilizada no interior da instituição asilar, convém lembrar que nem todos os internos entravam na

labuta. Não é de se estranhar que este fosse realizado pelos pobres e não pelos loucos ricos. No caso do Hospital de Pedro II, por exemplo, “não se terá os ricos nos trabalhos das oficinas, dos jardins, ou nos serviços do hospício, que são trabalhos de pobre, a que os psiquiatras não querem ou não podem obrigá-los” (MACHADO *et al.*, 1978, p. 442). Para os ricos eram criados jogos e bibliotecas, suas rotinas eram bastante diferenciadas da rotina dos pobres.

As rotinas, bem como as terapêuticas utilizadas no interior do hospício, poderiam até ser diferentes e variadas, mas o objetivo era, certamente, o mesmo: promover uma “docilização dos corpos”, colocando os corpos e espíritos de ricos e pobres sobre o total controle do alienista. O médico introduz o sentimento de culpa, suscita no doente o amor próprio, e faz valer o seu discurso, através da introjeção na cabeça do doente da idéia inquestionável de que ele é o único ser capaz de promover a cura, e assim ele faz, necessariamente o louco ter o desejo de ser curado por ele. Em outras palavras, “o médico acaba persuadindo o louco a aceitar e tornar seu comportamento ordeiro, ordenado, calmo, obediente” (MACHADO, *et al.*, 1978, pp. 444-445). Assim a eficácia do trabalho médico, bem como do funcionamento do hospício, reside em sua presença na sociedade como operador de cura.

* * *

Além do Rio Janeiro e São Paulo, outros estados brasileiros também passaram por um processo de construção de espaços específicos para o tratamento dos alienados. Por via de regras é possível situar que no Brasil, anteriormente ao surgimento do hospício, a assistência aos doentes era promovida pelas Santas Casas de Misericórdia e possuíam uma característica religiosa e filantrópica. Tinha mais uma característica de caridade aos pobres e despossuídos de todas as sortes, que médica ou de cura. Para lá iam os pobres, escravos, mendigos, loucos e também os órfão que naquela época eram abandonados nas “rodas dos expostos”⁷. Segundo Oda & Dalgalarondo (2005, p. 985):

⁷ A roda dos expostos consistia em um artefato de madeira que era fixado no muro ou na janela do hospital, possuía local onde era depositada a criança, sendo que ao girar o artefato a criança era conduzida para o lado de dentro do hospital, sem que a identidade de quem depositasse a criança fosse revelada. A roda dos expostos surgiu na Itália durante a Idade Média, como resultado de uma preocupação da Irmandade de

Sua principal intenção era dar aos necessitados um abrigo, alimentos e cuidados religiosos. Os estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados pobres, portanto, surgiram quase sempre como estruturas asilares, das Santas Casas de Misericórdia, bem antes que a psiquiatria existisse como prática médica especializada.

O que predominava era uma espécie de união entre as atividades filantrópicas e o governo da província, quer dizer, as associações religiosas promoviam os cuidados aos doentes, através de subvenções que recebiam dos governos. Dessa maneira, durante o segundo Reinado, não apenas o Rio de Janeiro viu o alvorecer de um espaço exclusivo para os alienados, mas também São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará, dentre outros.

Em São Paulo, o primeiro estabelecimento dito exclusivo para alienados foi inaugurado em 1852, recebendo o nome de Hospício Provisório de Alienados de São Paulo, localizado na Rua São João, tendo na ocasião de sua abertura um total de nove internos. Funcionou neste endereço até o ano de 1864, quando foi transferido para uma chácara de propriedade provincial na ladeira da Tabatinguera. Funcionou neste local até 1903, quando o seu último interno fora transferido para o Hospício de Juquery, enorme complexo hospitalar dotado de estruturas modernas, inaugurado no ano de 1898 pelo seu então presidente e diretor, Franco da Rocha. Depois do Fechamento do Hospital da Tabatinguera, o prédio passou a funcionar como um quartel da polícia da província de São Paulo.⁸

Na província de Pernambuco as condições não parecem ser muito diferentes. Assim, como em todo o Brasil, a história da loucura na província também foi, desde seu início, uma história de exclusão. Durante muitos anos os alienados pernambucanos foram confinados, sem condições dignas de sobrevivência, em quartos insalubres da Santa Casa de Recife, denominado Grande Hospital. Funcionando como espaço de caridade aos pobres e desafortunados, o Hospital da Misericórdia funcionou no Convento dos carmelitas até o ano de 1845, sendo depois transferido para um prédio conhecido como Casa dos Coelhos,

Caridade diante do grande número de bebês que eram encontrados mortos pelas estradas, ou no mato. Neste sentido, tal Irmandade organizou em Roma um sistema de proteção à criança exposta ou abandonada. No Brasil, as primeiras iniciativas de atendimento às crianças abandonadas seguiram a tradição portuguesa instalando-se as rodas dos expostos nas Santas Casas de Misericórdia. Em princípio foram instaladas três rodas: Salvador (1726), Rio de Janeiro (1738), Recife (1789) e em São Paulo (1825) já no início do Império. Após este período, outras rodas menores foram surgindo em outras cidades brasileiras.

⁸ Por ser o foco central desse trabalho, a história da psiquiatria no Estado de São Paulo será discutida de forma mais detalhada e robusta no próximo capítulo.

permanecendo neste local até finais de 1861, quando, finalmente, se mudou para instalações especialmente construídas para assistência aos alienados, passando a se chamar Hospital Pedro II.

No Hospital da Casa dos Coelhoos, como em vários outros lugares do Brasil, os doentes viviam em verdadeira promiscuidade, sem condições adequadas de higiene, em quartos estreitos e imundos, sem ventilação. Esta situação de promiscuidade só fora parcialmente resolvida, no ano de 1861, quando os demais doentes foram transferidos para um setor acabado do novo hospital de caridade, restando na velha Casa dos Coelhoos apenas os alienados que lá permaneceram até o ano de 1864, quando foi inaugurado o Hospício de Alienados de Recife-Olinda, cognominado da Visitação de Santa Isabel, em uma parte da Igreja da Misericórdia em Olinda. Os alienados permaneceram ali até o ano de 1883, quando, em virtude da inadequação do Hospício de Olinda, foi aberto o Hospício da Tamarineira, em um sítio chamado Tamarineira.

O Hospício da Tamarineira só foi aberto dez anos depois do início de sua construção, no ano de 1874. E mesmo na ocasião de sua abertura o presidente Francisco Maria Sodré Pereira notava dois grandes defeitos no edifício da Tamarineira: “Os esgotos e encanamento de água”, além da necessidade de construção de muros que pudessem impedir a fulga dos alienados, pois a contenção das janelas por grades não se fazia bem vista.

Segundo Oda e Dalgalarrondo (2005, p. 1001): “Em fins de 1883, registraram-se 244 internos no Hospício da Tamarineira, assistidos por dois médicos e sete guardas, sendo a taxa de saídas igual à de óbitos, 22%”. O alto índice de mortalidade pode ser explicado pelas péssimas condições em que os alienados se encontravam, além de surtos, epidemias de gripe, varíola e, posteriormente, febre amarela. Tanto que naquele mesmo ano o Presidente Sodré Pereira pronunciava: “o hospício está ficando infeccionado, por causa das exalações do depósito de materiais fecais e os asilados já experimentam os efeitos da água, de má qualidade, da cacimba de que se servem” (Apud. ODA & DALGALARRONDO, 2005, p. 1001).

No que se refere à província do Pará o desejo de se criar um espaço para os alienados já se fazia presente desde o ano de 1834. A principal idéia era afastar os loucos perigosos do convívio com os sãos. No entanto, somente no ano de 1865 é que foi construída uma enfermaria exclusiva para alienados no Hospital de Caridade chamado de Senhor Bom Jesus dos Pobres, em Belém. No entanto, como não é de se estranhar,

rapidamente o número de alienados cresceu tornando o espaço insuficiente para abrigar todos os loucos. Assim, a Santa Casa mostrou a grande necessidade da construção de um asilo específico para estes “seres” que viviam em condições tão precárias e desumanas. Assim, com o auxílio do governo provincial, o hospício foi instalado em um pequeno prédio perto do Asilo dos Lázaros na fazenda Tucunduba, sendo inaugurado solenemente somente no ano de 1873 com o nome de Asilo ou Hospício de Alienados de Tucunduba.

Este hospício funcionou até 1892, quando foi inaugurado o Hospício de Alienados do Marco da Légua, para substituir a assistência prestada pelo Hospício de Tucunduba que, desde sua fundação, já era visto como insuficiente e a situação agravou ainda mais quando em pouco tempo foi transformado em um verdadeiro depósito de gente, sem a mínima condição higiênica e sem serviços adequados.

Além destas, outras várias províncias brasileiras ergueram espaços específicos destinados ao abrigo, isolamento e tratamento dos alienados de todas as sortes. Portanto, relembrar a história de cada uma delas de forma detalhada e minuciosa demandaria esforços e cuidados intensos que estão fora dos objetivos desta pesquisa. Além disso, são tantos os documentos relativos a estas instituições que ainda desafiarão inúmeros pesquisadores que se interessem por estudar o tema da loucura, da medicina e da Psiquiatria no Brasil. Neste sentido, a lista abaixo, compilada por Tácito de Medeiros, servirá como fonte de informação sobre a cronologia das principais instituições psiquiátricas construídas no Brasil até os anos 50.

Seqüência histórica do surgimento de locais para internamento de doentes mentais nos vários pontos do território nacional⁹

ANO	CIDADE	INSTITUIÇÃO
1841	Rio de Janeiro	Asilo provisório (em casa situada no terreno onde se construía o Hospício de Pedro II).
1852	São Paulo	Hospício Provisório de Alienados
	Rio de Janeiro	Hospício de Pedro II.
1860	Rio de Janeiro	Casa de saúde Dr. Eiras
1864	São Paulo	Hospício de Alienados (Ladeira de Tabatinguera)
	Olinda-Recife	Hospício da Visitação de Santa Isabel

⁹ Apud. Resende (2001, pp. 48-50).

1865	Belém	Enfermaria do Hospital de Caridade
1873	Belém	Hospício de Alienados (Vizinhança do Hospital dos Lázaros)
1874	Salvador	Asilo de S. João de Deus
1875	Paraíba	Enfermaria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia
1878	Niterói	Enfermaria do Hospital de São João Batista
1883	Recife	Hospício de Alienados (Tamarineira)
1884	Porto Alegre	Hospício São Pedro
1886	Fortaleza	Asilo de Alienados de S. Vicente de Paula (Porangaba)
1890	Rio de Janeiro	Colônia S. Bento e Conde Mesquita (Ilha do Governador).
1891	Maceió	Asilo Santa Leopoldina
1892	Belém	Hospício de Alienados (Marco da Légua)
1893	Paraíba	Asilo do Hospital Santa Ana (Cruz do Peixe)
1894	Manaus	Hospício Eduardo Ribeiro
1895	Sorocaba (SP)	Hospício de Alienados
1898	São Paulo	Hospício do Juqueri
1903	Barbacena (MG)	Hospital Colônia
	Curitiba	Hospício N. S. da Luz (Campo do Aú)
1904	Barra do Piraí (RJ)	Colônia de Alienados da Vargem Alegre
1905	Teresina	Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia
	Cuiabá	Enfermaria do Hospital da Misericórdia
1905-1941	Teresina	Hospital psiquiátrico Areolino Abreu
	Cuiabá	Asilo de alienados
	São Luís	Hospital Colônia Nina Rodrigues
	Cachoeiro do Itapemirim (Es)	Asilo Deus, Cristo e caridade (Espírita).
1911	Rio de Janeiro	Colônia do Engenho de Dentro (para mulheres)
	Natal	Hospício de Alienados (no Antigo Lazareto da Piedade)
1918	São Paulo	Atendimento Médico no Recolhimento das Perdizes (Posto Policial)
1921	Rio de Janeiro	Sanatório Botafogo
	Rio de Janeiro	Manicômio Judiciário
1922	Belo Horizonte (MG)	Instituto Neuro-Psiquiátrico
1923	Rio de Janeiro	Colônia de Jacarepaguá (para homens)
1927	Oliveira (MG)	Hospital Colônia
	Paraíba	Hospital Colônia Juliano Moreira e Sanatório Clifford Beers
1929	Barbacena (MG)	Manicômio Judiciário
1931	Barreiro (PE)	Hospital Colônia (para homens)
1933	São Paulo	Manicômio Judiciário
1936	São Paulo	Hospitais de Psicopatas da Penha e de Perdizes
	Fortaleza	Casa de Saúde particular (Drs. Picanço e Vandik Ponte)

1938	Recife Rio de Janeiro	Sanatório Recife Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil
1940	Aracajú	Hospital Colônia Eronides de Carvalho
1942	Florianópolis	Hospital Colônia de Santa Ana
1943	Salvador Rio de Janeiro	Sanatório Bahia Centro Psiquiátrico Nacional (Engenho de Dentro)
1944	Vitória Ribeirão Preto (SP)	Hospício de Alienados (Ilha da Pólvora) Hospital Psiquiátrico Santa Teresa
1940-1950	Maceió Goiânia	Hospital Colônia Portugal Ramalho Hospício de Alienados
1954	Aracaju Vitória	Hospital Colônia Aduino Botelho Hospital Colônia Aduino Botelho (Cariacica)

Esta tabela nos dá uma idéia de quando e como se deu a organização da psiquiatria e das instituições psiquiátricas no Brasil desde a fundação do Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro até os anos 50 do século passado. Além disso, nos permite inferir sobre as formas de clausura e de tratamento da loucura e da doença mental no interior das instituições para alienados do país. A primeira inferência diz respeito ao caráter excludente da assistência psiquiátrica brasileira, que funcionou na maior parte das vezes como depósitos de mentes e corpos de pobres e desvalidos. É uma história marcada, sem sombra de dúvidas, pela intolerância e pela violência.

Inicialmente, até a proclamação da República, acreditaram que a criação de um espaço próprio para alienados resolveria o problema das superlotações e promiscuidade das Santas Casas de Misericórdia, além de possibilitar um campo específico de atuação dos médicos e psiquiatras sobre a doença mental. Mas como ficou claro, não foi exatamente isto o que aconteceu, na verdade, o problema da superlotação só tendeu a piorar com o passar dos anos, sendo que, em todas as províncias, fez-se necessário, em vários momentos, criar novos espaços asilares ou reconfigurar os já existentes a fim de solucionar o problema da falta de espaço, falta de higiene e salubridade, falta de segurança e assistência médico-psiquiátrica eficiente e sistematizada. Neste sentido, a história nos revela que novas instituições foram sendo criadas na tentativa de sanar as deficiências de outras já existentes e assim por diante.

Em relatórios dos presidentes das províncias, analisados por alguns pesquisadores como Oda & Dalgarrondo, Maria Clementina Cunha, Yonissa Waddi, dentre outros, as

críticas e reivindicações são as mesmas de norte a sul. Só mudam os espaços territoriais e os nomes das instituições porque as questões se repetem de forma unânime. Falam sempre da crescente quantidade de internos, do número insuficiente de vagas, registram as péssimas condições de vida dos internos e que as verbas a eles destinadas são sempre insuficientes. Repete a esperança na construção de espaços asilares modernos, com infraestruturas adequadas, sob o julgo da ciência e do poder médico.

As primeiras instituições para alienados criadas no Brasil sofreram grande influência da escola francesa, principalmente de Phillippe Pinel e Esquirol. Várias são as instituições que receberam o nome de Pinel em homenagem ao médico que recebeu a fama de ter libertado os doentes mentais franceses e promovido a humanização de sua assistência através do uso dos hospitais abertos “open doors” onde os internos, mesmo isolados, podiam gozar de sua liberdade, pois não mais estariam trancados em celas e atrás de grades. Acreditava ele que a melhor forma de terapia seria através do trabalho, pois além de livrar o interno da ociosidade, transformaria as pulsões doentias em utilidade, além do que, tendo o seu tempo destinado ao trabalho não teria tempo suficiente para pensar em questões doentias.

Através do uso dos hospitais colônias, a política de assistência psiquiátrica brasileira procurou implantar em solos brasileiros o modelo implantado por Pinel na Psiquiatria francesa. Pode-se pensar, a partir disso, que a clínica psiquiátrica no Brasil “foi edificada em conjunto com uma política assistencial asilar para os alienados, não cabendo ao campo dos avanços científicos, mas sim da problemática da assistência pública a construção de uma competência médica”. Quer dizer, o surgimento da psiquiatria no Brasil deu-se como uma resposta aos sistemas precários de assistência aos doentes mentais, apresentando em seu início uma preocupação em promover uma assistência específica ao doente mental, através da criação de espaços próprios e exclusivos para os alienados, mas a implantação de um modelo científico, que toma a loucura como objeto de investigação e de intervenção do médico psiquiatra só se daria anos mais tarde, sobretudo a partir do ano de 1881 quando, através do decreto 3024, foi criada a cadeira de clínica psiquiátrica e moléstias mentais no Rio de Janeiro. Já em 1882 a lei 3141 determinava que se realizasse concurso público para a cátedra de psiquiatria na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo aprovado e empossado no ano seguinte o professor João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921). Em 1887, pouco antes do advento da República, Teixeira Brandão

tornava-se também diretor do hospício, permanecendo no cargo por dez anos (Cf.: VENÂNCIO, 2003, pp. 1-19).

O surgimento de uma preocupação científica partiu do corpo médico que acreditava que apenas a assistência ao indivíduo acometido pela doença mental não era suficiente, muito ao contrário, o modelo até então adotado só revelava sua ineficiência. Era necessária a implantação de um modelo mais calcado nas ciências, nas pesquisas laboratoriais, e adoção de métodos terapêuticos mais técnicos, modernos e sofisticados. Assim, os médicos lançavam duras críticas à estrutura do hospício, dizendo que “o hospício não pode prestar serviços reais aos loucos por não ser uma verdadeira instituição hospitalar, mas um simples refúgio para doentes” (MACHADO *et. al.*, 19878, p. 451).

Prova de que o hospício não funcionava está no alto índice de mortalidade dos doentes, em muitos lugares o índice de mortalidade chegava a superar o número de pacientes que recebiam altas, e mesmo no caso dos que recebiam altas, era muito grande o número de pacientes readmitidos no hospício por recidivas. Nas palavras de Machado (1978): “só se entra no hospício para não sair ou, na melhor das hipóteses, para logo depois voltar” (p. 450). Este fato revela claramente que o modelo existente não era adequado e o máximo que fazia era manter os indivíduos isolados esperando a cronificação.

Diante disso, a luta pela medicalização foi a principal responsável pela reconfiguração do espaço asilar no Brasil, principalmente a partir da proclamação da República, pois, além da reivindicação dos médicos pelo controle total do saber e do poder sobre a doença mental, o cenário foi ocupado por uma elite sedenta por poder, fortemente marcada pelos ideais de civilização, pela modernização e pela ordem, exigindo formas de controle rígidas e segurança, resguardadas pelo pensamento positivista bem estampado na bandeira cujo lema era “Ordem e Progresso”. Para tanto era necessário reconfigurar os espaços, principalmente urbanos, limpar as manchas da escravidão e partir em frente rumo à industrialização e ao progresso.

Como os próprios médicos faziam parte dessa elite, procuraram promover uma total medicalização do hospício. Isto porque: “A classificação metódica e científica é incontestavelmente um elemento de ordem, disciplina e moralidade, donde o médico tira o maior partido para suas indicações e resultados”. Não pense que a inserção do modelo científico na prática asilar partiu de um desejo por parte dos médicos de proporcionar tratamento mais digno aos “coitadinhos”, porque estes médicos tinham um “bom coração” e “pureza de espírito”, muito ao contrário, surgiu como uma exigência do novo modelo

político, social, cultural e, sobretudo, econômico, implantado no Brasil com o advento da República. O novo momento foi marcado por grandes projetos de institucionalização, não somente da loucura e da psiquiatria, mas também da educação, da política, do direito, e assim por diante.

Pode-se perceber, a partir da lista acima, que o número de instituições psiquiátricas no Brasil cresceu assustadoramente logo após a proclamação da República e não parou mais de crescer na passagem para o século XX. Instituições cada vez mais caracterizadas pelo poder central do médico e movida pelo princípio de autoridade médica incontestável. Em passagem do relatório de Teixeira Brandão enviado ao provedor da Capital Federal, ele assinala a necessidade de maior medicalização do hospício:

Seria muito para desejar que o Exm. Sr. Provedor ampliasse mais a ação dos médicos, de modo que eles não se limitassem, como até aqui, à prescrição dos agentes terapêuticos. Os exercícios metódicos, as distrações e o trabalho, que constituem a base do tratamento moral, deveriam ser ordenados e presididos pelos médicos... (BRANDÃO, apud. MACHADO *et. al.*, 1978, p. 457).

Dessa maneira, a psiquiatria nacional começou a se organizar verdadeiramente como um campo de investigação científica, cujo objeto de estudo era as doenças mentais, suas causas, efeitos, e principais formas de tratá-la, combatê-la e evitá-la. Assim, como mostra Venâncio (2003, p. 5): “a relação entre ciência e assistência se organizou logo na aurora do século XX”; sendo que o pensamento alemão passou a ser incorporado pelos médicos na instituição pública asilar. O legado médico de Pinel e Esquirol não era mais suficiente, o isolamento e a laborterapia desvinculados de uma pesquisa científica mais apurada não surtiram grandes efeitos e para livrar a psiquiatria brasileira das marcas do atraso era preciso ir mais adiante. A ciência alemã passou a ocupar espaço no campo de pesquisa da psiquiatria brasileira. Dentre os principais pensadores alemães, destacam a presença de Morel e Emil Kraepelin, que visavam, sobretudo, a promoção da saúde através da prevenção das doenças mentais. A pretensão não era promover o tratamento dos doentes, mas impedir que os indivíduos chegassem ao adoecimento através de medidas profiláticas, característica freqüente da psiquiatria alemã.

Assim, era necessário dotar o corpo médico de conhecimentos bem específicos, além de preparar o corpo de profissionais para trabalhar no “novo hospício”. Era preciso promover um novo ensino de psiquiatria, pois o então existente não era mais capaz de suprir as novas demandas.

Dessa maneira, o ensino de psiquiatria como disciplina autônoma passou a existir no Brasil em finais do século XIX, mais precisamente no dia 30 de outubro do ano de 1882, quando a lei 3141 foi aprovada. Anteriormente a isto o ensino era exercido através de conversas informais em que o médico transmitia oralmente os seus conhecimentos ao aspirante em Medicina, isto porque ainda não existia faculdade de Medicina no Brasil e muito menos de Psiquiatria. O primeiro catedrático de psiquiatria no Brasil foi o doutor João Carlos Teixeira Brandão que foi aprovado em concurso em 1883, aos 29 anos de idade (Cf.: VENANCIO, 2003, p. 5).

De orientação predominantemente francesa, Teixeira Brandão iniciou o ensino de psiquiatria no Brasil sob os auspícios da psiquiatria francesa que, como foi dito anteriormente, baseava-se, exclusivamente, no modelo assistencial. As aulas eram ministradas no Pavilhão de Observações do Hospício Nacional de Alienados na cidade do Rio de Janeiro, criado pelo Decreto 1559 de sete de outubro de 1893, prédio em que hoje funciona o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O professor de psiquiatria era pago pela Assistência aos alienados e residia em casa que lhe era destinada, vizinha ao hospício, pois assim era possível recorrer a ele em qualquer momento caso ocorresse alguma urgência. No entanto, as aulas de psiquiatria ainda não eram obrigatórias. Segundo GOMES, *et al* (2005, p. 175):

As aulas de psiquiatria eram dadas, em caráter facultativo, aos estudantes do sexto ano médico durante um semestre. Poucos alunos freqüentavam. Consoante Henrique Roxo havia o preconceito “de que maluco teria de ser jogado no hospício”. O ensino de psiquiatria guiava-se pelo modelo francês sem uma adaptação adequada à realidade brasileira. A direção do hospício e a cátedra de psiquiatria da Faculdade de Medicina, perderam muito com a saída de Teixeira Brandão para exercer o mandato de deputado federal.

Nas palavras de Venâncio (2003, p. 9):

A adoção da ciência psiquiátrica de inspiração alemã coadunava-se assim com uma política consistente, de caráter preventivista, em que a intervenção ultrapassava a atenção para com o indivíduo, adentrando o espaço social para sua normalização – uma normalização diferenciada, entretanto, daquela produzida pela psiquiatria alienista.

Dessa maneira, na passagem do século XIX para o século XX surgiu uma nova nosografia, não mais inspirada em Pinel, Esquirol e seus continuadores, com os conceitos

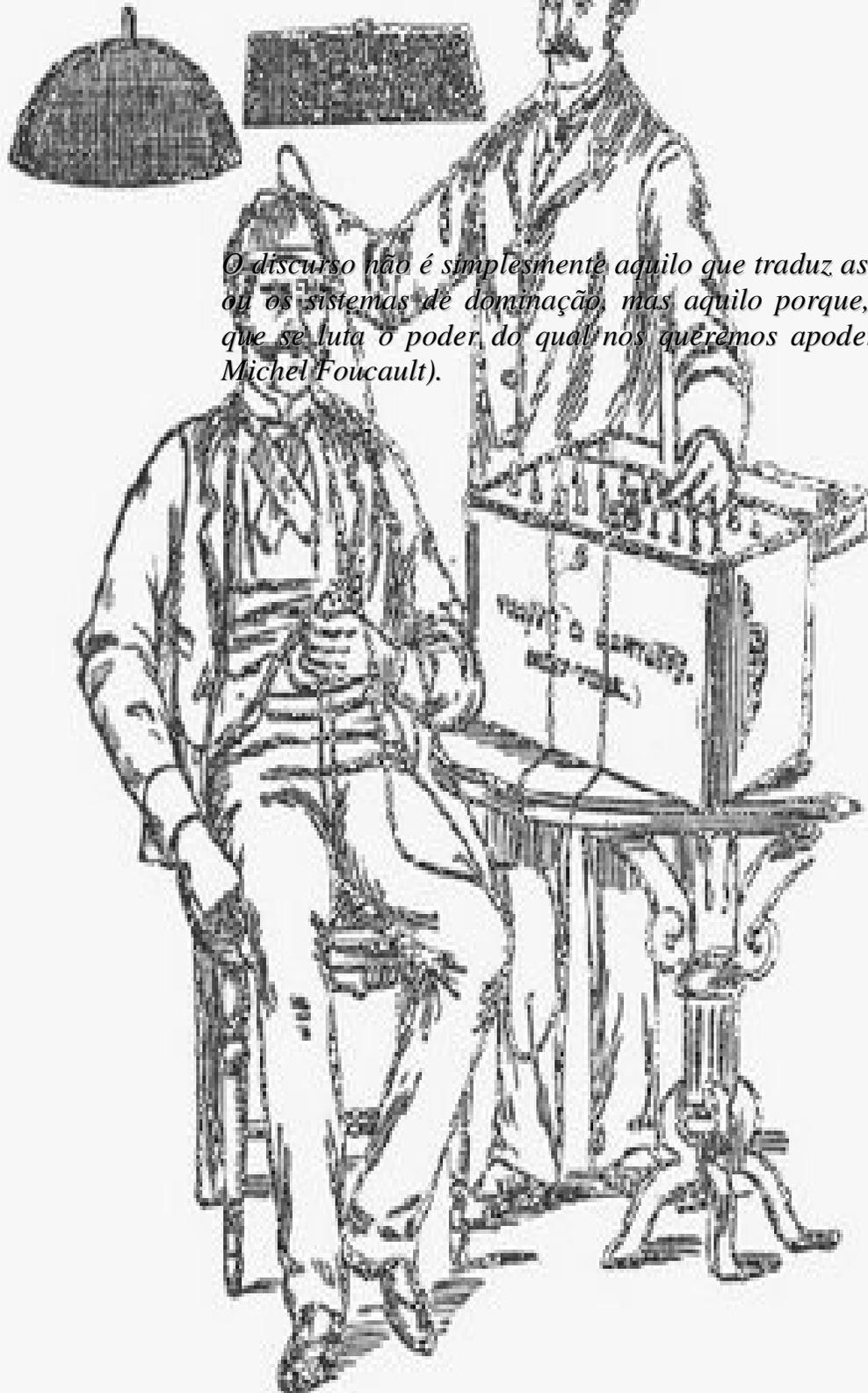
de mania, monomania, etc., e sim em Kraepelin apontando para novas possibilidades de cura, baseado em pesquisas científicas e uma política assistencial mais consistente. Essa reordenação entre ciência e assistência a alienados se dá com a nomeação de Juliano Moreira para diretor do Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro e em São Paulo Franco da Rocha vai ser o precursor desse modelo de assistência hospitalar mais centrado no desenvolvimento das pesquisas científicas e assistência mais sistematizada. Segundo Portocarrero (2002) essa nova etapa da psiquiatria brasileira privilegia o conceito de anormalidade, e passa a agrupar, além dos doentes mentais, os degenerados, epiléticos, criminosos, sífilíticos, alcoólatras, etc. Assim, a psiquiatria brasileira procura se ajustar aos novos padrões científicos surgidos na Europa, com a valorização da etiologia específica das doenças, buscando fundar as teorias da psiquiatria em considerações menos morais e mais fisiológicas, ou melhor, psicofisiológicas.

No caso do Juquery, como se verá no próximo capítulo, tanto o pensamento francês quanto o alemão estiveram fortemente presentes, tendo um modelo assistencial que convivia ao lado de uma preocupação eminentemente científica. No entanto o pensamento alemão tornou-se ainda mais marcante a partir do ano de 1920, quando Franco da Rocha foi sucedido por Antônio Carlos Pacheco e Silva na direção e presidência do hospital de Juquery. A partir de então o pensamento científico passou a percorrer todos os meandros do hospício, convivendo com o modelo assistencial francês, mas com um modelo mais voltado para o desenvolvimento científico e uso de novas técnicas no diagnóstico, pesquisa e tratamento da doença mental.

É dentro desta perspectiva que o discurso médico-psiquiátrico em São Paulo será pensado e analisado no próximo capítulo, que visa compreender como se dá o processo de construção desse discurso e, principalmente, a grande preocupação dos médicos e psiquiatras em construir certa “memória” dessa psiquiatria no Hospital de Juquery.

CAPÍTULO 2 - DECIFRA-ME OU TE DEVORO: O DISCURSO PSIQUIÁTRICO NO HOSPITAL DE JUQUERY

O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta o poder, do qual nos queremos apoderar. (Michel Foucault).



2.1. O Discurso Hospitalar (Franco da Rocha)

A História da assistência aos alienados no Estado de São Paulo, assim como em outros diversos estados brasileiros, também é uma história fortemente marcada pela violência, exclusão e intolerância ao doente mental.¹⁰ Também contou com a seqüente criação de diversas instituições para resolver o problema referente aos maus tratos e condições de insalubridade.

Como vimos anteriormente, a psiquiatria brasileira no século XIX baseou-se na psiquiatria francesa que se orientava pela assistência sem preocupação direta com o desenvolvimento no campo da pesquisa científica. Era uma psiquiatria eminentemente moral que promovia a cura através do isolamento. A descontinuidade desse modelo se deu no início do século XX quando as idéias da psiquiatria alemã começaram a ganhar espaço no pensamento psiquiátrico brasileiro, sobretudo a partir da nomeação de Juliano Moreira para a direção do Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro em 1903 e da inauguração do Hospício de Juquery por Franco da Rocha em São Paulo em 1898. Segundo Facchinetti (2004): “Com a entrada de Juliano Moreira como diretor do HNA, em 1903, implantou-se um novo modelo asilar, com suas formulações acerca da doença mental, critérios de classificação e embasamento médico e terapêutico advindos da psiquiatria alemã”. Nesse sentido, a alienação deixou de ser percebida em termos de desvios e passou a ser compreendida do ponto de vista orgânico, como decorrente de alguma deficiência, lesão ou disfunção na regulação do organismo.

Se no Rio de Janeiro, a descontinuidade com o modelo assistencial presente no hospício deveu-se, sobremaneira, ao pensamento de Juliano Moreira que, por meio da adesão ao modelo alemão, abriu o discurso da psiquiatria a uma atitude mais científica, em São Paulo a descontinuidade com o modelo puramente assistencial deveu-se, sobretudo, a Franco da Rocha, que já no final do século XIX pensava em elevar o hospital de Juquery

¹⁰ Antes das Casas específicas para tratamento dos doentes mentais, eles eram internados nas Santas Casas de Misericórdias e mantidos em celas ou quartos gradeados juntamente com outros tipos de doentes. Foi o que aconteceu, por exemplo, no Rio de Janeiro, São João Del Rey, Recife, Salvador e Santos. Segundo Franco da Rocha, em São Paulo, os alienados nunca estiveram presentes no interior das Santas Casas de Misericórdia. No entanto, de acordo com Fraletti (1986/87) a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo asilava doentes mentais, só que através de um tipo especial de isolamento, em compartimentos individuais, isolados, fora do Hospital e da Casa de Expostos da Irmandade, isto, quando tinham pecúrio próprio, e já em 1929. No caso de indigentes, forneciam auxílio para serem trados em casa. Além disso, ainda conforme Fraletti, “houve em São Paulo um Recolhimento para insanos, tipo Asilo provisório, instalado em 1929, mantido pela santa Casa, com auxílio da municipalidade, em casa separada do Hospital, sob aluguel e previamente adaptada. Foi o primeiro Asilo de Alienados no Brasil. Funcionou, provavelmente, até 1836 e, com boa margem de certeza, até 1848, senão até mais tarde”. (Cf.: FRALETTI, 1986/87).

ao patamar das instituições psiquiátricas mais modernas. Para pensar como se deu essa descontinuidade é preciso voltar um pouco na história dos saberes psiquiátricos na cidade de São Paulo desde a criação de sua primeira casa específica para “guardar doidos”.

O primeiro hospício para doentes mentais do estado de São Paulo foi fundado em 1852, em uma casa situada à Rua São João, nas proximidades da atual Praça da República. Assim, o “asilo Provisório” de São Paulo foi fundado no dia 14 de maio de 1852, antes mesmo da inauguração do Hospital Nacional de alienados, posteriormente Hospital Dom Pedro II, na praia vermelha na cidade do Rio de Janeiro.¹¹ Passados dois anos de sua inauguração, o Hospício mudou-se para uma chácara junto à ladeira da Tabatinguera, recebendo o nome que ficaria conhecido como “Velho Hospício da Várzea do Carmo”. Desde então o hospício teve como seu administrador o senhor Thomé de Alvarenga que ali permaneceu no cargo até 1868, sendo substituído pelo seu filho Frederico de Alvarenga. Os primeiros médicos do hospício foram os doutores Xavier de Mesquita, João César Rudge e Claro Homem de Mello. Não obstante as condições de alojamento do hospício eram insuficientes e até mesmo precárias, visto que o contingente de doentes mentais naquela época crescia assustadoramente, a Câmara autorizou o poder executivo a criar diversas colônias no interior do estado (Cf.: FRALETTI, 1986/87).

Nessa ocasião, o doutor Franco da Rocha condenou a atitude do governo, alegando que tal medida não surtiria efeito, pois, na verdade, o que se fazia necessário era a urgente criação de um hospital central modelo, estruturado de forma racional e moderna, onde fosse possível realizar pesquisas e prestar uma assistência fortemente orientada pelo uso massivo da ciência e da técnica, aos moldes do sistema médico-psiquiátrico vigente na Europa, sobretudo na França. Nesse sentido, o hospital central seria a coluna dorsal do aparelho junto ao qual deveriam funcionar os asilos-colônias. Segundo Paulo Fraletti (1986/87, p. 163) Franco da Rocha “optava por um hospital com pavilhões isolados, mas interligados, para agudos, em Asilo-Colônia anexo, para crônicos, em pontos afastados da cidade, ou arredores”. Dessa forma, atendendo aos anseios do professor Franco da Rocha, o governo adquiriu 70 alqueires de terra junto ao rio Juquery, a cerca de 30 km da capital paulista, onde se iniciou a construção do Hospital a cargo do arquiteto Ramos de Azevedo.

¹¹ Segundo Fraletti (1986/87, p. 161) os asilos de São Paulo e do Rio de Janeiro foram instalados ambos no ano de 1852, com vantagem de sete meses para o de São Paulo. No entanto, o Hospital de Pedro II no Rio de Janeiro já vinha funcionando desde 1841, data de sua criação, em casa da Praia Vermelha, com nove doentes transferidos da Santa Casa de Misericórdia.

A construção do hospital teve início no ano de 1895 e a primeira colônia agrícola só foi finalizada em maio de 1898.

Assim, o hospício de Juquery foi inaugurado no ano de 1898. Por incumbência do governo do Estado de São Paulo, Franco da Rocha traçou o plano de assistência aos alienados de São Paulo. Durante as três primeiras décadas de funcionamento do hospital, as práticas terapêuticas estiveram mais voltadas para a assistência ao doente mental, é certo que novos métodos de abordagem e investigação sobre o processo de adoecimento psíquico ganharam espaço, mas o discurso médico-psiquiátrico ainda estava voltado para o modelo assistencial, aos moldes da psiquiatria francesa, pineliana, sobretudo.¹²

Os discursos e práticas psiquiátricas nas primeiras décadas de funcionamento do Hospital de Juquery basearam-se, pois, nas formações teóricas e acadêmicas de seu fundador Franco da Rocha. Em finais do século XIX a cidade de São Paulo não se dispunha de um curso de Psiquiatria, a única faculdade brasileira que oferecia formação em Psiquiatria era a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Por este motivo, Rocha foi para o Rio de Janeiro onde se doutorou em Medicina pela Faculdade Nacional de Medicina em 1890. Foi ainda estudante que teve o seu primeiro contato com o ramo da Psiquiatria, apresentando, assim, uma notável curiosidade para as questões de psicopatologia. Tal curiosidade não escapou aos olhos do professor Teixeira Brandão, que o fez interno do Hospital Dom Pedro II no Rio de Janeiro.¹³ Tendo ele ficado bastante satisfeito pelo trabalho realizado no hospital e desejoso de aprofundar os seus conhecimentos, ocupou o lugar de assistente na Casa de Saúde Dr. Eiras, cujos serviços psiquiátricos eram dignos de bons conceitos na então capital e em todo o país, onde permaneceu desde o quarto ano até o final de seu curso.

Naquele tempo, finais do século XIX, o estudo de psiquiatria já ganhava espaço dentro do campo da medicina. Na Europa, especialmente, novas pesquisas revelaram grandes descobertas dentro do campo da psiquiatria, como os estudos de Philippe Pinel na França, que acreditava que “todas as doenças, aceitas como tal, são apenas sintomas, e que

¹² Isto talvez se deva à formação de Franco da Rocha que foi fortemente marcada pelo pensamento europeu, em especial francês, o que acabou lhe rendendo posteriormente o apelido de “Pinel brasileiro”. É por isto que durante o período em que Franco da Rocha esteve na direção do hospital o discurso que prevaleceu foi o asilar, em que o hospital foi pensado como o principal meio de cura. Neste sentido, o objetivo principal deste capítulo é compreender como se deu o discurso médico-psiquiátrico desde a fundação do hospital até a criação de seu laboratório de anatomia e patologia no ano de 1923.

¹³ Teixeira Brandão era naquela época diretor do Hospício Nacional de Alienados. Segundo Portocarrero Brandão tinha uma formação baseada na Psiquiatria francesa, de caráter assistencial, principalmente de Morel que acreditava que no Hospício quem cura é o próprio hospício.

não poderiam existir perturbações das funções vitais sem lesões de órgãos, ou melhor, de tecidos”. Outro pensamento francês que influenciou grande parte dos psiquiatras brasileiros, inclusive Franco da Rocha, foram os estudos de medicina experimental de Claude Bernard, além do positivismo de August Comte, da teoria da degenerescência de Morel e Magnan e também os estudos de Charcot, sobretudo a respeito das concepções da neurose.¹⁴ Mais tarde os estudos sobre a histeria realizados por Bleuler e seu discípulo Sigmund Freud também tiveram um espaço importante dentro do pensamento psiquiátrico brasileiro. Além disso, na Alemanha, novos estudos sobre a psiquiatria genética, que procuravam compreender como a genética e a química do cérebro eram capazes de tornar uma pessoa doente, começaram a invadir o campo acadêmico daquele país e fazendo as suas idéias se espalharem por outros países da Europa, pelos Estados Unidos e o próprio Brasil. Dentre os autores alemães destacam-se, principalmente, Kraepelin e Griesinger que imprimem uma visão sistemática das psicoses. O Brasil ainda recebeu forte influência do pensamento italiano, de Lombroso especialmente, no campo da antropologia e da criminologia. Da Inglaterra sofreu influências do pensamento de Prichard, criador do conceito de “loucura moral”, diagnóstico muito recorrente na prática psiquiátrica brasileira.

Em sua passagem pelo Rio de Janeiro, Franco da Rocha teve um contato direto e marcante com estas teorias, bebendo, tanto na fonte da psiquiatria francesa, quanto nas referências alemãs, contato este que nortearia sua prática médica, durante todo o tempo em que permaneceu na direção do hospital de Juquery. Muitas vezes, as teorias eram fusionadas o que é possível perceber nos textos de Franco da Rocha a presença tanto das referências teóricas da psiquiatria francesa quanto da alemã. No dia 30 de maio de 1896, por exemplo, Franco da Rocha comunicou ao secretário do interior a aquisição de nove volumes, que constituíam a obra completa do professor Charcot, dizendo o seguinte:

Essas obras são um repertório riquíssimo de informação sobre moléstias nervosas e mentais e seu respectivo tratamento. Comunico-vos também que vou fazer a aquisição de alguns objetos indispensáveis para as necrópsias e que, de hoje em diante, procederei á necropsia sobre todos os cérebros de indigentes que aqui falecerem, visto ser isso um

¹⁴ As teorias psiquiátricas mais conhecidas em São Paulo e no Brasil no século XIX eram a de Esquirol, as teorias organicistas de Magnan e Charcot. Neste sentido, o isolamento era considerado, juntamente com a pedagogia médica, um dos principais meios morais de cura, porque se acreditava que ele agiria sobre o delírio, ou seja, sobre o sintoma. Essas teorias marcaram profundamente os pensamentos não só de Franco da Rocha, mas de todos os médicos do Hospital de Juquery em finais do século XIX e início do século XX (Para saber mais ver: PORTOCARRERO, 2002).

complemento necessário ao estudo de psiquiatria (Franco da Rocha, *apud*. YAHN & OLIVEIRA, 1948-49, p. 22).

A importância de mostrar as influências sofridas pela psiquiatria brasileira, e recordar os pensadores que marcaram a formação de Franco da Rocha e outros psiquiatras do Juquery, nos permite compreender a prática psiquiátrica que se implantou no hospital de Juquery após a sua fundação, pois toda esta prática foi marcada pelo pensamento de seu idealizador. Tendo ele terminado os seus estudos superiores na antiga capital não lhe faltaram convites para permanecer no Rio de Janeiro, mas os seus desejos eram outros, o que Franco da Rocha idealizava, na verdade, era a construção de um hospital modelo em São Paulo, onde a assistência psiquiátrica era ainda muito primitiva, assim, retornou a São Paulo dedicando-se então à sua especialidade, que era a psiquiatria, sendo nomeado médico do Hospício de alienados de São Paulo, ascendendo a diretor no ano de 1896 exercendo este cargo até 1923, ano de sua aposentadoria.

Na ocasião de sua passagem pelo hospício, Franco da Rocha verificou que nas condições em que a instituição se encontrava, falta de espaço e superlotação, a reabilitação dos doentes mentais se tornava uma realidade difícil de ser alcançada. O prédio no qual o Hospício estava instalado – o velho casarão da Várzea do Carmo - não oferecia comodidade suficiente para atender às demandas de alienados que necessitavam de assistência médico-psiquiátrica naquela época. Foi na tentativa de solucionar este grande problema que Franco da Rocha desenvolveu uma incisiva campanha através de diversos artigos publicados em jornais como “O Estado de São Paulo” e “Correio Paulistano”, denunciando as péssimas condições de assistência psiquiátrica no interior do Hospício de alienados, reivindicando a necessidade da construção de um hospital moderno que possibilitasse o desenvolvimento de pesquisas científicas e assistência digna e, sobretudo, técnica aos doentes mentais (Cf.: FRALETTI, 1986-87, pp. 156-175).

Dessa campanha resultou a sucursal de Juquery, que funcionou em caráter provisório em uma chácara em Sorocaba. O local escolhido para a construção do Hospício de alienados da capital foi a cidade de Juquery, cuja inauguração ocorreu no dia 18 de maio de 1898. Tratava-se de uma colônia agrícola, que seguia o modelo europeu de “open-door”, ou seja, um hospital onde os internos pudessem circular livremente pelas suas intermediações, sem precisar ficar confinados em celas. No período de sua inauguração, o hospital contava com 80 homens que foram transferidos do asilo sucursal de Sorocaba, para onde tinham ido em 1896. O Hospital Central de Juquery, com pavilhões para

assistência clínico-terapêutica em regime fechado, só fora inaugurado três anos depois, no dia 16 de maio de 1901 com a inauguração da ala direita (ala masculina), contando com 160 alienados, e com seu funcionamento o Hospício da Capital foi finalmente extinto. No dia 24 de agosto de 1903 deu-se a inauguração da ala esquerda (seção feminina), contando com a presença de 289 internas. Segundo Fraletti (1986/87, p.163): “a população nosocomial, nesse dia, era de 725 doentes”.

O grande asilo foi construído em um local amplo e aberto, seguindo os preceitos da psiquiatria moderna, com colônias e fazendas, o que possibilitaria uma assistência familiar em lugar adequado. Franco da Rocha tornou-se, nessa feita, o pioneiro na América do Sul do regime de liberdade para alienados.¹⁵ Dessa maneira, os serviços se estenderam e, aos poucos, novas unidades de tratamento foram criadas. Em 1917, por exemplo, foi criado o Pavilhão de Menores, não obstante só inaugurado em 1921. Até então, era comum e corriqueira a convivência dos menores em verdadeira promiscuidade junto aos adultos. De acordo com Fraletti (1986/87, p. 164): “em 1923 contava o conjunto hospitalar com cinco colônias para crônicos”.

Desde o ano de 1899, Franco da Rocha passou a residir junto ao Hospital de Juquery onde permanecia a maior parte do seu tempo envolvido com suas atividades científicas, clínicas e administrativas.¹⁶ Pensava ele que “a felicidade do alienado, entregue aos seus cuidados, quando a sua ciência não lhe permitia curar, era a sua única preocupação”. Seguindo os preceitos de Pinel, de quem recebeu grandes influências, acreditava que a assistência psiquiátrica para ser efetiva deveria prezar pela dignidade e humanidade do doente. E tal dignidade só seria possível se o indivíduo fosse retirado das celas, como acontecia anteriormente, e vivesse em liberdade. Isto porque “a ocupação ao ar livre, que lhes concede a aparência de liberdade, diminui-lhes extraordinariamente a angústia, a ansiedade, o mal estar que os atormenta na prisão sem trabalho” (Franco da Rocha, *Apud*. PACHECO e SILVA, 1934-35, p. 12).

¹⁵ Foi por este motivo que ficou reconhecido pelos seus companheiros e seguidores como o “Pinel brasileiro”.

¹⁶ Fala Pacheco e Silva que o professor Franco da Rocha tinha horror ao fausto e ao luxo vivendo ele em grande modéstia, num culto perene à família. Mantinha uma paixão enorme pela filosofia, o que influenciou profundamente grande parte de sua obra. Era um homem sério e bastante dedicado às ciências, o que lhe dava a forte aparência de um homem distante e frio. No entanto, como mostra Pacheco e Silva: “De tímido, discreto, severo, só aos que tinham a ventura de entrar na sua intimidade era dado conhecer a sua natureza acolhedora e sensível, sem ser transbordante, de uma grande bondade, que se escondia sob aquela aparência fria e reservada” (Cf.: PACHECO e SILVA, 1934-35).

Mas, muito embora, o maior interesse fosse a promoção da assistência médico-psiquiátrica ao doente mental, convém lembrar que a prática psiquiátrica no interior do asilo nunca esteve totalmente alheia ao desenvolvimento técnico e científico, métodos diagnósticos, além daqueles utilizados para medir as relações entre as causas e efeitos da doença mental, sempre foram muito utilizados, mas sempre afirmando a idéia de que o hospício é quem cura. Na verdade o discurso da psiquiatria no período de Franco da Rocha aliou, de certa forma, a assistência pública asilar ao desenvolvimento científico, mas este discurso só se transformou efetivamente em prática médica e clínica psiquiátrica após a saída de Franco a Rocha e a entrada de Antônio Carlos Pacheco e Silva na diretoria do hospital.¹⁷

É certo que o interesse em armar em São Paulo uma rede de assistência psiquiátrica moderna, aos moldes do Dom Pedro II no Rio de Janeiro e dos hospitais europeus e americanos do final do século XIX, sempre esteve presente desde a inauguração do hospício. Pode-se dizer até mesmo que o maior objetivo da criação desse grandioso complexo hospitalar era, na verdade, o desenvolvimento da pesquisa científica no âmbito das doenças mentais a partir do qual seria possível contribuir com o almejado desenvolvimento da Psiquiatria no país. Mas o que precisa ficar claro é que a psiquiatria enquanto um campo de pesquisa científica e acadêmica só alvoreceu mesmo a partir da década de 1920 do século passado. O que Franco da Rocha visava, na verdade, era o desenvolvimento da ciência psiquiátrica, através de um controle sistemático das moléstias mentais. Para tanto, fez-se necessária a interlocução do laboratório de anatomia patológica das moléstias mentais. Em 1896, Franco da Rocha já demonstrava essa preocupação com o progresso científico acerca das doenças mentais: “Para não continuarmos na pouca louvável ignorância, como até aqui, certas despesas são inadiáveis neste novo hospício: - Tal é a criação de um laboratório histo-chimico para o estudo da anatomia patológica e da patologia experimental” (Franco da Rocha, *apud*. PACHECO e SILVA, 1924, p. IX).*

Nota-se, pois, nas palavras do fundador do hospício, a preocupação em retirar a loucura dos “porões”, como era de costume anteriormente, por exemplo, nas santas casas de Misericórdia, onde os doentes mentais eram depositados sem cuidados específicos dividindo espaço com pessoas de todas as categorias, sobretudo mendigos e marginais.

¹⁷ As pesquisas científicas tornaram-se mais intensas após a inauguração do Laboratório de Patologia no ano de 1923, ano em que Antonio Carlos Pacheco e Silva sucede Franco da Rocha na direção do Hospício.

* No original, a redação aparece em português arcaico anterior à revisão de 1948. Para facilitar a leitura, preferi fazer as citações, ao longo de todo o texto, de acordo com o modelo ortográfico atual.

Além disso, ao colocar o problema como sendo de saúde pública, evidencia a necessidade do repasse por parte do governo do estado, de verbas para custear as despesas decorrentes da implementação de uma infra-estrutura adequada para a realização das pesquisas científicas. Dessa maneira, chama os poderes públicos a investir no campo de assistência aos doentes mentais. Isto fica bem claro em suas palavras pronunciadas em 1908:

A assistência a alienados é um problema de assistência social que, como quaisquer outros, reclama continuamente a atenção dos poderes públicos (...). Neste turbilhão de atividade sófrega, no comércio, na lavoura, na indústria, nas especulações, etc., onde vencem uns e tombam outros, não faltam os momentos propícios para a eclosão da demência. Os centros populosos, com sua agitação de progresso, têm atrativos especiais para toda a espécie de degenerados (Franco da Rocha *apud* VIEIRA, 1934-35, p. 22).

Dessa maneira, Franco a Rocha fala da necessidade dos poderes públicos subvencionarem continuamente a assistência aos doentes mentais e desafortunados de todas as categorias. Como ele acrescenta:

(...) Os postos policiais cheios de insanos, acumulados numa lastimável promiscuidade, sem assistência de que precisam, devem forçosamente empanar o brilho de tanta coisa boa e bem organizada que, realmente, existe em São Paulo. Nenhuma despesa melhor se justifica, que a destinada a socorrer os infelizes dementes. Não há necessidade de luxo; este seria mesmo censurável, tratando-se de gente que só carece do necessário conforto e cuidado que nas cadeias e postos policiais é impossível dar-lhes (Idem, *ibidem*).

Franco da Rocha mostra uma grande preocupação em dotar a cidade de São Paulo de um modelo de assistência psiquiátrica que estivesse à altura da cidade moderna. Além disso, defende a importância dos espaços específicos para o tratamento da doença mental mostrando que a reclusão dos “degenerados” nas celas insalubres das cadeias e postos policiais só servia para privar estes indivíduos de seu direito de assistência médica e psiquiátrica, específica adequada e sistematizada. Dessa maneira, ele sugere ao governo do Estado a criação de um imposto destinado à assistência desses alienados de todas as sortes:

(...) Um imposto especialmente destinado à assistência aos insanos, como se faz em outros países dará ao Governo os recursos necessários para a organização desse serviço, que é hoje de iniludível urgência. Merece sério estudo esta criação de um imposto, como se faz na Escócia, onde os insanos são muito bem cuidados. E pergunta: Não haverá um legislador que queira deixar seu nome ligado a tão boa obra? Acreditamos que sim (Idem, *ibidem*).

Os locais de exclusão seriam, dessa forma, substituídos por um local de assistência mais sistemático, onde a preocupação primordial seria o desenvolvimento de pesquisas científicas que visariam um processo de intervenção e tratamento do doente e da doença mental com maior rapidez, categoria e eficiência. Para tanto a implantação de um laboratório era de fundamental importância: “Um hospício sem essa dependência não é um estabelecimento guiado por idéias científicas; será, quando muito, uma gaiola de loucos. Isso não quadra com o progresso e o bom nome de São Paulo entre os Estados do Brasil” (Idem, *ibidem*).

Nessa passagem, a preocupação com o progresso fica bastante evidente, o hospício enquanto “gaiola de loucos” só servia, até aquele momento, para manchar o nome e a reputação da Psiquiatria brasileira. Preocupado em desenvolver uma nova configuração do imaginário brasileiro acerca da Psiquiatria, Franco da Rocha mostra-se preocupado com a construção de um bom nome, claro e limpo da Psiquiatria, sobretudo do estado de São Paulo, através do rigor científico, assim como mandam as leis do progresso. Segundo Franco da Rocha, a exploração do “campo vastíssimo” da anatomia patológica só seria possível, através da utilização dos métodos e instrumentos modernos oferecidos pela ciência, assim como já vinha ocorrendo na França e em outros países europeus. Ignorar estes métodos específicos seria permitir que a loucura e o louco permanecessem nas “gaiolas”. Uma grande violência contra a integridade humana, tanto física (corpo) quanto do espírito e da alma. Caberia ao poder público, nesse sentido, a competência de providenciar as medidas necessárias para a consolidação desse novo aparelho de classificação, compreensão e tratamento das moléstias e dos indivíduos com adoecimento psíquico.

Dessa forma, o interesse com a implementação desse novo aparelho não deveria ser somente dos médicos, mas de toda a população. Como justifica Rocha: “A observação de todos os doentes, registradas em livros especiais e completadas, quando for possível, pelas autópsias, constituirão para o futuro, materiais preciosíssimos” (Franco da Rocha, apud. PACHECO e SILVA, 1924, p. IX).

Ao mostrar-se altamente preocupado com o futuro da ciência, Rocha evidencia a necessidade da construção de “Memórias da Psiquiatria”, que permeassem no âmbito coletivo e social, não como uma história da exclusão, mas como uma história da evolução e do avanço da ciência frente às doenças mentais. A construção de um discurso médico-psiquiátrico acerca da loucura, subsidiado pela ciência e seus métodos específicos e

rigorosos, era de grande importância para que a história da Psiquiatria, em São Paulo e no Brasil, fosse vista, futuramente, com bons olhos, como um exemplo e modelo a ser seguido.

Não obstante, foi somente no ano de 1922, depois de vinte e seis anos de insistentes solicitações ao governo do Estado de São Paulo, que Franco da Rocha pôde fazer suas considerações. Em relatório enviado ao secretário de Interior, ele fez as seguintes observações:

Quando há trinta anos, planejei a reforma completa da assistência aos alienados de São Paulo, tive em mente um grande projeto constituído de duas partes: a primeira seria a organização material do Hospital, com suas colônias agrícolas anexas e a assistência familiar e econômica, barata, à moda de Gheel e da Escócia. Esta parte realizei com toda firmeza e segurança, realização hoje provada pelo atual Hospício de Juquery com sua organização administrativa sólida modelar. Nisso consumi a melhor parte de minha vida, segregado da sociedade, para entregar-me, de corpo e alma, a esse trabalho (Franco da Rocha, apud. PACHECO e SILVA, 1924, p.IX).

E mais adiante ele acrescenta: “(...) Agora o maior trabalho deverá encontrar-se na outra parte, na organização científica, que será a chave da abóbada deste grande edifício. Esta já foi iniciada. O Laboratório é o pivô sobre o qual terão de se apoiar o surto científico e o progresso do Hospício” (Idem, *ibidem*).

Novamente a preocupação com o avanço científico e com o progresso da ciência Médico-psiquiátrica aparece como norte do discurso de Franco da Rocha. Nota-se que o laboratório surge como sendo o lugar mais importante do Hospício; o comando executivo de onde nasceriam as maneiras adequadas de intervenção no âmbito de suas intermediações, a saber, o resto do hospital. Poderia ser pensado como um sistema nervoso central, comandado por um grupo especializado, analogamente o cérebro, de onde partiriam todos os comandos após a decodificação dos estímulos e informações que lhe chegam. Grosso modo, o laboratório seria o centro, o cérebro, do aparelho, responsável pela decodificação das informações que lhe chegam e, a partir de então, fazer intervenções no sentido de reafirmar comportamentos aceitos e normais, e suprimir aqueles que são falhos ou então substituí-los por outros mais adequados ou aceitáveis. Enfim, o laboratório aparece como o “carro-chefe” do aparelho Psiquiátrico. Como lembra Pacheco e Silva (Idem, p. X):

Hoje, não se pode chamar Psiquiatra cientista quem não conheça bem a anatomia patológica das moléstias nervosas e mentais. O laboratório, onde se realizam os estudos das lesões cerebrais, das doenças mentais, como complemento indispensável do estudo clínico no leito da enfermaria, é a secção mais importante de qualquer hospício.

Neste sentido, a figura do laboratório como o lugar de realização das mais diversas pesquisas científicas é de fundamental importância. Até porque dá mais credibilidade ao estatuto científico que a doença mental passa a receber neste momento. Nas palavras de Uchoa (1981, p. 49):

Com efeito, o laboratório de anatomia patológica do Hospital Central de Juqueri tornou-se motivo de honra e glória dum hospital que, no gênio realizador de Franco da Rocha, se projetaria internacionalmente como um dos mais importantes hospitais psiquiátricos do mundo, graças ao trabalho e competência de uma excelente equipe de médicos generalistas, neurologistas e psiquiatras dotados de talento para a pesquisa e para o ensino.

Neste novo espetáculo, o laboratório aparecia como personagem principal, enquanto as outras instâncias e imediações do Hospital apareciam como coadjuvantes. Mas sem o embate entre ambos jamais seria possível a geração de significados. Com a utilização dos métodos rigorosos da ciência, talvez fosse possível chegar a uma verdade sobre a doença mental, e assim seria mais fácil identificá-la, classificá-la, controlá-la ou, até mesmo, curá-la. Afinal de contas este é o objetivo maior do estabelecimento de um plano de avaliação e tratamento da doença mental, senão curá-lo, em alguns casos isso não é possível, pelo menos reabilitá-lo para que fosse possível devolvê-lo à sociedade com a garantia de que não causaria mal nenhum a si mesmo nem aos outros.

Não obstante, embora Franco da Rocha mantivesse esta recorrente preocupação com o avanço técnico e científico, sua orientação esteve predominantemente voltada para o asilo. Quer dizer, as pesquisas deveriam ocorrer no interior do hospital sem transpor aos seus muros. Não estava preocupado com o ensino em psiquiatria nas academias, até porque naquele período a faculdade de medicina da Universidade de São Paulo ainda não tinha sido fundada,¹⁸ ele pensava que o ensino psiquiátrico deveria ocorrer dentro dos muros do

¹⁸ Segundo Silva (2001) a primeira proposta de instalação de uma academia de Medicina e cirurgia na cidade de São Paulo foi feita em 1891 pela lei n. 19 de 24 de novembro, como parte de um plano de governo estadual de reorganização do ensino superior. No entanto, somente em 1911, com a aprovação da Lei Rivadávia Corrêa, após muita luta, é que foi possível instituir o ensino livre através da criação de escolas particulares que ministravam diversos cursos, entre eles o de Medicina. A USP só seria criada em

hospital, sendo que o médico psiquiatra teria sua formação a partir de sua prática diária, através do contato direto com o paciente e com as diversas patologias. Esta conduta reflete a grande influência que sofreu do pensamento psiquiátrico francês. Isto porque, segundo Venâncio (203, p. 4):

(...) a excelência do conhecimento psiquiátrico francês destacava a importância da atuação na assistência pública, enquanto que, no caso alemão, ressaltava-se muito mais intensamente a necessidade de atuação no espaço acadêmico estrito senso, fundada na pesquisa científica, como forma de produção do *ethos* de psiquiatria.

No entanto, convém lembrar que esta não foi uma realidade apenas da psiquiatria paulista, muito ao contrário, como foi mostrado anteriormente, este modelo asilar, de influência francesa, esteve presente em praticamente todo o país marcando o pensamento psiquiátrico brasileiro durante toda a segunda metade do século XIX e as primeiras décadas do século XX. O que torna o caso de São Paulo mais conhecido é que a cidade sempre ocupou um lugar importante no campo cultural, político, econômico e social do país e, além disso, o Juquery sempre figurou entre as maiores e mais importantes instituições psiquiátricas e hospitalares do Brasil, recebendo pessoas de vários lugares do país (Para saber mais ver: SEVCENKO, 1992).

A assistência pública aos doentes mentais também teve no Brasil um caráter disciplinarizador. O hospício assumiu um lugar de grande importância na cura do paciente. Foi construído de forma a possibilitar ao médico e ao psiquiatra o controle total dos doentes e de suas rotinas. Contava com espaços fechados onde era possível internar os pacientes agudos e em crise, além disso, nestes lugares se localizavam os dormitórios e também se dispunha de colônias agrícolas, onde eram realizados os trabalhos de laborterapia, principalmente pelos doentes crônicos que dependeriam do hospital pelo resto de suas vidas. Grosso modo, o hospício de Juquery, logo depois de sua inauguração era organizado da seguinte forma:

O estabelecimento central dispõe-se de duas seções, a de homens e a de mulheres. Cada seção tem quatro pavilhões que permitem a separação dos insanos de acordo com as conveniências indicadas pelas formas de moléstia. Há, além disso, mais dois pavilhões que contêm as celas para recepção e exame preliminar dos doentes no momento da entrada. Esta seção é anexa às salas de hidroterapia (...) Cada pavilhão tem seu

Novembro de 1911 pelo médico Eduardo Augusto Ribeiro Guimarães, possuindo diversas faculdades, dentre elas as de Medicina.

refeitório, sala de permanência, jardim e dormitórios; estes são salões no primeiro andar, a no andar térreo um salão dividido em pequenos quartos, mas com atmosfera comum. Nestes pernoitam os doentes que por qualquer motivo não deixam os companheiros dormir em sossego (...). O pessoal de um pavilhão consta de um enfermeiro encarregado, responsável pelo serviço; sujeitos a este, tantos guardas quantos necessários, na proporção de um para dez doentes. Um enfermeiro chefe responde na seção a seu cargo por todos os encarregados e serve ao mesmo tempo na sala de cirurgia, quando se trata de operações e curativos (...) Aí, no Asilo central, recolhem-se os doentes recentemente admitidos, para os quais se supõe sempre a possibilidade de cura. Todos são sujeitos à cuidadosa observação médica. Uma grande parte deles é submetida ao repouso no leito durante tanto tempo quanto é preciso para se formar juízo sobre a curabilidade ou incurabilidade da moléstia (...) Quando incuráveis, os doentes passavam á Colônia Agrícola, onde foram organizadas varias dependências para fins de laborterapia: plantação de pomar, criação de vacas leiteiras, de porcos e galinhas (Cf.: RUSSIANO, 1948-49, pp. 10-11).

Colocado dessa forma, o hospício pode até parecer uma instituição normal como qualquer outra, mas a sua estrutura não é traçada de forma despreziosa, muito pelo contrário, possui características particulares que fazem dele um lugar diferente de um hospital convencional, uma escola ou um presídio, por exemplo. É um lugar projetado para funcionar de forma ordenada, em que as hierarquias de poder são claramente definidas e os comportamentos são passíveis de controle. É certo que o hospício de Juquery não apresenta uma arquitetura circular com uma torre no centro, mas apresenta muitas semelhanças ao panóptico, descrito por Foucault em seu livro *Vigiar e Punir*. No panóptico, modelo de prisão existente na Europa no século XIX, existia um prédio circular com uma torre ao centro onde se localizava um guarda. Visando o controle total dos detentos, essa arquitetura foi projetada de forma a possibilitar à pessoa localizada na torre, de visualizar todas as celas enquanto os internos não conseguiam ver uns aos outros. Dessa maneira, eles tinham a sensação de estar o tempo todo sob a mira de olhares atentos que advinham da torre de controle (Cf.: FOUCAULT, 1977). A eficiência do controle nesta estrutura disciplinar, no entanto, não consistia exatamente no olhar que vinha da torre, mas do condicionamento que este modelo provocava nos indivíduos. Em outras palavras, a eficiência estava no autocontrole dos indivíduos, pois uma vez condicionados a não apresentarem comportamentos inadequados e passíveis de punição, chega um momento em que não precisa nem mesmo colocar um guarda na torre, a sensação de estar sendo vigiado o tempo todo faz o indivíduo a abolir seus comportamentos ilegais e fora da norma.

O hospício, neste sentido, assim como a prisão, visa colocar os indivíduos no plano da norma. Para tanto promove o isolamento, divide os internos por sexo, distribui o tempo e exerce a vigilância constante. A divisão sexual visa evitar os comportamentos promíscuos, resguardar a intimidade e, principalmente, promover um controle do sexo e da sexualidade. A distribuição do tempo tem o intuito de evitar o ócio, que é totalmente condenado no interior do asilo, e dar ocupação aos internos orientando-se pelo ditado popular “cabeça vazia, oficina do diabo”. A vigilância, por sua vez, procura manter o bom funcionamento do hospício e os comportamentos dos indivíduos sob intenso controle. Além disso, o discurso médico procura introjetar na cabeça do interno a idéia de que ele é doente e precisa de tratamento e somente o médico, com todo o seu conhecimento, é capaz de promover a sua cura. Em outras palavras, coloca o indivíduo sob sua tutela e total dependência.

Dito dessa forma, o hospício, assim como o panóptico descrito por Foucault, apresenta uma forma de funcionamento em que as relações de poder são constantes. É um lugar construído por médicos e psiquiatras com o intuito de fazer valer o seu poder que é subsidiado por um saber quase inquestionável. Para tanto retiram o louco do seio da sociedade mantendo-o apenas sob o seu olhar especializado. Não é por acaso que o Juquery, assim como a maioria dos hospitais psiquiátricos, foi construído em um lugar totalmente afastado do centro da cidade, onde se torna até difícil chegar, para afastar o louco do convívio com o homem normal e ajustado no trabalho e, ao mesmo tempo mantê-lo ao alcance de seu olhar “onipotente”.

A real intenção de Franco da Rocha talvez não venha ao caso no momento, mas sua luta incansável para construir um espaço específico para tratamento da loucura não visou simplesmente a promoção de uma assistência pública, digna, “humana” e solidária ao doente mental, mas visou, sobretudo, a conquista de um espaço onde a loucura seria colocada sob total controle do saber médico e psiquiátrico. Não é uma luta por um espaço físico e geográfico, mas uma luta simbólica em que o principal objetivo seria a consagração do saber médico e a instituição do poder psiquiátrico. O que estava em disputa era a verdade sobre a loucura, e esta verdade, para Franco da Rocha, sem sombra de dúvidas, só poderia ser alcançada pela medicina psiquiátrica.

A fragmentação do espaço em alas específicas para homens e mulheres, a separação entre os internos por tipo de patologias, pensionistas e não-pensionistas, agudos e crônicos, tudo isto evidencia o caráter positivista e fortemente analítico do pensamento psiquiátrico

que se insere no interior do asilo. É um lugar em que a ideologia médica e psiquiátrica é quem dita as normas e as regras. E qualquer atitude ou comportamento que esteja em desacordo com estas normas previamente estabelecidas, é interpretado como uma manifestação de uma mente louca e ensandecida.

A criação de serviços especializados como a assistência aos jovens delinquentes e, posteriormente, aos psicopatas, que só tiveram um lugar específico em 1933 quando foi fundado o manicômio judiciário, também reflete este interesse em multifacetar as diversas categorias de loucura, colocando seus fragmentos na lupa dos especialistas. Assim, vários serviços foram sendo criados ao longo do funcionamento do Hospital de Juquery, novas construções que se anexavam ao hospital central aumentando o espaço de assistência aos alienados. Em 1917, por exemplo, iniciou-se a construção do pavilhão de menores, que seria inaugurada somente no ano de 1921. Até então os menores conviviam com os adultos. O início da construção Laboratório de Anatomia Patológica se deu em 1921 sendo inaugurado dois anos depois. Já em 1923 o conjunto hospitalar de Juquery já contava com cinco colônias para crônicos (Cf.: FRALETTI, 1986-87).

Entretanto, mal se deu a consagração do laboratório e era chegada a hora de seu idealizador se aposentar. Depois de mais de vinte anos na direção do hospital, Franco da Rocha entregou aos seus sucessores a direção do hospício.¹⁹

Na verdade, o que Franco da Rocha fez foi criar um espaço específico para atuação do médico e do psiquiatra na cidade de São Paulo, preparar o terreno para a prática da ciência médico-psiquiátrica e reafirmar o saber e o poder da ciência médico-psiquiátrica sobre as doenças mentais. Pretendeu desmontar o discurso da medicina popular, apagar as memórias da psiquiatria baseada no modelo asilar, caótico e excludente, e construir um discurso mais positivo que livrasse a psiquiatria e a medicina dos grandes erros que cometeu no passado. Daí a necessidade da construção de um veículo de expressão do pensamento científico do corpo clínico do Hospital de Juquery, que foram os *Arquivos de Memórias do Hospício de Juquery*, revista que logo se transformou numa das principais fontes da memória científica da psiquiatria paulista, retratando o desenvolvimento da psiquiatria, em São Paulo, e instituindo o poder médico sobre a loucura, agora denominada

¹⁹ Franco da Rocha se aposentou no ano de 1923 deixando o Hospital de Juquery sob direção de Antônio Carlos Pacheco e Silva, indicando pelo próprio Franco da Rocha para ser o seu sucessor. Franco da Rocha faleceu no dia oito de novembro de 1933, na cidade de São Paulo, depois de decorridos mais de trinta anos da fundação do Hospital de Juquery. Para o campo da Psiquiatria ele deixou grandes contribuições científicas e para os seus sucessores deixou grandes ensinamentos, sendo posteriormente reconhecido pelos seus sucessores como o Mestre Franco da Rocha.

doença mental, pois foi incluída na mesma categoria que as outras doenças orgânicas e biológicas.

2.2. O discurso científico

Com a saída de Franco da Rocha, a presidência do hospital foi entregue aos cuidados de Antônio Carlos Pacheco e Silva ficando ele responsável pela conclusão da parte científica do hospital.²⁰ O novo diretor do Hospício buscou renovar e ampliar a assistência aos doentes mentais através da criação de novos serviços e setores. O impulso às atividades científicas foi dado logo de início tornando sistemáticos os exames de sangue e liquor, pela importância do diagnóstico da sífilis naquele momento.²¹ No que diz respeito ao ensino, Pacheco e Silva organizou um curso de Psiquiatria e Neurologia, com a realização de aulas às quintas-feiras, aulas estas assistidas por médicos de São Paulo, que já vinham se destacando na especialidade. Prova destes estudos e pesquisas foi a criação do periódico científico “Memórias do Hospício de Juquery (depois Arquivos da Assistência a Psicopatas) que publicavam os resultados dessas pesquisas”.

Sua grande preocupação com o desenvolvimento de um modelo psiquiátrico calcado no cientificismo, visava afastar a Psiquiatria das práticas populares de intervenção sobre a loucura, tais como o curandeirismo e outras práticas clandestinas, como a bruxaria, por exemplo. A relação entre o saber e o poder, tão discutida por Foucault (1985 e 2003), tornaram-se claras nesse sentido. Era objetivo da Medicina e da Psiquiatria, através do uso dos métodos científicos, alcançar um saber exclusivo sobre a loucura para, a partir daí, exercer um poder incontestável sobre ela. A saber, como Foucault já havia observado na Europa após século XVIII, as ciências médicas e psiquiátricas reivindicavam, através dessas práticas, o estatuto de guardiã e detentora dos saberes sobre a loucura. Grosso modo, a única capaz de dizer a verdade do que era e como deveria ser tratada. Isto se torna claro nas palavras de Franco da Rocha:

²⁰ Antônio Carlos Pacheco e Silva, desde 1920, dirigia o Laboratório de Biologia Clínica e Anatomia Patológica do Hospício de Juquery.

²¹ Nos anos 20 do século passado, a sífilis era vista como uma das principais responsáveis pela doença mental. Tanto que uma dos exames mais frequentes no interior do asilo era o exame de Wassermann, criado na Alemanha para diagnosticar a sífilis. Este exame foi amplamente utilizado no hospital de Juquery, não somente nos anos 20, mas também na década seguinte.

Sem tais estudos, hoje, o médico nada mais é do que um empirista mais ou menos feliz, um curandeiro, no fim de contas. Compreende-se bem que os estudos paralelos do doente, na clínica, e das respectivas lesões, no laboratório, transformarão a psiquiatria empírica num ramo interessantíssimo da ciência positiva (Apud. PACHECO e SILVA, 1924, p. X).

O fator mais interessante nas palavras de Silva é a necessidade de o profissional adotar o modelo científico rigoroso em suas pesquisas e em seu trabalho. Chega a dizer que aquele que não detém os saberes científicos, nem sequer consegue ser completamente feliz. Talvez ele tivesse razão, pois seria impossível suportar a cobrança do progresso, do sistema e dos próprios colegas. Ou se adequava ou a melhor saída certamente seria o abandono da profissão.

Seria justamente esse caráter científico que manteria a figura imponente do Juquery viva na Memória histórica. Como o campo da memória é um campo de disputas constantes, a disputa em jogo era pela verdade acerca da loucura, era pelo alcance do saber sobre a doença mental, suas causas e seus efeitos, que a Psiquiatria paulista seria lembrada futuramente. A disputa, nesse sentido, seria pela construção e permanência dessa “verdade” na memória coletiva do povo brasileiro e de toda a Psiquiatria. Esta preocupação com o futuro da psiquiatria paulista já se fazia bastante visível nas palavras de Pacheco e Silva (1924, p. X): “Um dia no futuro, o Hospício de Juquery figurará entre os hospitais de nomeada pelos trabalhos científicos realizados”.

E de fato:

(...) Tornou-se famoso o hospital de Juqueri pela intensidade e excelente qualidade das pesquisas nas várias áreas da neurologia e da psiquiatria, havendo, outrossim, um excelente serviço de “clínicas especializadas” a serviço da investigação e da assistência aos doentes mentais. Das descobertas de Trétiakoff no campo da neurosífilis (inclusive paralisia geral) desenvolveu-se a investigação neuropatológica até assumir seu ponto mais alto com os trabalhos dos professores Walter Maffei e Rui Piazza (UCHÔA, 1981, p. 49).

E esta reputação do Hospital só se tornou possível com a difusão de uma memória admirável de suas realizações, sobretudo através da criação dos Arquivos de memórias. Pois é justamente em nome de uma memória positiva e admirada da Psiquiatria brasileira e contra o esquecimento de seus grandes feitos e realizações, que Pacheco e Silva justifica a inadiável necessidade da criação de um Arquivo de Memórias, onde pudesse ser impressa a imagem de uma psiquiatria que rompeu com os modelos exclusivos existentes anteriormente e celebrou uma Psiquiatria voltada para a preocupação com a pesquisa

científica acerca da loucura, agora denominada doença mental. Como ele mesmo acentua: “Eis aí nessas conceituosas palavras, exposta a razão de ser da publicação destas memórias, como corolário da nova feição dada agora ao Hospício” (PACHECO e SILVA, 1924, p. X).

Com a presença de Pacheco e Silva no comando do hospital o modelo de assistência aos moldes da psiquiatria francesa, aos poucos foi deixando de ser o modelo central, passando a conviver com a influência do pensamento alemão. Tanto é que até o ano de 1926 os Arquivos de memórias eram publicados em português e francês e depois desse ano passou a ser publicado em português e alemão, revelando esta forte influência do pensamento psiquiátrico alemão no campo da psiquiatria paulista. Implanta-se um modelo psiquiátrico que não visa mais apenas a promoção da assistência aos indivíduos com transtornos mentais, mas uma psiquiatria que visa compreender cientificamente as relações causais entre os distúrbios somáticos e a doença mental.

Além disso, a influência da psiquiatria alemã imprimiu no Brasil um modelo de psiquiatria que, além de promover o tratamento do doente mental através do uso de métodos terapêuticos variados, visava uma intervenção profilática em relação à doença mental. Como mostra Venâncio (2003, p.4):

(...) a difusão da psiquiatria alemã no Brasil coadunava-se com a necessidade de um instrumental que desse conta da particularidade de uma ‘sociedade brasileira’ – mestiça e desigual socialmente – garantindo-se, ao mesmo tempo, sua inclusão entre as nações ditas civilizadas.

Dessa maneira, sob a autorização do Governo do Estado, o Doutor C. Trétiakoff veio para dirigir o Laboratório de Anatomia Patológica do Hospício de Juquery. Ex-chefe do Laboratório do grande Hospital de Salpêtrière, na França, Trétiakoff imprimiu no Hospício um modelo que combinava assistência pública aliada à pesquisa científica. O professor Trétiakoff permaneceu como chefe do Laboratório de Anatomia Patológica do Hospital de Juquery no período de 1923 a 1926 infundindo entre os médicos, durante este tempo, entusiasmo pelas pesquisas de neuropatologia.²² Em 1926 regressou à URSS, sendo nomeado, em 1931, Professor Catedrático do Instituto de Medicina de Saratov, onde

²² Segundo mensagem do presidente da província de São Paulo: “o hospício de Alienados do Estado de São Paulo localizado em Juquery, continuou em seus trabalhos científicos e de organização do seu laboratório de anatomia patológica das moléstias mentais. As memórias do Hospício têm merecido a melhor aceitação dos competentes. Em meados de agosto último o professor C. Trétiakoff iniciou uma série de conferências sob o tema geral de ‘Curso de Neuropatologia’, assistidas por membros, estudantes e outros interessados.

permaneceu até a sua morte. Suas contribuições para o desenvolvimento da Psiquiatria paulista e brasileira foram enormes, sendo, até hoje, inquestionável.

Assim, o Hospício pôde iniciar a publicação de suas memórias, tendo como material as discussões ocorridas no interior da Instituição e em seus meandros acadêmicos. Enfim, tornou-se um veículo de divulgação dos trabalhos científicos realizados no laboratório de anatomia patológica e dos estudos clínicos efetivados nas Clínicas e Colônias do Hospital. Sente-se a necessidade de compreender a doença mental no Brasil em suas peculiaridades, dentro de um contexto específico em que as psicoses se apresentam e se desenvolvem. Era claro o modelo trazido da Europa, mas a afirmação era de uma cultura científica que partisse do Brasil para compreender a realidade da Psiquiatria brasileira. Assim, o nascimento da revista se revestiu de um clima intelectual otimista, no qual predominava o pensamento positivista e um forte sentimento nacionalista. Como defende Pacheco e Silva: “É no Brasil que se devem fazer a medicina e a hygiene para o Brasil”. Até porque compreendia que as doenças mentais variavam com o clima, costumes e com grande número de outros pequenos fatores. Como mostra Silva (1987, p. 17):

O ápice do sentimento nacionalista vai aparecer nos anos que se seguiram à revolução constitucionalista de São Paulo, quando então imprime-se na capa da revista, já com o nome de *Arquivos de assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo*, um símbolo do Estado de São Paulo, com a inscrição latina PRO-BRASILIA-FIANT-EXIMIA (Fazer o Melhor, pelo Brasil).

Não obstante, mesmo que as referências alemãs estivessem claramente presentes no saber psiquiátrico dos médicos do hospital, a presença da escola francesa ainda era bastante clara. Numa outra passagem fica mais presente essa influência:

(...) Possam, entretanto, estes trabalhos, contribuir para o esclarecimento de alguns dos múltiplos problemas, ainda por resolver, no vasto campo da neuropsiquiatria, para que não fique desmerecido o brilho da escola de Salpêtrière, sob cuja égide se inicia esta jovem escola (PACHECO e SILVA, 1924, p. XI).

É sabido, pois, que a idéia que norteou a construção do Hospital de Juquery, foi trazida da França. O Hospital de Juquery foi construído de acordo com as decisões do Congresso Internacional de Alienistas (Paris, 1899), que baseavam-se pelos seguintes princípios:

- 1) Estabelecerem-se colônias agrícolas anexas aos asilos, sempre que isso for possível;
- 2) Adotar o sistema de asilos médico-agrícolas, compostos de um asilo central cercado de estabelecimentos agrícolas (fermes), sempre que as circunstâncias o permitirem, quando um novo asilo tiver de ser criado (Cf.: SILVA, 1987, p. 15).

Mais uma vez a preocupação clarividente com o progresso científico acerca da doença mental, aparece como pano de fundo da discussão. E a criação de um Arquivo de Memórias, mais que registrar os avanços para que possam ser revistos pela posteridade, serve para legitimar um poder da Psiquiatria que, através do domínio da metodologia e da técnica científica, deteria em seu âmago, por vários anos, o saber formal e assegurado sobre o universo da doença mental. Como diria Le Goff (1994, p. 419): “A memória, como propriedade de conservar várias informações, remete-nos em primeiro lugar a um conjunto de funções psíquicas, graças às quais o homem pode atualizar impressões ou informações passadas, ou que ele representa como passadas”.

Neste sentido, o discurso médico-psiquiátrico acaba institucionalizando a loucura, afastando ela ainda mais da sociedade e confinando-a dentro dos muros do hospital e das colônias agrícolas. Não é à toa que o período em que Pacheco e Silva permaneceu como diretor do Hospital ficou conhecido como o período hospitalar, com a criação de novos setores e admissão de um contingente faraônico de novos alienados.²³ Com a criação do Hospício de Juquery procurou-se desmontar todo um aparelho anterior que se baseava mais na punição e na exclusão, que na explicação e compreensão do louco e de sua possível loucura, mas seus avanços em termos de humanização no tratamento psiquiátrico ainda continuaram sendo medíocres, o uso celebrado de tratamentos violentos como eletrochoque, coma induzido pela injeção de insulina e lobotomia, só serviram para reafirmar a idéia de uma Psiquiatria severa, punitiva e autoritária, uma realidade que os Arquivos de memórias procuraram esquecer.

Dessa maneira, a memória aparece como objeto valioso no processo de construção do conhecimento histórico, pois a partir da memória coletiva é possível compreender o passado e suas representações. As fronteiras entre História e Memória, dessa forma, são intercambiável, ao passo que se torna possível compreender o presente a partir das reconstruções que são feitas do passado. Ela está presente em cada experiência do passado,

²³ Segundo mensagem do presidente da província de São Paulo “existiam em 31 de Dezembro de 1923 doentes de ambos os sexos em número de 1833. Entre os doentes haviam 167 dementes criminosos, sob constante e rigorosa vigilância”.

está presente no pensamento, nos sentimentos e percepções, bem como na imaginação. Por outro lado, a memória é também um campo de disputas constantes, pois como diria Le Goff, “a memória que se populariza ganha certa autonomia”. Assim a construção dos documentos é uma tentativa de oficializar a memória e transformá-la em História, é uma espécie de luta da memória contra o esquecimento. Não obstante, é preciso compreender que História e Memória nem sempre são complementares. Os Arquivos de Memórias do Hospital de Juquery, dessa maneira, devem ser analisados com cuidado, considerando que muitas outras histórias certamente se encontram por detrás desses documentos que se tornaram monumentos, na tentativa de preservar uma História que se pretendeu ser a verdadeira História da psiquiatria no estado de São Paulo e no Brasil.

O primeiro volume dos Arquivos, publicado em 1924, recebeu o nome de *Memórias do Hospício de Juquery*, que no ano seguinte passou a ser chamado de *Memórias do Hospital de Juquery*, pois o termo hospício carregava um tom pejorativo que mantinha viva a história de violência e exclusão da assistência psiquiátrica no Brasil presente nos modelos anteriores, que mais pareciam depositários de massas humanas desvalidas, sem rostos e sem almas. Editado pela *Officina da Companhia Graphica Editora Monteiro Lobato*, o periódico difundia trabalhos em português e francês, denotando a influência da psiquiatria francesa na época, e seus temas são, na sua grande maioria, referentes à anatomopatologia cerebral. A partir do terceiro volume, as referências bibliográficas revelam o aparecimento da influência da psiquiatria alemã no Brasil.

Em 1936 de Memórias, a revista passou a assinar o nome de Arquivos e como a assistência aos doentes mentais ultrapassavam já os limites do Juquery, compreendendo também os estudos de psiquiatria forense, dada a incorporação do manicômio judiciário, a revista recebeu o extenso nome de *Arquivos de Assistência Geral a Psicopatas do estado de São Paulo*. Na introdução das novas memórias do hospital, em 1936, o diretor do hospital de Juquery, o doutor Pacheco e Silva (1936), assim pronunciava:

Sai hoje a lume o primeiro volume dos Arquivos da Assistência a Psicopatas do estado de São Paulo, cuja publicação sucede à das Memórias do Hospital de Juquery, iniciada em 1924 (...) O grande desenvolvimento que se operou na assistência a psicopatas do Estado de São Paulo levou o governo a ampliar a sua organização, que se compõe hoje não só do Hospital Central e das Colônias de Juqueri, como também da clínica Psiquiátrica e do Manicômio Judiciário (...) Justifica-se, assim, a modificação do título dessa revista, que passará a conter o relato

científico dos trabalhos elaborados em todos os departamentos da Assistência.²⁴

De autoria do Doutor C. Trétiakoff, primeiro diretor do Laboratório Patológico do Hospício de Juquery, o primeiro artigo publicado nos Arquivos de Memórias tinha como tema principal a demência precoce que se intitulava “As placas ‘cito - gordurosas e a sua origem nas diferentes moléstias mentais.” Ainda denominada pelo termo cunhado por Esquirol, a loucura era vista ainda como demência, a psicopatologia modelo da psiquiatria, que posteriormente receberia o nome de Esquizofrenia.²⁵

Através do estudo de 51 casos de moléstias mentais, Trétiakoff em seu artigo, resultado de pesquisa desenvolvida no interior do laboratório de análises patológicas, procura identificar a relação entre a presença de placas cito-gordurosas no cérebro desses pacientes e ocorrência da demência precoce. Fato interessante nesse artigo é perceber a grande variedade de moléstias mentais que existia no interior desse asilo de grandes proporções que era o Juquery. Em um total de 51 pacientes analisados pelo doutor Trétiakoff, encontravam-se nove casos de Demência Precoce hebefreno catatônica, cinco casos de Demência precoce paranóide, três de delírio alucinatório crônico, quatro casos de demência relacionados com a presença de cisticercose cerebral, dois casos de alcoolismo, dois de demência senil, um caso de Artério esclerose com amolecimento cerebral, cinco casos de psicose maníaco-depressiva, cinco de Depressão melancólica (enterite crônica, caquexia), cinco casos de Paralisia geral, um caso de Encefalopatia infantil, um de meningite tuberculosa, um de epilepsia essencial e, por fim, um caso de Histeria.

É importante lembrar que tais pesquisas eram realizadas com indivíduos *post mortem*. Nesses casos analisados por Trétiakoff, as principais *causas-mortis* eram: Tuberculose, que aparecia em primeiro lugar, como a principal *causa-morti*, somando um número de 23 casos em um total de 51 casos, em seguida o lectus paralítico com um total de cinco casos, depois a asistolia com quatro casos, em seguida a Pneumonia, a Disenteria, a paralisia bulbar terminal e a Uremia, ambas representando cada uma três casos de *causa-mortis*, dois casos de hemorragia meningo-cortical e, finalmente, o Choque operatório (hérnia, delírio alucinatório crônico), estado de mal epilético, artério - esclerose e peritonite aguda, somando, juntas, um total de quatro casos.

²⁴ SILVA, Pacheco e. *Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo*, vol. 1, n.1, 1936.

²⁵ Termo utilizado ainda nos dias de hoje para denominar um estado de psicose grave, classificada segundo os critérios nosológicos dos manuais de classificação das doenças mentais, hoje, CID-10 e DSM-IV.

Essa grande diversidade de psicoses revela uma demanda de indivíduos que não paravam de chegar nesse asilo. Um outro fato de extrema importância diz respeito às causas responsáveis pelas mortes dos pacientes, sobretudo, à grande frequência de casos de tuberculose. Na primeira metade do século XX ainda não existia no Brasil uma campanha de conscientização e erradicação da tuberculose, responsável pela morte de grandes nomes de nossa História, como o poeta Álvares de Azevedo, Castro Alves, dentre outros, nesse momento, a tuberculose ainda continuava matando grande parte de nossa população. Esse fato também é capaz de revelar as péssimas condições de higiene e salubridade presentes no interior do hospício, tendo as pessoas vivendo ainda em estados de precariedade.

Fortemente marcada pela teoria da degenerescência, a psiquiatria praticada no interior desse asilo colocava a loucura no rol das doenças orgânicas, cuja origem era decorrente de alguma disfunção cerebral ocorrida a nível orgânico. Cabe ressaltar que os artigos publicados até 1935 são predominantemente de cunho organicista, compreendendo estudos anátomo-clínicos, bioquímicos e de terapias, sobretudo, biológicas. Depois de 1936, as pesquisas vão revelando aos poucos a influência da fenomenologia, e terapêuticas sociais, além do domínio da psicanálise. A tentativa de explicar a demência precoce através da verificação da presença de placas cito - gordurosas no cérebro do paciente, por exemplo, deixa clara a ideologia psiquiátrica da época de que as psicoses eram doenças orgânicas como quaisquer outras e que seu método de tratamento deveria ser feito através da intervenção direta nessas partes do organismo que foram afetadas. A loucura não está mais no espírito ou na alma do paciente, como esteve antigamente, agora ela passou a ser doença e se aloja no cérebro do indivíduo, como qualquer outra doença. Caberia à Psiquiatria, portanto, identificar essa doença, descobrir suas causas orgânicas e promover a regeneração do indivíduo alienado. Dessa forma, fica claro que as pesquisas divulgadas nos *Arquivos de Memórias do Hospital de Juquery*, no período que compreendem os anos de 1924-1935, eram fortemente marcadas por essa influência organicista, herdada da psiquiatria francesa e principalmente alemã, sobretudo, versando sobre a teoria da degenerescência de Morel e Magnan. Como mostra Silva (1987, p. 19):

(...) Nesse período são publicados estudos de correlações anátomo-clínicas. Quadros clínicos e síndromes psiquiátricas são correlacionados com lesões cerebrais e de outros órgãos. Realizam-se pesquisas de psicose orgânicas causadas por tumores cerebrais, sífilis, doenças infecciosas e cisticercose cerebral. Todos os distúrbios psíquicos são analisados à luz da neuropatologia. Pesquisas bioquímicas laboratoriais

são frequentes. E, entre as terapias biológicas, dá-se ênfase à sulfoterapia e à malarioterapia. Apareceram raros artigos de psicanálise.

De fato, os estudos publicados neste período enfatizaram fortemente as terapêuticas biológicas. Os casos analisados nesses dez anos de arquivos mostram claramente a procedência dessa afirmativa. O que importava era divulgar o sucesso no campo da pesquisa sobre as doenças mentais e mostrar a importância do laboratório de análises patológicas para o bom funcionamento da instituição e controle das principais moléstias que castigavam o país. Não obstante, não interessava simplesmente fazer a observação e dar o diagnóstico, mas, sobretudo, “curar” o doente e controlar a doença, através de medidas profiláticas e terapêuticas eficientes importadas de outros países europeus e dos Estados Unidos. É só lembrar que o uso de diversas terapias foi inaugurado neste período, tendo uma presença marcante nos anos de 1936-1946, período em que as terapêuticas “modernas” ganharam um status especial. São divulgados, por exemplo, estudo de terapia por coma insulínico, lobotomia e convulsoterapia, seja pela aplicação de eletrochoque ou de cardiazol.²⁶ Além disso, continuam a aparecer inúmeros estudos sobre

²⁶ Em uma conferência pronunciada na Seção de Neuropsiquiatria da Associação paulista de Medicina a cinco de novembro de 1946, Amando Cauby Novaes, então Assistente de Clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e também Assistente de Neuropsiquiatria da Casa de Saúde do Instituto Paulista, falava dos aspectos práticos da viagem de estudos realizada nos Estados Unidos sob auspícios do “The Neuro-Psychiatric Institute of the Hartford Retreat”, do Instituto Internacional de educação de New York e da Divisão Cultural do Departamento de Estado de Washington. A viagem decorreu, a saber, de uma bolsa de estudos que o Professor Antonio Carlos Pacheco e Silva recebeu do então diretor do Instituto Neuropsiquiátrico de Hartford, o Dr. Cecil Charles Burlingame. Sendo, na ocasião, Assistente do professor Pacheco e Silva, Cauby Novaes viajou com o seu Mestre e com Paulino Longo, eminente catedrático da Escola Paulista de Medicina, permanecendo no Instituto de Hartford por 14 meses.

Na ocasião de sua passagem pelo Instituto, os médicos brasileiros tiveram a oportunidade de observarem de perto os aspectos práticos da Psiquiatria Norte-Americana, que naquele momento já se despontava como uma das mais promissoras do mundo. Muitos foram os aspectos que lhes chamaram a atenção, dentre eles o caráter humanitário, dinâmico e realizador com sua atenção sempre voltada para a melhoria das condições de assistência aos doentes mentais, elevado grau de desenvolvimento da Higiene Mental e, sobretudo, os métodos terapêuticos variados utilizados pelos americanos.

Naquele período, tendo se findado a II Grande Guerra Mundial, muitos soldados voltavam do front abatidos, deprimidos, abalados pelo desgaste físico e psicológico, como diria Walter Benjamin, fortemente marcados pela “pobreza de suas experiências”. Nesse sentido, aumentaram-se largamente as demandas de pacientes para os Hospitais Psiquiátricos o que aumentou consideravelmente o número de internos naquele país. Aumentou-se, dessa maneira o interesse por métodos variados de terapia, sendo que o mais utilizado, naquele momento era o eletrochoque. Pelo que se pode verificar nas palavras de Cauby Novaes, é que o entusiasmo dos norte-americanos por esse tipo de tratamento era muito grande: “A choquetapia ocupa lugar definitivo na prática psiquiátrica americana, sendo sua aceitação cada vez maior em todos os centros da especialidade que visitamos” (Cf.: NOVAES, Amando Cauby. Aspectos Práticos da Psiquiatria Norte-Americana. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. São Paulo: Brasil, vol. V, n.1, Março de 1947, pp. 169-170).

anatomopatologia, estudos bioquímicos, de psiquiatria clínica, temas de psiquiatria forense e alguns artigos de psicologia social e psicanálise.²⁷

Ao lado de um discurso organicista também aparecia um discurso que colocava o desvio dentro da anormalidade, é a criação de uma nova categoria que Michel Foucault chama de “Anormais”. Não somente os indivíduos doentes estavam sob a mira da psiquiatria, mas, sobretudo, os anormais. A ruptura com o modelo anterior estabeleceu novas formas nosográficas capazes de classificar cientificamente todos os tipos de anormalidade; a psiquiatria, neste sentido, passou a intervir diretamente sobre os indivíduos anormais. Segundo Portocarrero (2002, p. 14):

(...) No século XX, a prática psiquiátrica incidirá sobre aqueles que apresentam desvios mentais, atuais ou potenciais, loucos ou virtualmente loucos, e penetrará em instituições, como a família, a escola, as forças armadas, com o objetivo terapêutico e preventivo de lutar contra a criminalidade e a baixa produtividade, combatendo a doença mental propriamente dita e a anormalidade.

Um exemplo claro de que a loucura neste momento é menos encarada do ponto de vista da desrazão do que da imoralidade, diz respeito à relação entre as doenças sexualmente transmissíveis e a loucura. A sexualidade amplamente vigiada e punida nos tempos coloniais, agora era vista como produtora de doenças do corpo e da mente. A Sífilis, neste momento, estava intimamente ligada às doenças da mente. Em seu artigo intitulado “Contribuição para o estudo do treponema pallidum no córtex cerebral dos paralíticos gerais”, por exemplo, o Doutor Antônio Carlos Pacheco e Silva falava da afinidade entre a paralisia geral e a sífilis, quer dizer, uma afecção do corpo filiada à psicose. Como lembra Pacheco e Silva (1924):

A descoberta do treponema pallidum no cérebro dos paralíticos gerais, acontecimento tão memorável quão auspicioso, fazia prever que, dentro de pouco tempo, a misteriosa questão da parasífilis estaria completamente elucidada e a sua cura transformada em realidade.

Entre os doentes analisados por Pacheco e Silva se encontravam indivíduos de “raças” diferentes. Procuraram verificar se a diferença dessas raças podia influenciar, de algum modo, sobre a ação dos “espiroquetas”. Entre os nove doentes, cujos centros

²⁷ As terapêuticas utilizadas no hospital de Juquery encontram-se mais detalhadas no próximo tópico deste capítulo.

nervosos foram estudados, encontravam-se quatro negros e cinco brancos; sendo que entre os brancos havia dois brasileiros, um português, um francês e um sírio. Nota-se a diversidade de etnias presentes no interior do asilo, sobretudo negros e imigrantes, sejam ex-escravos libertos que, sem emprego, ficaram errando pelas cidades ou imigrantes que iludidos pelas promessas de progressão nas lavouras de café, vieram para o Brasil e não encontraram emprego e também ficaram engrossando as massas de vadios nos centros urbanos.

Não obstante, não se verificou diferenças entre as raças no que diz respeito às ocorrências das afecções. Segundo Pacheco e Silva (1924, pp. 29-30):

A não ser uma abundância particular dos espiroquetas no cérebro dos negros, nada mais constatamos que se possa atribuir às diferenças etnográficas. Tal fato, porém, nada tem de particular, porquanto os autores já têm observado, em cérebro de indivíduos da raça branca, igual abundância de microorganismos.

Uma outra patologia de grande ocorrência no Juquery diz respeito à cisticercose cerebral, que estava relacionada, em grande parte, assim como mostram as pesquisas, às lesões cerebrais e afecções do cérebro. Assim, à medida que as pesquisas científicas foram se tornando cada vez mais freqüentes no Brasil, a importância do problema da cisticercose cerebral, surgia com evidência cada vez maior, isto porque, era uma das grandes responsáveis pelas afecções mentais que acometiam os internos do Hospício.

Em seu artigo publicado no primeiro volume das *Memórias do Hospício de Juquery*, Trétiakoff e Pacheco e Silva lembram que a cisticercose cerebral foi observada pela primeira vez pelo professor Miguel Pereira, sendo considerada como afecção muito rara até o aparecimento do trabalho de Waldemar de Almeida, publicado em 1915, em que o autor reuniu 25 casos observados no Hospício Nacional do Rio de Janeiro (Cf.: TRÉTIKOFF & PACHECO e SILVA, 1924).

Os trabalhos de necrópsias capazes de identificar a presença de cisticercose cerebral nos pacientes começaram a ser realizados no Hospital de Juquery no ano de 1921. Em três anos de suas realizações foram verificados nove casos de cisticercose cerebral em um total de 250 necrópsias, representando uma porcentagem de 3,6%. Eis, pois, a necessidade, justificada pelos autores, da realização de pesquisas cujo tema principal seria a cisticercose cerebral e suas relações com as moléstias mentais. Neste artigo, por exemplo, relatam os resultados de suas pesquisas baseadas em estudo de sete casos de cisticercose cerebral.

Naquele momento, as pesquisas sobre esse tema ainda eram muitas escassas no Brasil, sendo que as referências buscadas pelos autores versaram sobre estudos realizados, sobretudo, por autores alemães e italianos, particularmente por Guccione. Muito freqüente em países como a Alemanha, Suécia, Itália e Rússia, a cisticercose, naquele tempo momento, foi raramente observada na América do Norte. Como mostram os autores, no Japão ela era praticamente desconhecida, enquanto nos países do Oriente ela nunca fora registrada, talvez devido às orientações religiosas que faziam total abstenção de consumo da carne do porco, tido por eles como animal sagrado. Segundo alguns parasitologistas daquela época a cisticercose foi muito freqüente entre os árabes, dando lugar até mesmo à introdução de uma medida preventiva, instituída pelo Alcorão, livro sagrado dos muçulmanos. Segundo Trétiakoff e Pacheco e Silva, no Brasil o primeiro caso de cisticercose humana foi verificado na Bahia em 1881, pelo professor Pedro Severiano de Magalhães. No entanto, tratava-se de um caso em que o cisticercose localizava-se fora do cérebro. O primeiro caso cerebral foi verificado por Miguel Pereira e foi publicado somente em 1905 na cidade do Rio de Janeiro. No Hospício de Juquery, o primeiro caso foi verificado em 1912, pelo Professor Geraldo de Paula Souza enquanto estudava o cérebro de um epilético. No Rio de Janeiro, os doutores Astor de Andrade, Maciel e Josetti Rocha Botelho, além de Waldemar de Almeida, publicaram interessantes observações de casos verificados no Hospital de Alienados. Em Minas Gerais, regiões em que a criação de porcos era feita já em grande escala nesse período, foram necropsiados vários casos de cisticercose cerebral. Já no restante dos estados brasileiros, nenhum caso tivera conhecimento.

Em um total de nove pacientes analisados nessa pesquisa, encontravam-se quatro mulheres, sendo duas negras e duas brancas, cinco homens sendo um negro, um branco e brasileiro e três italianos. Dentre estes casos, dois merecem atenção especial dada a riqueza de detalhes com as quais foram narrados.

Primeiro verifica-se o caso de S. de B. paciente classificada clinicamente como uma débil mental, alcoolista, com crises de delírio de perseguição, mas sem manifestações epiléticas. Na necrópsia dessa paciente foi verificada a presença de um volumoso quisto ao nível do lobo frontal esquerdo, quisto único, pois não fora encontrado nenhum outro nos centros nervosos da doente. A história dessa doente foi comparada à da doente de Hoppe, a qual se apresentava clinicamente como um caso de “demência precoce tardia”, com alucinações, numerosas idéias delirantes de perseguição não sistematizadas, de caráter

expansivo. Havia períodos de excitação e enfraquecimento progressivo da inteligência. Esse estado durou 19 anos. Na necropsia encontrou-se um quisto único, situado no hemisfério esquerdo, nas vizinhanças da cápsula interna; verificou-se ainda a existência de hiperplasia vascular com infiltração dos tecidos circunvizinhos e uma ependimite granulosa. Essa doente não apresentava crises epiléticas, mas apresentava perturbações mentais com predominância de idéias delirantes.

O mais importante nestas pesquisas é verificar como o discurso médico-psiquiátrico colocava as doenças mentais na mesma categoria das doenças de bases orgânicas ou biológicas. Os métodos de análises, diagnósticos e tratamentos visavam compreender o adoecimento psíquico através do estabelecimento de uma relação entre causa e efeito, em que a causa deste sempre era buscada na biologia do indivíduo e, sobretudo, em possíveis disfunções cerebrais e do sistema nervoso. As questões emocionais, afetivas e psicológicas como um todo eram totalmente descartadas e só começaram a ganhar importância a partir a década de 1930, quando a Psicanálise começou a ter espaço no Brasil e a ser introduzida na prática médica e psiquiátrica. Mas antes disso as pesquisas revelavam o grande interesse e prestígio pelas ciências organicistas e positivistas. É o que se pode verificar no caso seguinte:

Obs. VI – V. T. – Resumo da observação clínica: - Italiano, de 46 anos, entrado no Hospício de Juquery em 24 de Novembro de 1920. Não possuímos informação alguma sobre o seu estado anterior. Trata-se de um homem de estatura baixa, de face vultosa. Apresenta edema subpalpebral, desigualdade pupilar, contrações finas dos orbiculares dos lábios. Tem a língua animada de movimentos de trombone e de numerosos tremores fibrilares. Movimentos de deglutição muito freqüentes. Tremores das extremidades. Exagero dos reflexos patelares. Disartria muito pronunciada. A voz é hesitante e trêmula. As expressões estão reduzidas a algumas palavras e frases incoerentes; não se pode obter nenhuma informação e nem tão pouco fazer-se uma idéia do grau de cultura do doente. Impossível fazê-lo escrever. Suas idéias são pobres e confusas. Está completamente desorientado no tempo e no espaço. Amnésia profunda: O doente ignora o nome dos filhos e até sua idade. Manifesta algumas idéias de grandeza: é muito rico, tem três casas. Bruscamente declara: “Deram-me um purgante com cinqüenta mil libras”. Não fala senão de milhares. Ri imotivadamente e, como um autômato, vai arrancando os botões das vestes. O doente permaneceu no Hospício durante 2 anos com o diagnóstico de demência paralítica. Nunca apresentou crises epiléticas. Morte a 22 de fevereiro de 1922, em seguida a ictus paralítico.

Este caso permite verificar a enorme preocupação com as mudanças do comportamento do indivíduo após a instalação da moléstia. O foco principal repousa sobre os sintomas, e suas origens são buscadas em heranças genéticas e bases orgânicas. A anamnese dá uma noção de como a pesquisa neste período se orientava pelo viés positivista, cabendo ao paciente assumir o papel de sujeito passivo, à espera dos olhares atentos dos alienistas e observadores. As emoções e questões internas do indivíduo pouco importavam, pois o que determinava se ele era ou não doentes eram os métodos de análise e técnicas diagnósticas; quer dizer a interpretação que dá à sua condição de nada serve aos médicos e psiquiatras e só revelam a sua condição de louco.

Não é a toa que o problema da cisticercose cerebral assume um papel mais importante nas pesquisas que as características internas, as questões profundas da mente inconsciente e das próprias condições de vida e existência do sujeito no mundo, o que importa é localizar a nível orgânico qualquer marca que possibilite o desenho de um diagnóstico. No que diz respeito à pesquisa de Trétiakoff e Pacheco e Silva, por exemplo, ficou clara a enorme preocupação com o problema da cisticercose cerebral, cuja estatística do Juquery em 1924 acusava a sua ocorrência de 4% sobre o número total das necropsias realizadas, nas palavras dos autores, “existindo um agravante de se tratar de uma doença grave, cujo diagnóstico apresenta grandes dificuldades”. A dificuldade em diagnosticar clinicamente a cisticercose devia-se ao fato de ser ela muito fácil de escapar do controle necroscópico utilizado na época. Assim, os autores defendiam a necessidade da realização de mais pesquisas:

[...] E, como a sagacidade do clínico fracassa diante das dificuldades do diagnóstico, torna-se necessário recorrermos às pesquisas anátomo-patológicas e biológicas, na expectativa de que conhecimentos mais completos da moléstia nos permitam melhor compreender as suas manifestações clínicas. Tais pesquisas, talvez, podem nos inspirar, um dia, processos e meios terapêuticos eficazes contra esse mal, atualmente irremediável (TRÉTIAKOFF & PACHECO e SILVA, 1924, p. 64).

Além da cisticercose cerebral, novas doenças surgiam no horizonte desafiando médicos e psiquiatras. Não somente a cisticercose esteve relacionada aos estudos no campo da doença mental, mas outras doenças orgânicas foram objetos de estudos de psiquiatras que procuraram em suas pesquisas perceber as prováveis relações existentes entre as

doenças do corpo e da mente. Uma dessas doenças que se fez presente nessas pesquisas, dada a sua enorme recorrência, foi a sífilis, além da lepra, da varíola e da tuberculose.

Durante a administração de Pacheco e Silva, grandes esforços foram feitos para que as técnicas diagnósticas e de intervenções terapêuticas fossem inovadas. Realizaram-se reuniões de neuropsiquiatria onde os casos pudessem ser discutidos, almejando prováveis resoluções; essas reuniões eram de grande importância, pois no contato com diversos conhecimentos era possível trocar não somente idéias, mas, sobretudo, experiências. Foi nesse contexto que, no ano de 1942, após várias tentativas, foi criado o Centro de Estudos Franco da Rocha, que discutia temas referentes à Psiquiatria e cultura de forma geral. Além disso, as reuniões clínico-científicas continuaram a ocorrer, bem como as da clínica feminina e as da clínica masculina, respectivamente, dirigidas pelos doutores Mário Yahn e Aníbal Silveira resistindo até o ano de 1951. Segundo Fraletti, as do Manicômio Judiciário, sob orientação do Professor André Teixeira Lima, depois, de Ernani Borges Carneiro e, finalmente, de Paulo Fraletti, resistiram até 1973.

Foi um ano de grandes realizações e evoluções no campo da pesquisa psiquiátrica. Novos casos desafiaram o desenvolvimento de novas pesquisas e novas técnicas, além da incorporação de novos autores, novos pensamento e novas teorias, como por exemplo, a introdução da psiquiatria social e da Psicanálise nos campos de análises e terapêuticas. Como diria Fraletti (1986/87, p. 168): “foi o auge do Juquery”. Mas outros tempos estavam por vir e a nova realidade não se mostrou mais tão satisfatória, recessão, contenção de gastos, superlotação e um grande descaso para com os doentes mentais, ressuscitou a triste realidade dos “porões da loucura”. Inaugurou-se, nesse período o que Fraletti (1986-87, p. 168) chama de “período da decadência”. E de fato foi mesmo. Um período de verdadeiro descaso e abandono onde a cronicidade foi reinante.

2.3. Métodos de tratamento utilizados no Juquery

O hospital de Juquery, desde muito cedo, sempre recebeu formas variadas de patologias desde as moléstias mentais causadas pela cisticercose cerebral, como foi visto anteriormente, até as formas mais graves de neuroses e psicoses. Dessa maneira, também teve que dispor de formas variadas de tratamentos e usos de diversas técnicas terapêuticas, desde a laborterapia até as psicocirurgias. As principais terapêuticas utilizadas no hospital,

assim como em outros diversos estados do Brasil, foram importadas de países europeus e dos Estados Unidos, muitas vezes sem se ater às particularidades culturais, políticas e econômicas do país. Aqui serão discutidas as principais terapêuticas usadas no Hospital, desde a sua fundação até os anos de 1950, sendo elas: A laborterapia, a diatermia, as psicocirurgias, que incluem a lobotomia e a leucotomia, a insulino terapia e a terapia pelo uso do eletrochoque. O principal objetivo, neste momento, será pensar como o surgimento de novos métodos terapêuticos reflete as mudanças do discurso médico-psiquiátrico que se pretendeu cada vez mais técnico e científico.

Dessa maneira, as terapêuticas serão distribuídas em dois momentos: Em um primeiro momento serão discutidas aquelas praticadas nas duas primeiras décadas de funcionamento do hospital, baseadas mais no modelo francês de cunho assistencial, como a laborterapia e a assistência hetero familiar, e depois serão discutidas as terapêuticas modernas, que foram bastante utilizadas em instituições psiquiátricas do mundo todo, inclusive no Brasil, em finais dos anos 1920 e, sobretudo, a partir da década de 1930, incluindo métodos mais invasivos como as terapêuticas eletroconvulsivas e as psicocirurgias.

Os métodos físicos (somáticos), como a eletrochoqueterapia, os tratamentos eletroconvulsivos, a terapia por como insulínico, as neurocirurgias, só seriam introduzidas no Hospital anos mais tarde, quando o discurso médico-psiquiátrico no hospital se pautava mais pela ciência e pelas técnicas modernas de tratamento, sobretudo a partir da criação do Laboratório de Anatomia e Patologia quando o hospital já se encontrava sob a direção de Antonio Carlos Pacheco e Silva.

2.3.1 - A Laborterapia

Como foi dito anteriormente, a formação de Franco da Rocha foi fortemente marcada pelo pensamento francês, sobretudo de Philippe Pinel, que se preocupava com a assistência ao doente mental, pois pensava que o isolamento era o meio mais eficaz de cura. Um dos primeiros temas a empolgar o médico após a sua formação na Escola Nacional de Medicina do Rio de Janeiro foi a teoria da degeneração, desenvolvida por Morel. Leitor assíduo e disciplinado com seus estudos, Rocha leu tudo o que podia sobre esta teoria, esmiuçando desde as mais elementares questões biológicas relacionadas à herança mórbida, sintetizando, além da degeneração de Morel, as teorias de Darwin,

Haeckel, Weismann, Ribout e outros. Sua preocupação maior era encontrar as bases orgânicas da doença mental, procurando explicar as suas causas através da recorrência ao campo somático.

Neste sentido, as formas terapêuticas adotadas por Franco da Rocha no tratamento dos internos do Juquery, também seguiram os modelos já adotados na França, sobretudo no Hospital de Salpêtrière. Os principais métodos de tratamento introduzidos no Hospital foram a laborterapia (ou terapia através do trabalho), e a assistência hetero familiar. Terapêuticas que combinavam com a própria estrutura do Hospital organizada em colônias com sistemas de *open doors*, ou portas abertas, onde os pacientes vagavam livremente pela fazenda.

A terapia através do trabalho foi uma das mais recorrentes no hospital de Juquery e até hoje ainda é bastante utilizada. Isto talvez se deva ao fato de que o maior pecado dentro de uma instituição psiquiátrica seja, sem sombra de dúvidas, o ócio. Nas palavras do psiquiatra alemão, Griessinger, citado por Franco da Rocha em alguns de seus trabalhos: “A ociosidade é o que há de mais subversivo tanto para o espírito do louco como para o do normal”. A palavra “subversivo” tem um efeito marcante nas palavras de Griessinger, à medida que nos permite questionar sobre os “porquês” de a ociosidade, do tempo livre, ser tão fortemente combatida no interior das instituições totais, tendo como modelo o hospício. Ser subversivo é de certa forma, estar em desacordo com certas normas que são claramente estabelecidas, sejam através de condutas autoritárias ou por meio de plebiscito. Mas se esta leitura é possível, então contra quais regras a ociosidade se coloca para ser considerada como subversiva?

A filosofia protestante de que o homem nasceu para trabalhar e não para gozar dos prazeres terrenos, esteve presente em toda a história da psiquiatria, tanto brasileira, quanto mundial. Michel Foucault mesmo já falava dessa prática quando começou a pensar a constituição da psiquiatria enquanto ciência, mostrando que o recolhimento do alienado e seu enclausuramento no interior dos hospitais gerais representava muito mais que uma forma de cura, mas, ao também, respondia aos anseios de uma sociedade tipicamente industrial, cuja economia se pautava agora pelo modelo capitalista, onde o trabalho passou a ser a principal fonte de lucros. Em *A História da loucura na idade clássica*, o autor mostra claramente que o “trancamento” dos ditos insanos de todas as sortes, significava também perda de mão-de-obra para as fábricas. Assim, os locais de internação foram permeados pelo pensamento capitalista e transformados em verdadeiras fábricas onde os

internos seguiam rotinas de trabalho pesado e disciplina constante. Nas chamadas *Workhouses* eram montadas oficinas em que a labuta diária era a principal forma de tratamento. Convém lembrar, no entanto, que o trabalho não era utilizado, neste momento, apenas como forma terapêutica, mas, sobretudo, como forma de moralização e geração de rendas e lucros.

No Brasil a situação também não foi muito diferente, no que diz respeito ao uso da laborterapia ela também seguiu preceitos econômicos e não simplesmente curativo, como afirmam alguns autores. Além disso, era uma forma de controle e distribuição do tempo dentro do hospício, pois através da prescrição de uma ocupação ao interno ficava mais fácil manter a ordem dentro da instituição. Sem contar que, era uma forma de ensinar ao interno um ofício, pois caso fosse devolvido à sociedade estaria apto para desenvolver certas atividades.

Franco da Rocha acreditava profundamente que o trabalho era a melhor forma de terapia, não se fazendo valer apenas pela produção, mas, sobretudo pelo seu lado moral. Sua ênfase na importância do trabalho para o tratamento do doente crônico era tão forte que as leis n. 15, de 1891, e n. 34 de 1892, já determinavam que o Governo fundasse asilos agrícolas, a pedido de Franco da Rocha, recém-formado em Medicina pela Escola Nacional do Rio de Janeiro. Defendia, neste sentido, a criação de um hospício para os doentes agudos, fechado, e um asilo-colônia anexo para crônicos, em regime aberto, de trabalho agrícola e pecuário para os doentes. E foi justamente o que aconteceu, tanto que a primeira parte do hospital a ser inaugurada foi a colônia agrícola em 1898, contando ao todo com 80 homens. Neste mesmo ano foram adquiridas, em Itapetininga, cinco vacas de leite, com suas respectivas crias. Franco da Rocha pensava que:

O insano que trabalha e vê o resultado de seu suor sente-se mais digno; sai da condição ínfima de criatura inútil e eleva-se a seus próprios olhos; adapta-se a um *modus vivendi* que lhe suaviza grandemente a desgraça. A consciência do próprio valor pessoal revive no indivíduo que, de outro modo, seria uma carga pesada e inútil para a parte sã da sociedade (...). A ocupação ao ar livre, que lhes concede a aparência de liberdade, diminui-lhes extraordinariamente a angústia, a ansiedade, o mal - estar que os atormenta na prisão sem trabalhos (Franco da Rocha *apud*. PACHECO e SILVA, 1934-1935).

Preocupado com as questões de assistência ao doente mental e promoção de saúde mental, Franco da Rocha chegou até mesmo a ser considerado pelo Doutor Francisco Marcondes Vieira, discípulo e colega de trabalho, como o iniciador, vanguardeiro, da

Higiene mental em São Paulo. Acreditava que alguns doentes jamais deixariam de ser usuários do Hospital e era justamente pensando nisto que o trabalho era também utilizado como uma forma de distribuição do tempo daqueles que, segundo o próprio Franco da Rocha, deveriam ser afastados para sempre do convívio em sociedade. Segundo ele:

O delinqüente nato, louco moral, o epiléptico, etc., devem ser removidos para sempre do seio da sociedade. A condição indispensável, porém, de uma tal pena é que o paciente seja bem tratado. Esta última condição não impede que se lhe dê trabalho, a fim de lhe suavizar a existência e diminuir a carga que pesa sobre o Estado (Franco da Rocha *apud*. VIEIRA, 1934-35).

Fora a defesa de uma condição digna de sobrevivência no interior do Hospital, as palavras de Franco da Rocha, citadas por Marcondes Vieira com grande admiração, e certo gozo, revelam uma realidade perversa e dolorosa desta instituição que, não raro, promovia um processo de cronificação do doente ao imprimir em sua própria existência a eterna condição de inapto para o convívio em sociedade. Ora, se para tais doenças a única alternativa era o enclausuramento eterno, uma vez diagnosticado como tal, não restaria ao indivíduo outra saída a não ser ficar no Hospital até ser assaltado pela morte. Considerando, dessa maneira, que a permanência dos internos requer gastos diários, o trabalho tornava-se uma forma de contribuir com parte da despesa do hospício, retirando a obrigação exclusiva do Estado.

E de fato, em termos produtivos, o trabalho surtiu grandes efeitos. Como mostra Fraletti (1986-87):

Em 1901 a produção já era promissora. Havia rendido 26.500 litros de milho, 710 quilos de fumo, 2.000 litros de batata, 300 garrafas de mel, 30 quilos de cera, três contos e seiscentos mil réis de verdura (dez mil réis por dia), contando com 30 cabeças de gado, sendo 10 vacas de leite (4 das quais, criação da Colônia), 2 vitelos, 15 bezerros, 1 touro e 2 bois de arado), além de 3 burros para tração de bondes, e a criação de porcos, com 15 na ceva, 71 soltos e 35 leitões, mais os 15 que já haviam sido abatidos.

O hospital, visto dessa forma, era uma verdadeira organização, com uma produção que não ficava atrás das grandes fazendas que existiam em São Paulo e região naquela época. Estes números referem-se apenas á produção referente aos três anos e meio após a introdução do regime aberto de terapêutica ocupacional. Mas não pára por aí:

Em 1912, 14 anos após a inauguração, havia 86 cabeças de gado, com produção de leite suprimindo as necessidades do Hospício. Porcos, cuja criação começara com 6 cabeças, vinham com manutenção anual, há já alguns anos, de 170-180 cabeças, e abate anual de 50 cevados. A produção agropecuária, variada (fumo, milho, feijão, verduras forragens, gado, porcos galinhas, ovos, leite e frutas), era avaliada, por baixo, em 40 contos por ano (FRALETTI, 1986-87, p. 174).

Do ponto de vista econômico, é inquestionável a eficiência e importância da terapia através do trabalho, no entanto, o que falta nos escritos dos médicos e psiquiatras é a referência às mudanças no comportamento e, sobretudo, no funcionamento psíquico dos internos. A idéia que se tem, percorrendo os trabalhos que fazem referência à prática da laborterapia no Hospital, é que ela, aos poucos, foi se transformando muito mais em um negócio que exatamente em uma forma de tratamento da doença mental e do sofrimento psíquico. As memórias do hospital construídas por estes médicos não deixam escapar as impressões subjetivas, as sensações e vivências destes indivíduos, a respeito de suas rotinas de trabalho diário. É como se o indivíduo existisse apenas como um número, ou seja, só aparece nas estatísticas, sejam elas referentes aos números de entradas, saídas, óbitos, ou recidivas, mas a sua existência só se faz através do filtro de um discurso que é puramente médico e psiquiátrico. Para o Estado era, sem sombra de dúvidas, um negócio interessantíssimo, o trabalho de Fraletti nos dá uma idéia bem clara disso:

Até então (1912), o Governo havia despendido com o Asilo-Colônia, que abrigava 1250 doentes crônicos, apenas a quantia de três mil contos de réis e gastava anualmente seiscentos contos. Obtinha com a produção agropecuária, uma boa economia, isto sem contar com a arrecadação dos doentes pensionistas (contribuintes) que, em onze anos, rendera ao Tesouro do Estado, oitocentos contos de réis (...). Em 1919 tinha subsistência própria, inclusive com lucro no orçamento (FRALETTI, 1986-87, p. 174).

Questões referentes aos lucros advindos da produção são citadas com frequência e com grande orgulho, como nesta passagem do texto de Fraletti, não que isto não seja positivo, o que está em discussão não são os benefícios ou os malefícios do trabalho no interior do asilo, mas a lógica seguida por este sistema. Não é feito nenhum tipo de referência a acontecimentos como recusa do trabalho por parte dos internos e nem evasão. Será que entre 1250 internos nenhum se rebelava contra o trabalho? Pelo discurso psiquiátrico o trabalho no hospício aparece como uma forma de entretenimento ou, talvez, de gozo ou prazer. O resultado dessa prática é medido apenas através de números e nunca

por avaliações subjetivas que deveriam partir dos principais sujeitos envolvidos neste processo, ou seja, os internos. O que se percebe, neste sentido, é uma espécie de “desubjetivação”, de negação total do sujeito, como se este fosse personificado pela sua própria condição de doente.

A inexistência de qualquer referência às formas de comportamentos e condutas dos internos perante o trabalho, causa certo desconforto à medida que pensamos nas políticas sociais de trabalho e relações de forças em uma sociedade exclusivamente capitalista, desigual e voltada para o lucro. É certo que a instituição asilar possui uma forma de organização que é bastante particular, mas não é possível pensá-la em dissonância com a cultura da época, ou seja, com a sociedade como um todo, em que os micropoderes, institucionalizados ou não, se insere na mesma lógica em que funcionam os macropoderes. Em outras palavras, o isolamento não anula o imaginário que é próprio de uma época, o hospício se insere em um contexto que vai muito além de seus muros, reproduzindo discursos, valores e costumes que se localizam em certo espaço físico e temporal.

Neste sentido, o trabalho realizado no interior do hospital não podia ser tão diferente do trabalho que era realizado nas fábricas que se encontravam no campo do “fora”. Quer dizer, assim como acontece fora do asilo, do lado de dentro é possível que a experiência seja vivenciada de forma muito diferenciada pelos diversos atores “capturados” pelo sistema. O que falta, dessa forma, é a referência a estas diferentes formas de vivências no trabalho cotidiano pelos internos do hospital. Assim, há uma anulação, ou negação, das práticas relacionais, movidas por um jogo constante de forças, travadas entre funcionários e pacientes, pacientes e pacientes e médicos e demais profissionais nesta prática pretensiosamente armada e construída.

A não referência aos conflitos, pelos médicos e psiquiatras, não quer dizer que eles não existiam. Muito, ao contrário, no que diz respeito ao trabalho Karl Marx tem muito a nos ensinar, quando diz que o trabalho por si só não é prazeroso, mas o prazer advindo do trabalho consiste nas múltiplas possibilidades de gozo e realização pessoal que este trabalho nos proporciona. Para tanto, ele mesmo diz que o trabalho não deve ser alienado. Daí advém o grande problema em pensar o trabalho realizado no interior do asilo, pois não é possível dizer que este trabalho, realizado dentro de uma instituição isolada, mas que, ao mesmo tempo, reproduz constantemente o discurso de uma sociedade tipicamente

industrial em que o trabalho já havia alcançado a sua forma mais sofisticada de alienação, não seja igualmente alienado.

Não se deve esquecer que, como foi reiterado várias vezes, a economia capitalista aproximou o homem daquilo que existe de mais moderno, mas o deixou entregue a si mesmo. Com a liberdade, reafirmada com a Revolução francesa, rompeu-se o laço que ligava as pessoas. Com as sucessivas mudanças tecnológicas e científicas, os grandes centros urbanos começaram a se expandir fazendo emergir com todo o seu vigor a multidão. O fluxo de trabalhadores procedia das pequenas comunidades e vilarejos para as crescentes cidades industriais, onde as condições de vida logo se reduziram a níveis inacreditáveis. Nesses lugares, mulheres e crianças trabalhavam em promiscuidade com homens durante longas horas em ambientes de sujeira, insalubridade, com excesso de gente o que possibilitava o surgimento de doenças, pestes e inúmeras moléstias. Além disso, as condições habitacionais e sanitárias andavam em níveis bastante precários e ineficientes e os encantos da zona rural eram destruídos sem piedade. O trabalho desligou-se do seu contexto social tornando-se alienado, assim como diria Karl Marx. Segundo Marx, não sendo mais parte integrante da vida do operário, o trabalho tornou-se destituído de significados, uma atividade odiosa, a ser evitada sempre que possível. A saúde ou as condições de vida do trabalhador eram assuntos pessoais dele. Durante os primeiros anos da Revolução Industrial, pelo menos, as máquinas eram mais bem cuidadas que os trabalhadores, visto que estes poderiam facilmente ser substituídos quando desgastados, porém as máquinas eram mais difíceis de obter.

No asilo seria diferente não só porque o indivíduo era considerado mais alienado que o próprio trabalho? É certo que a prática era destinada aos doentes em estados crônicos, ou seja, àqueles indivíduos, que de uma forma ou de outra, permaneciam sempre fora da “realidade”. Mas só por permanecer nesta condição o trabalho para ele não poderia ser uma forma de sofrimento? Convém lembrar que o trabalho, pelo viés do cristianismo, não consiste em uma fonte de gozo, mas, ao contrário, em um castigo, que por sinal está intimamente relacionado à transgressão de uma norma, cometida por dois personagens bíblicos que se deixaram levar pelos prazeres da carne. Visto, dessa forma, como o Pecado Original, o trabalho foi lançado como um castigo contra uma atitude subversiva, representado, neste sentido, como uma eterna punição. Como poderia ele, então, ter passado de punição a uma forma de terapia?

2.3.2 - A influência alemã e a adoção de novos métodos terapêuticos

O pensamento da psiquiatria alemã teve forte influência na produção científica do Juquery, sobretudo após a fundação do Laboratório de anatomia e patologia em 1923. Além de uma preocupação clarividente com o progresso científico - pesquisas capazes de intervir diretamente nas causas orgânicas das doenças mentais - a psiquiatria alemã também contribuiu no sentido de mostrar a necessidade de novos métodos terapêuticos capazes de suprir as novas demandas e variedades de doenças mentais que chegavam ao asilo. A influência do pensamento alemão na prática psiquiátrica do Juquery foi tão grande que a partir do ano de 1928 os Arquivos de Memórias do Hospital de Juquery tiveram suas publicações em português, francês e alemão, ao contrário dos quatro anos anteriores que tiveram suas publicações apenas no português e no francês. Desde este ano a grande maioria dos trabalhos desenvolvidos e dos artigos publicados faziam grande referência às bibliografias alemãs sobre psiquiatria e doença mental.

A praxiterapia e a laborterapia, terapêuticas introduzidas no hospital pelo seu fundador Franco da Rocha e utilizadas desde sua inauguração, não deixaram, de fato, de serem utilizadas, mas a partir das descobertas das pesquisas do laboratório de anatomia patológica, novos métodos de intervenção se fizeram cada vez mais necessários. Não se acreditava mais que o trabalho e o isolamento, puro simplesmente, seriam capazes de “curar” o indivíduo. Muito ao contrário, a teoria da degenerescência, proposta por Morel e amplamente adotada pelos médicos e psiquiatras brasileiros, veio para firmar a idéia de que a doença da mente era tão igual à doença do corpo, ou seja, eram ambas fruto de uma degenerescência no campo orgânico. Neste sentido, os métodos de intervenção terapêutica deveriam ser mais rigorosos, procurando intervir, sobretudo, no organismo, na biologia do indivíduo, de onde advinham as causas de seu adoecimento.

Algumas destas novas terapêuticas ficaram bastante conhecidas por se utilizarem de métodos posteriormente criticados como “desumanos” e “violentos”, como por exemplo, a eletrochoquetepia, a lobotomia e o coma induzido por insulina. Aqui serão discutidos os principais métodos utilizados no Hospital de Juquery que, além destes, ainda incluem a diatermia, a terapia de eletrochoque através do uso de Cardiazol, a leucotomia e psicocirurgias em geral.

2.3.2.1 - A diatermia

Nos anos 1920, além das psicoses, duas doenças que preocuparam imensamente os médicos e psiquiatras do hospital de Juquery, foram a sífilis e a paralisia geral. Tais patologias, vistas como intimamente ligadas às doenças mentais, eram muito freqüentes no hospital e desafiaram o saber psiquiátrico que buscou vários métodos terapêuticos para o tratamento dessas moléstias.

O primeiro método de tratamento adotado pelos psiquiatras brasileiros foi a malarioterapia, muito utilizado no tratamento da paralisia geral. Criada pelo austríaco Von Jauregg, esta prática consistia na inoculação do plasmódio causador da malária no organismo do paciente. No entanto, em virtude do grande número de contra-indicações e perigos oferecidos aos indivíduos, em finais da década de 1920, esta prática começou a ceder lugar a novos processos piroterápicos, como a diatermia.

Criada pelos americanos Neymann e Osborne, de Chicago, a diatermia procurava “obter uma hiperpirexia artificial, não por meio de agentes bioquímicos ou pela inoculação de outras doenças, mas agindo por um processo físico”. O método testado nos Estados Unidos não tardou a interessar os psiquiatras brasileiros, tanto que em 1930 os doutores Antonio Carlos Pacheco e Silva, L. Passos, J. Fajardo e Marques de Carvalho, publicaram um artigo nos Arquivos de Memórias do Hospital de Juquery discutindo a diatermia no tratamento da paralisia geral (PACHECO e SILVA *et. al.*, 1930-31, p.112).

Como estes mesmos autores relatam: “as experiências iniciais foram feitas em animais de laboratório, visando os seus autores obter uma elevação de temperatura com a diatermia, partindo do processo de Mehrtens e Pouppirt, que se propuseram a tratar a paralisia geral por meio de banhos quentes” (Idem, p.113). O fato interessante é que a maioria das práticas terapêuticas utilizadas nos hospitais psiquiátricos foram adaptações de métodos experimentados em animais de laboratório. Segundo Neymann, “o método exige um aparelho potente para não só se alcançar uma temperatura elevada, como ainda mantê-la, evitando-se, ao mesmo tempo, o aparecimento de queimaduras no paciente” (Idem, p. 114). Muito embora tenha sido desenvolvido por estes médicos americanos, a prática muito se assemelha à hidroterapia criada em 1896. Na hidroterapia, por exemplo, o paciente era enrolado em uma rede e mantido dentro de uma banheira encoberta por uma lona (com um buraco para a cabeça) por horas ou até dias. Água gelada e água fervente eram usadas alternadamente para encher a banheira. Acreditava, dessa forma, que o banho prolongado

induziria à fadiga psicológica e estimularia a produção de secreções da pele e dos rins, que podem reestruturar as funções do cérebro. O que houve, na verdade, foi uma modernização do método.

Visto que os internos de hospitais psiquiátricos tenham assumido papel de “cobaias” desde tempos remotos, não tardou e o método começou a ser testado em seres humanos. O hospital de Juquery foi escolhido como um lugar de ensaio do novo método; antes mesmo de ter confirmado a eficiência do mesmo, o Dr. Neymann enviou a técnica para que os psiquiatras fizessem seu experimento na seção de fisioterapia do Hospital de Juqueri. Isto porque naqueles tempos o hospital já se constituía em um dos maiores complexos psiquiátricos do mundo. Nas palavras de Silva, Passos, Fajardo e Carvalho: “(...) dentro de pouco tempo, embora não dispuséssemos da necessária aparelhagem, pelo que fizemos construir nas oficinas do hospital os eletrodos aconselhados, conseguimos pleno êxito com a nova técnica” (Idem, p.114).

Como se percebe nas palavras dos psiquiatras, o método começou a ser experimentado no hospital sem que ao menos os aparelhos estivessem adequados às normas estabelecidas pelo criador do método.

O Dr. Neymann preconiza o emprego de eletrodos de estanho, fenestrados, e que cubram grandes superfícies do tórax e do dorso, a fim de facilitar a passagem de correntes de 4000 mA, no mínimo, através do corpo, sem o que não se consegue a temperatura desejada. Há, ainda, a necessidade de se intercalar no circuito um reostato disposto de forma a distribuir dois terços da corrente através do peito e um terço através do abdômen. O isolamento do paciente se consegue facilmente com 7 a 8 cobertores e um lençol de borracha. Os eletrodos são ajustados ao corpo por um colete de pano, bem aplicado, para se evitarem atritos. A elevação da temperatura depende do peso do paciente, da intensidade da corrente e da eficiência do isolamento. (Idem, p.114).

No Juquery, a técnica foi seguida quase por completo, salvo os eletrodos que eram diferentes. Como mostra os autores:

(...) a princípio empregamos os eletrodos por ele aconselhados, isto é, feitos de lâminas de estanho de meio a um quarto de milímetro de espessura, tendo 50 cm de comprimento por 60 cm de largura. Verificamos, porém, que tais eletrodos se inutilizavam ao fim de 2 a 3 aplicações, o que muito encarecia o tratamento, tornando-o quase impraticável. Esse inconveniente foi afastado substituindo-se as lâminas de estanho por eletrodos de tela de cobre (Idem, p.114).

O uso dessa tela permitiu que se conseguissem os mesmos resultados, no entanto era necessário imergi-la em uma solução de cloreto de sódio ou untá-la com vaselina, antes do uso, para que fosse possível obter uma melhor passagem da corrente elétrica. Feito isto, a tela era fixada a coxins de borracha por meio de botões de pressão, a fim de conseguir isolamento e, principalmente, uma perfeita adequação ao corpo do paciente. Para aumentar ainda mais o isolamento e evitar a possibilidade de os eletrodos serem arrancados pelo paciente, utilizavam-se coletes preconizados por Neymann, os quais foram confeccionados de pano impermeável, seguindo um modelo idealizado pelos próprios psiquiatras do Juquery.

Na fase de ensaio, o método foi aplicado em um total de cinco pacientes e as aplicações ocorreram de três em três dias. Dos cinco doentes tratados - convém lembrar que, dois já haviam sido submetidos anteriormente à malarioterapia, obtendo algumas melhoras, e os outros três não passaram por nenhum tipo de tratamento anterior - dos cinco pacientes, os três primeiros fizeram dez aplicações, o quarto 11 e o quinto, fez 15 aplicações, seguindo-se os conselhos de Neymann que aconselhava de nove a 12 aplicações. Segundo Silva *et al*: “Em todas as aplicações feitas, o tempo máximo da duração foi de seis horas, sendo que a corrente permaneceu ligada durante quatro horas. As aplicações eram iniciadas, em regra das 8 ½ às 9 horas, e terminavam entre 14 ½ e 15 horas” (PACHECO E SILVA *et. al.*, 1930-31, p. 115).

Durante as aplicações, os psiquiatras observavam as mudanças fisiológicas no corpo do paciente, verificando a mudança da temperatura, pressão arterial e batimentos cardíacos. Devido ao grande aumento de temperatura do corpo que chegava a atingir os 40 graus os pacientes sofriam uma perda de peso muito rápida, perda que chegava a cinco quilos ao fim de uma única aplicação. Por este motivo, dava-se ao indivíduo, durante a aplicação, uma grande quantidade de líquido para ingerir, a fim de evitar a desidratação. Mas as mudanças não ocorriam apenas a nível fisiológico, durante as aplicações do método no hospital de Juquery, os médicos notaram a freqüente ocorrência de “excitação psicomotora e exteriorização de idéias delirantes, durante as quais os pacientes procuravam se desvencilharem dos eletrodos”. Os autores falam que a tentativa dos pacientes se livrarem dos aparelhos era decorrente de suas idéias delirantes, mas é preciso estar em situação de delírio para tentar se desvencilhar de algo que incomoda e aflige como era o caso dos eletrodos? Os doentes se mantinham agitados durante todo o período da aplicação, o que nos faz pensar que a técnica era de um incômodo imenso. E esta agitação

acabou dificultando consideravelmente o emprego do método no hospital. Durante as aplicações, o paciente era sempre assistido pelos médicos responsáveis pelo tratamento, que além de verificar as mudanças fitológicas no corpo do indivíduo, procuravam evitar acidentes, como queimaduras, que eram muito recorrentes.

O fato mais curioso deste método é que ele se insere em um período de tentativas da psiquiatria brasileira de dotar o seu campo de pesquisa de novos métodos e técnicas terapêuticas já utilizadas na Europa e Estados Unidos. Isto nos revela o grande interesse da psiquiatria brasileira em se orientar pelo discurso da psiquiatria moderna e científica. Neste sentido, a diatermia abre um período em que as terapêuticas utilizadas no Juquery foram se modernizando cada vez mais marcando um período de “ouro” para a psiquiatria brasileira.

O que não pode ser esquecido é que estas terapêuticas foram, muitas vezes, mal utilizadas dentro dos hospitais, servindo mais como métodos de punição, pois sua aplicação era imensamente dolorosa, do que de tratamento ou de cura como mostram os escritos dos psiquiatras que trabalharam nestas instituições. É o que se verá no caso das psicocirurgias e, principalmente, do eletrochoque.

2.3.2.2 - As psicocirurgias

O laboratório de anatomia e patologia tornou possível a realização de pesquisas em *post mortem* facilitando a compreensão das estruturas cerebrais através de técnicas invasivas de base empírica. O estudo da anatomia e fisiologia do cérebro humano colocou a doença mental na mesma ordem das doenças orgânicas, abrindo espaço para o surgimento de novos métodos de tratamento que intervinham de forma direta nas estruturas cerebrais visando a modificação de comportamentos desviantes e inadequados. As psicocirurgias, ou técnicas neurocirúrgicas, neste sentido, começaram a ser amplamente utilizadas no mundo todo ganhando espaço importante na psiquiatria brasileira a partir da década de 1930.



Aparelho utilizado na técnica cirúrgica que destruía a substância branca o do lobo temporal do cérebro visando a mudança de personalidade. Acervo Philippe Pinel.

No hospital de Juquery, as duas técnicas neurocirúrgicas mais utilizadas foram a lobotomia e a leucotomia que buscavam remover sintomas psicopatológicos através de cirurgias cerebrais.

É certo que o uso sistemático dessas técnicas foi possível a partir dos anos 1930, mas anteriormente, mesmo não apresentando ainda este nome, os arquivos de memórias do hospício de Juquery nos dão testemunho do uso dessas práticas, como se observa no caso seguinte:

Obs. VII. – M. M., 28 anos, branco, brasileiro, lavrador. Foi internado no Hospício de Juquery em 20 de fevereiro de 1918, por apresentar crises epilépticas. Este doente padece, na verdade, de crises de epilepsia, que sobrevêm duas ou três vezes por semana e não acompanham de distúrbios psíquicos, salvo humor triste. Suas respostas são claras; há boa orientação no tempo e no espaço. Não há alucinações ou idéias delirantes. Pede notícias da família e deseja sair do hospital. Geralmente calmo, dorme bem. Na iminência dos ataques, torna-se agitado, impulsivo, falando muito e andando continuamente. Apresenta um tremor da língua e das extremidades; exagero dos reflexos. Os reflexos pupilares são normais. Em 1920 instalou-se progressivamente uma hemi-paresia direta, que mais tarde se transformou em hemiplegia espástica com contratura em flexão; o doente caminhava assentando no chão a ponta do pé direito. Notou-se, nessa época, a existência de uma deformação da região occipital, com espessamento e moleza dos tecidos, absolutamente indolor ao palpar. De vez em quando apareciam pequenas fístulas ao nível da região occipito-parietal, que se fechavam com relativa facilidade. O doente tornou-se progressivamente indiferente e obnubilado. Foi praticada uma operação cirúrgica, tendo-se retirado um grande fragmento de osso necrosado, ao nível da região occipital. A caixa craniana não foi aberta. O estado do doente agravou-se rapidamente. As crises tornaram-se de mais a mais freqüentes; acentuava-se a obnubilacao psíquica e a hemiplegia direita veio se associar uma paresia do membro inferior esquerdo. Nessas condições o doente não se ergueu mais no leito, nos últimos seis meses que precederam a sua morte. Nessa época, o estado do doente era precário. Geralmente deitado em decúbito dorsal, conservava os quatro membros em atitude de flexão sobretudo os membros inferiores. Às vezes havia a produção de clônus espontâneo ou a extensão espontânea dos dedos dos pés. Fazendo-o sentar, ele permanecia duro, como que constituído de uma só peça, com os joelhos sempre curvados. Os membros superiores estavam muito menos rijos. Os músculos do abdômen, do tórax e do pescoço se conservavam tensos e a cabeça guardava posição fixa, ligeiramente inclinada para o ombro esquerdo. Todos os reflexos tendinosos estavam exagerados. Clônus bilateral. Extensão plantar nítida à direita, flexão à esquerda. Reflexos cremasterianos normais. Não foi possível pesquisar os abdominais, em virtude da contratura dos músculos da região. A flexão forçada dos dedos do pé direito e a extensão cruzada do membro oposto; fenômenos inversos se observam após flexão forçada do pé esquerdo. A beliscadura do dorso do pé acarretava á direita, o levantamento dos dedos, sem movimentar o pé; á esquerda, flexão dorsal do pé. O reflexo da marcha

aparecia pela beliscadura da pele das pernas. A excitação ao nível da coxa direita provocava a extensão cruzada à esquerda; a beliscadura da coxa esquerda nada determinava. Os reflexos radiais e olecraneanos estavam exagerados. A excitação da palma da mão dava lugar, a abdução a flexão do polegar de ambos os dedos. Além disso, assinalamos uma extrema excitabilidade dos músculos e uma hiperexcitabilidade cutâneo-muscular dos membros superiores. O simples atrito da pele com uma ponta romba, determinava a contração dos músculos subjacentes. Por sua vez, a excitação da face posterior do antebraço produzia extensão do punho, e da face anterior, a flexão. A fricção do bordo cubital determinava a abdução da mão. A excitação da face anterior do braço ocasionava a flexão do cotovelo; a mesma operação praticada na face posterior do braço nada provocava. Ao nível do ombro, ao atrito da pele seguiam-se movimentos vagos e desordenados de difícil dissociação. Do lado direito os mesmos fenômenos se observam, com ligeiras modificações. Existia um furúnculo na face posterior do antebraço, o que tornava difícil a excitação dessa região. A excitação da face anterior e da face interna do antebraço, produzia movimentos correspondentes; idêntico fenômeno era provocado pela excitação da pele da espádua. A fricção da região bicipital determinava flexão da mão e contração do longo supinador, com ligeira flexão do cotovelo. Pela excitação da face posterior do braço nada se obtinha. A percussão da clavícula dava contração do bíceps de ambos os lados. Todos esses fenômenos traduzem, sem dúvida alguma, a existência de uma hypereexcitabilidade muito viva dos músculos. Os músculos esterno-cleido-mastóideos permaneciam em contratura permanente. O reflexo masseterino era exagerado; pela excitação do facial não se obtinha resposta. Movimentos de mastigação. Os reflexos córneos preguiçosos dos dois lados. Reações pupilares – normais; pupila direita ligeiramente deformada. Estado subcomatoso. A excitação da pele parece dolorosa e se acompanha de acentuado dermografismo, o doente procura evitá-la, defendendo-se com as mãos. Disse-nos uma vez para “deixá-lo sossegado”. Não responde às perguntas. Escaras sacras e trochanterianas. Gatismo. A defecção se faz periodicamente. A bexiga não está distendida. Ataques epilépticos de frequência variável. Morte em 22 de Julho de 1923, conseqüente à congestão pulmonar (Cf.: TRÉTIKOFF & PACHECO e SILVA, 1924, pp. 55-59).

Esse caso chamou especial atenção pela sua riqueza de detalhes. A origem humilde do paciente, lavrador, por ser um país extremamente agrário, cuja economia se baseava na agro-exportação, sobretudo do café, era freqüente o trabalho no meio rural. Na iminência de sua força física, aos 28 anos, é admitido no hospital.

No que diz respeito ao tratamento do paciente, pouco foi registrado. A referência feita foi somente a respeito da intervenção cirúrgica, conhecida como lobotomia ou leucotomia. Na verdade, naquela época, a lobotomia ainda não era conhecida, mas a prática da retirada de parte do osso craniano do paciente pode ser compreendida como uma espécie de lobotomia. Na verdade, a lobotomia só receberia esse nome em 1940 depois de seu aprimoramento sofrido pelo neurologista português Egas Moniz; a cirurgia, que já

vinha sendo realizada de diferentes maneiras desde o século XIX, consiste em danificar os lobos frontais do cérebro. A justificativa para tal prática era a de que distúrbios acontecem porque pensamentos patológicos “fixam-se” nas células cerebrais, especialmente nos lobos frontais, e para que o paciente seja curado essas células precisam ser destruídas.

Segundo André Luis Masiero (2003), a partir da década de 1930 chegaram ao Brasil duas das mais promissoras técnicas curativas da psiquiatria mundial na época, a saber, a “lobotomia” e a “leucotomia cerebral”. Comumente chamadas de técnicas “psicocirúrgicas” visavam eliminar determinadas doenças mentais, como a demência precoce, por exemplo, ou modificar comportamentos que não eram socialmente aceitos ou, quiçá, inadequados.

Embora tivessem propostas curativas, essas técnicas neurocirúrgicas foram, posteriormente, amplamente criticadas pelo seu uso inadequado e violento, cujos resultados feriam a integridade física e psíquica do indivíduo. Talvez a sua má



reputação deva-se à sua **Walter Freeman praticando a lobotomia enquanto os seus alunos o observam.**

utilização mais como forma de punição e disciplinarização que de cura e regeneração.

Masiero (2003) lembra que essas técnicas sofreram mudanças com as idealizações dos neurologistas americanos Walter Freeman (1895-1972) e James Winston Watts (1904-1994), da George University, e pelos neurologistas portugueses Antonio Caetano de Abreu Egas Moniz (1874-1955), seu assistente Almeida Lima e pelo Psiquiatra Cid Sobral, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Segundo Masiero (2003, p. 550):

Moniz e Freeman foram inspirados pelo experimento de Fulton e Jacobsen com uma chimpanzé apresentado no Congresso Internacional de Neurologia realizado em Londres, em 1935. Eles demonstraram uma mudança de comportamento do animal selvagem e agressivo depois da ablação dos seus lobos frontais. A operação deixou-a dócil e passiva.

Nota-se, pois, a relação entre a prática da lobotomia, pretensiosamente capaz de modificar comportamentos inadequados, e a docilização do corpo do animal. Em seres humanos o resultado não seria diferente, a lobotomia serviria como uma forma de manter sob controle os corpos dos doentes. Ao contrário de Foucault, que pensava a docilização dos corpos através de mecanismos do poder mais sutis, quer dizer, que se faziam valer pela prática do discurso, um biopoder para ser mais exato, aqui a transformação dos corpos em dóceis e adestrados se faz não somente pelo discurso da ciência médico-psiquiátrica, mas, sobretudo, pelo uso de suas técnicas de classificação, tratamento e controle. A lobotomia, nesse sentido, serviu mais como um mecanismo de controle de corpos “desbaratinados” e sem normas que um meio de tratamento e cura. O que interessava como resultado era a “docilização” e controle dos corpos.

No caso em cena, por exemplo, é possível perceber que depois da retirada do fragmento de osso do crânio do paciente, ele foi entrando em um estágio progressivo de passividade e obnubilação contínuos. Os seus reflexos ficaram cada vez mais lentos e ele foi se aproximando cada vez mais de um estado vegetativo. Sua foto revela, em parte, a situação deplorável em que se encontrava meses antes de sua morte, inválido, sem forças nem sequer para mover os membros que um por um foram se imobilizando.

Egas Moniz esteve no Brasil em 1928 “divulgando e auxiliando neurologistas brasileiros na aplicação da angiografia cerebral por contraste” técnica que ele mesmo criou que possibilitava a visualização radiológica da irrigação sanguínea cerebral o que facilitava o diagnóstico de desordens neurológicas como derrames e tumores. Suas idéias foram largamente difundidas no Brasil e suas técnicas amplamente utilizadas em instituições asilares brasileiras. Mesmo enfrentando várias críticas, o criador da lobotomia ganhou o prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia em 1949, pelo seu invento. Segundo Masiero (2003, pp. 550-551):

Em 1936, ano em que Freeman e Moniz descreveram seus experimentos, a leucotomia passou a ser aplicada em internos do Hospital de Juquery, em São Paulo. Neste, que foi o maior manicômio da América Latina, Aloysio Mattos Pimenta operou os dois primeiros pacientes em agosto de 1936. Mais tarde muitos outros médicos foram treinados e passaram a realizar lobotomias e leucotomias em instituições brasileiras.

Embora fosse amplamente utilizada nos asilos brasileiros, a prática da lobotomia e da leucotomia nunca foi consensual. Além disso, nunca se chegou à certeza de sua real eficácia. Como mostra Masiero:

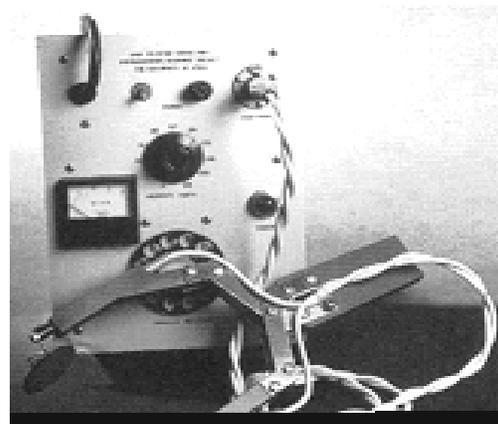
Extremamente invasiva e perigosa em seus primórdios, a porcentagem de óbitos em decorrência da cirurgia era alta, em torno de 2%, além das complicações que poderiam advir desta prática, como hemorragias cranianas, inflamação das meninges, infecções, ou seqüelas indeléveis como hemiplegia e paraplegia, caso áreas motoras do cérebro fossem atingidas durante a cirurgia, o que era comum (Idem, p. 551).

Não raro os arquivos de Memórias do Hospital de Juquery dão testemunhos dessas complicações. O caso M. M. é apenas mais um dentre tantos outros registrados nesses documentos. Não obstante os resultados não muito satisfatórios não promoveram a abolição das práticas utilizadas, a lobotomia e a leucotomia, por exemplo, foram praticadas no Brasil durante vinte anos e sua prática só foi abolida depois do surgimento, em 1952, da chorpromazina, que inaugurou a terapêutica medicamentosa, amplamente utilizada até os dias de hoje.

2.3.2.3 - A eletrochoqueterapia

Dentre as terapêuticas ditas modernas certamente a mais utilizada no Brasil e no mundo inteiro foi a terapia por eletrochoque; e dentre as instituições brasileiras que fizeram uso dessa terapêutica o Juquery merece grande destaque.

Criado pelos italianos Hugo Cerletti e Bini, este método consistia, basicamente, na promoção de eletroconvulsoterapia no paciente através de correntes alternadas de choques elétricos nas têmporas ou em outras partes da cabeça. O eletrochoque foi muito utilizado no tratamento de pessoas acometidas pela Esquizofrenia. Cerletti admitia a incompatibilidade entre a esquizofrenia e a epilepsia. Mas pretendia conseguir que um esquizofrênico apresentasse crises epilêpticas. A luz se fez para Cerletti quando ele visitou um matadouro de porcos em Roma - Por que o grande psiquiatra teria se sentido atraído a



Modelo de aparelho utilizado na aplicação do eletrochoque. *Fonte:* Museu de Barbacena - MG

visitar um matadouro de porcos? - Ali ele verificou que os porcos submetidos a choques elétricos antes de serem abatidos apresentavam crises convulsivas. Segundo Nise da Silveira (1992) “foi uma iluminação às avessas!” Cerletti concluiu que se poderia também provocar no homem uma convulsão, por corrente transcerebral, sem matá-lo. Assim nasceu em 1928 o eletrochoque, que ainda hoje é utilizado, mesmo depois da reforma psiquiátrica que vem sendo paulatinamente implantada no país.

“Não, outra vez! É horrível”. Segundo Silveira (1992), estas foram as palavras pronunciadas pela primeira vítima da eletrochoque. Muito mais tarde ouvimos os desesperados suplícios de várias vítimas, dentre elas, o dramaturgo francês Antonin Artaud, o poeta *beat* Allen Ginsberg e seu amigo Carl Solomon e Austregésilo Carrano Bueno que relatou suas experiências com o eletrochoque em hospitais psiquiátricos brasileiros nos anos de 1970 em seu livro *Canto dos Malditos* que, posteriormente, inspirou o filme *Bicho de Sete Cabeças*, dirigido por Laiz Bodanski.

A criação da eletrochoqueterapia por Cerletti e Bini é um pouco controversa. Mesmo antes do surgimento da cardiazolepsia, Cerletti já realizava em Gênova, cidade onde morava, experiências com a epilepsia, provocando crises convulsivas em animais (principalmente cães e porcos). Através do uso da técnica de VIALE, que consiste em colocar um eletrodo na boca e outro no ânus do animal, ele administrava um aparelho que fazia percorrer pelo corpo do animal correntes alternadas de iluminação de 125 volts visando, com isto, verificar as lesões histo-patológicas do corno de Ammon. Segundo Yahn e Barros (1947, p. 236): “como a técnica determinasse muitas vezes a morte por fibrilação auricular, dificultando assim as experiências, estas foram abandonadas sendo os seus resultados publicados em 1934, por seu discípulo CHIAUZI”.

Existiram vários modelos de aparelhos para a aplicação do eletrochoque, mas no Brasil eram comumente utilizados os modelos de fabricação nacional que dispunham simplesmente de um dispositivo para a regulação da voltagem. Ligados a este aparelho ficavam os eletrodos, dos quais existiam de diversos tipos.

Os primeiros modelos, de fabricação internacional, no lugar dos eletrodos, contavam com grandes pinças o que tornava o aparelho mais difícil de ser manipulado; somente mais tarde é que surgiram modelos mais simplificados, contando com pequenos eletrodos, facilitando a aplicação. Os eletrodos eram, por sua vez, ligados a pequenos cabos de ebonite, nos quais havia um botão que servia para abrir e fechar o circuito pela simples pressão do polegar de quem aplica o choque (Cf.: YAHN e BARROS, 1947).

Um fator de grande importância na técnica do eletrochoque diz respeito ao preparo do paciente, pois caso a administração da técnica seja feita de forma inadequada, o paciente poderá sofrer seqüelas ou até mesmo traumas irreversíveis levando-o a óbito. Dessa maneira, o primeiro passo consistia na realização de um exame clínico a fim de verificar a existência ou não de contra-indicações. Alguns médicos acreditavam que o choque deveria ser aplicado no paciente ainda em jejum. GONDA, por exemplo, chegava a exigir 20 horas de jejum antes do tratamento. Segundo Yahn e Barros (1947, p. 238): “a maioria dos pacientes do Juquery naquela época tomavam café com pão às 06h30min da manhã e se submetiam ao tratamento das 9h em diante. Com esta conduta não verificaram qualquer acidente, a não ser vômitos, em raros casos”.

Além disso, cuidava-se de verificar anteriormente se o paciente não se encontrava sob efeitos de sedativos; acreditava-se que estes não deveriam ser administrados 30 horas antes da aplicação do eletrochoque, pois poderiam causar sérias complicações ao paciente. “(...) dizem que eles aumentam a resistência dos pacientes às convulsões, o que é verdadeiro, mais isso não tem grande importância prática, porque podemos, se necessário, aumentar a dosagem da corrente, sem maiores inconvenientes” (Cf.: YAHN e BARROS, p. 239). O problema não mencionado por Yahn e Barros é que em virtude da resistência à convulsão, certos pacientes exigiam correntes muito altas de choque o que podia levar ao mau uso da terapêutica pelos técnicos dos hospitais, convém lembrar que correntes com voltagens elevadas podem causar danos irremediáveis ao sistema nervoso podendo levar o paciente à morte.

De forma geral, a administração do eletrochoque no Hospital de Juquery seguia estes princípios básicos. De março de 1942 a Dezembro de 1945 os Drs. Mario Yahn e Paulo F. de Barros administraram o método em 414 pacientes do quinto Pavilhão de Mulheres do Hospital Central de Juquery. Neste caso:

As aplicações se faziam no próprio leito do hospital, sem que houvesse necessidade de estrado de madeira, da colocação de sacos de areia ao nível da coluna dorsal inferior e lombar como recomendam alguns autores americanos com o fim de evitar as fraturas de coluna etc. Recomenda-se que o paciente esteja com a bexiga vazia, para evitar a rejeição da urina durante a crise convulsiva. Devem também ser afrouxadas as vestes e retirados da boca os aparelhos protéticos, facilmente deslocáveis. Os objetos de metal de pequeno volume, como pulseira, correntes, grampos para os cabelos, etc.; não precisam ser retirados, como a princípio era recomendado, pois, que tivemos vários casos em que aplicamos o tratamento sem esses cuidados e nunca tivemos

acidente algum. Estando a paciente deitada em cama de metal, é conveniente isolá-la, cobrindo esta com lençol de borracha, a fim de que a difusão da corrente não possibilite a sua passagem pelo eixo cardíaco, o que poderia, de fato, segundo diversos autores acarretar alguns inconvenientes talvez graves (...) tomados estes cuidados, faz-se a proteção prévia da língua e dos lábios do paciente; isso é necessário porque os maxilares, diferentemente do que ocorre na convulsão cardiazólica, geralmente se cerram muito depressa. Em seguida, faz-se a fixação manual do paciente, do mesmo modo que a convulsoterapia cardiazólica (...) Primitivamente usava-se, antes de colocar os eletrodos, preparar as regiões que iam recebê-los, lavando as mesmas com água e sabão para desengordurá-las, colocando geléia condutora, etc. Hoje se dispensa esses cuidados, bastando molhar os eletrodos em água salgada (YAHN & BARROS, 1947, pp. 239-240).

Como a sedação não era recomendada antes da aplicação do eletrochoque, a contenção do paciente era feita através do uso da força, isto porque não era possível um acordo amigável, pois, a bem da verdade, era um método doloroso e invasivo; o paciente, a não ser aquele que já se encontrava em estágio avançado de cronificação, apresentava grande resistência. Reunia-se uma equipe de funcionários, dentre eles enfermeiros



resistentes, para conter o paciente amarrando-o à cama com correias de borracha, só então era possível colocar o método em prática.

Os eletrodos eram colocados em locais desprovidos de cabelos e não eram colocados exclusivamente nas têmporas. Na verdade, os eletrodos eram colocados, em vários casos, em diversas partes da cabeça, nas regiões frontal e occipital, frontal e parietal, etc. O que se pretendia era procurar uma região onde os eletrodos se adaptariam melhor na cabeça do paciente. Estando eles ajustados aplicava-se a corrente, nos casos em que a crise convulsiva não era obtida de imediato dava-se uma nova passagem de corrente, várias

vezes se precisasse, em rápidos intervalos de tempo até obter a convulsão. Yahn & Barros (1947, p. 241) lembram que “com alguns aparelhos de construção nacional, que não possuem o medidor de tempo, basta manter os contatos ligados, deixando passar a corrente até que se verifique o início da crise”.

Em relação à dosagem da corrente, esta poderia variar de paciente para paciente. Em geral, era comum medir a cabeça do paciente antes a fim de determinar qual a dosagem deveria ser aplicada. No Pavilhão de Mulheres do Hospital de Juquery, esta prática foi logo abandonada, pois se verificou que a relação

entre a medida da cabeça e a dosagem de corrente a ser aplicada não funcionava. Além disso, verificaram que a intensidade da corrente não estava em relação com a intensidade das crises, tal fato foi verificado quando usando a mesma voltagem e o mesmo tempo de passagem da corrente, em uma mesma paciente, as crises se produziram do mesmo modo que com intensidade variáveis de corrente. Neste sentido: “o único fato de



Primeiro aparelho de eletrochoque utilizado no Brasil. Acervo: Phillipe Pinel

importância a esse respeito é que as crises quase nunca se produzem com intensidade inferior a 300 miliamperes e, em vários casos, é necessário a intensidade de 600-700 miliamperes para que elas se produzam” (YAHN & BARROS, 1947, p. 241). Por este motivo, a aplicação da técnica no Pavilhão seguia a seguinte orientação. Começava-se o tratamento, geralmente, com 0,15 segundos de duração e a tensão de 100 volts. Caso não se conseguisse a crise desejada com tal dosagem, aumentava-se, logo a seguir, o tempo para 0,25 segundos (o qual era o máximo obtido pelo aparelho que era utilizado – Rahm tipo 1942), conservando a mesma voltagem. Nas vezes seguintes a intensidade da corrente era aumentada para 110 volts e, por fim, para 120 volts conservando-se o tempo de 0,25 segundos. Se mesmo assim não ocorresse a convulsão, davam-se mais dois contatos sucessivos, como que, praticamente, havia a crise. Quando se começou a utilizar os aparelhos de construção nacional, a verificação do fator tempo foi abandonada e como o objetivo era apenas obter a crise completa, a voltagem de 120 volts foi mantida para todas as pacientes, sendo que a corrente era passada pelo tempo que fosse necessário para ocorrer a crise. O que se pretendia, na verdade, era promover a crise completa, pois se

acreditava que através da crise convulsiva o paciente apagaria da memória os eventos traumáticos ligados á crise.

Neste sentido, a frequência e o número de choques necessário para o tratamento não era um consenso entre os médicos e psiquiatras da época. Alguns acreditavam que o tratamento deveria ser aplicado duas vezes por semana, outros três e ainda havia aqueles que defendiam o uso diário do eletrochoque. Yahn & Barros (1947) nos fornecem a seguinte informação sobre a forma de aplicação do método no Pavilhão de Mulheres do Juquery nos primeiros anos da década de 1940:

A orientação seguida por nós é a seguinte: Aplicações 2 vezes por semana. Usamos 2 métodos: o chamado ‘método simples’, comum, constando de uma série de 20 choques, em aproximadamente 2 meses, e o chamado ‘método especial’, constando na provocação de 2 crises no mesmo dia, com um intervalo de poucos minutos entre uma e outra, quando começava a regularizar a respiração alterada com a primeira crise. Dessa forma chegávamos a um total de 40 crises no mesmo período de tempo. Este processo já havia sido utilizado por CERLETTI e BINI para os esquizofrênicos crônicos (...). (p. 242).

Na verdade, quase todas as pacientes eram submetidas à série completa de 20 crises, exceto aquelas em que se obtinham remissão com menor número de choques (2, 5, 10) como casos de crises histéricas, casos de psicose maníaca depressiva (principalmente na forma maníaca) e casos de confusão mental. A “técnica especial”, apontado por Yahn & Barros era usada nos casos crônicos que, a bem da verdade, foram pouco ou nada influenciados pela primeira técnica, como nas esquizofrenias de mais de dois anos, nos episódios delirantes de evolução arrastada em personalidades psicopáticas e nas psicoses maníaco depressivas de longa duração.

No interior dessas instituições psiquiátricas eram utilizadas todas as formas para que o controle fosse mantido a todo o custo. Seja de caráter coercitivo ou corretivo, essas práticas visavam, sobretudo, a manutenção da disciplina em todos os setores. Para tanto promoviam uma espécie de “docilização dos corpos”, como diria Foucault, através da qual o indivíduo exercia o seu autocontrole. Dentre essas práticas, o eletrochoque é o melhor exemplo. Práticas constantemente criticadas pelos antipsiquiatras, pelos adeptos da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização da loucura, justamente por apresentarem um caráter mais punitivo e disciplinador que curativo.

O uso dessas terapêuticas modernas trazidas da Europa e dos Estados Unidos, só foi possível graças á ampliação e sofisticação do aparato institucional de Juquery nos anos 20

e, principalmente, nos anos 30. A criação da Clínica oftalmológica, por exemplo, é de 1926 e a Eletroterapia e a Eletroradiologia de 1928. Além da construção desses espaços físicos, a psiquiatria ampliou os seus espaços de intervenção através da profilaxia preventiva. Assim, enquanto as terapêuticas modernas eram utilizadas no tratamento dos internos, era feita uma campanha de profilaxia das doenças mentais fora dos muros do Hospício. Campanha que se orientou por novos discursos advindos da Higiene Mental e da Eugenia, como se verá no próximo capítulo.

CAPÍTULO 3 - O DISCURSO EUGENISTA E A PSIQUIATRIA PREVENTIVA

Se pudéssemos transformar em eunucos todos os degenerados e fechar nos conventos todos os idiotas e dar aos indivíduos bem-dotados, um harém e às mulheres inteligentes homens de caráter, ver-se-ia nascer, em pouco tempo, uma geração superior do século de Péricles! (...) Sem nos perdermos em divagações quiméricas, basta refletir que se fosse estabelecida, depois da pena de morte, a castração como pena maior, a sociedade seria expurgada de gerações inteiras de taradôs, pois ninguém ignora que a maioria dos crimes são cometidos entre os 20 e os 30 anos. (Amor e Eugenia – Artur Schopenhauer).



A idéia de uma raça superior, livre de miscigenação, foi precursora de uma política de eugeniação e higienização que visava o branqueamento das raças. O eugenismo surgiu nesse momento como a possibilidade de difundir a idéia de progresso e civilização, além da moralização e disciplinarização de um povo considerado “bárbaro”, “impuro” e não “civilizado”. Pensava na possibilidade de construir uma raça superior dotada de vigor, pureza e sofisticação.

Já em finais do século XIX, a concepção de degenerescência criada por Morel ganhava espaço no pensamento psiquiátrico brasileiro marcando consideravelmente o pensamento dos psiquiatras do hospital de Juquery. Para Morel a Psiquiatria deveria agir por meio de uma profilaxia preventiva que deveria promover não apenas a cura dos doentes mentais, mas, principalmente, combater as causas das doenças e prevenir seus efeitos. As degenerescências, neste sentido, são entendidas como desvios doentios do tipo normal da humanidade, transmitido hereditariamente. Assim, era necessário combater a doença mental em suas origens, ou seja, a partir do controle genético da população.

Dessa forma, é preciso deslocar o olhar de dentro do hospício e perceber as relações que ele estabelece com o mundo exterior, com a sociedade que o circunda. Os médicos do hospital viviam desde os anos 30 uma situação de crise, de superlotação do hospício e, ao mesmo tempo em que procuravam solucionar os problemas, também procuravam ultrapassar os muros do hospício e sua preocupação deixou de se voltar apenas para o indivíduo e passou a visar à normalização social através da intervenção em outros espaços, principalmente no meio dos trabalhadores e da pobreza urbana.

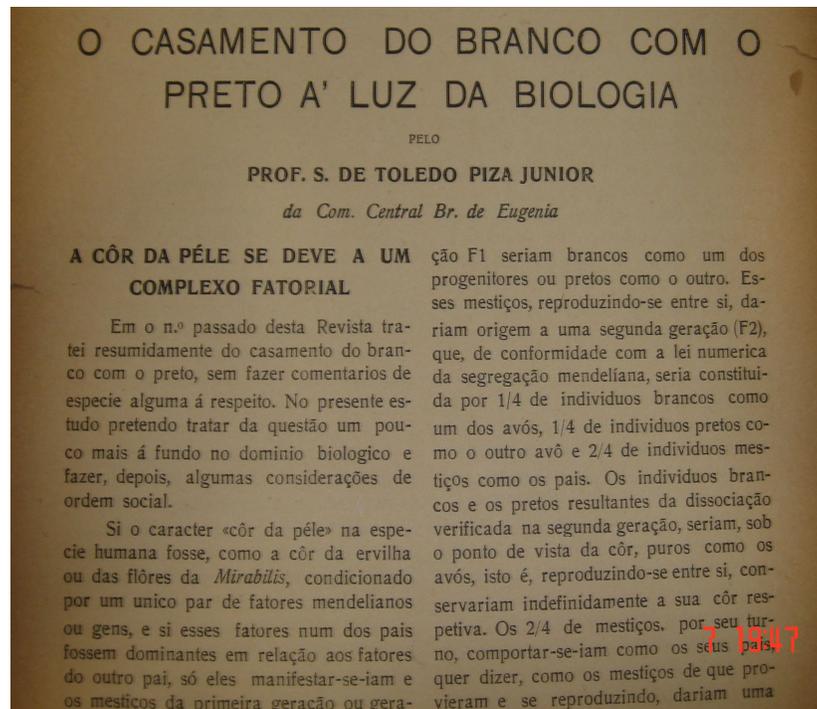
A idéia de uma psiquiatria preventiva encontrou espaço ao lado da Liga de Eugenia da América do Sul, criada em 1917 pelo médico paulista Renato Kehl. A eugenia, grosso modo, procurava melhorar as raças a partir do cultivo dos melhores genes. Ao lado de outras ligas como as ligas antialcoólicas, liga de educação sexual, união pró-temperança, esteve nitidamente voltada para a moralização da sociedade, em especial dos trabalhadores urbanos. No campo da psiquiatria foram criadas as Ligas de Higiene Mental que tinham como principais questões a sífilis, o álcool, o trabalho e sua regulamentação, a sexualidade, a família e até a produção artística e cultural. Esses temas marcaram profundamente os trabalhos dos psiquiatras do Juquery durante a década de 20 e principalmente, de 30, como veremos a seguir.

Começemos pela Eugenia. Muito embora a Eugenia tenha aparecido com vigor nas primeiras décadas do século XX, seu nascimento data de muito mais tempo. Na

antiguidade clássica, período fortemente marcado por Guerras e Conflitos constantes, a cultura do corpo belo, forte e saudável era predominante. Dessa forma, quando nascia uma criança com alguma deficiência física ela era prontamente atirada no mar. No entanto, esse ideal de um povo sedutor pela sua beleza e força, de uma raça superior e sofisticada, presente no imaginário grego, não era sistematizado como foi a Eugenia do século XIX.

Na verdade, a eugenia, como ciência biológica experimental, é uma ciência nova que teve Francis Galton como o seu grande fundador. Em sua obra intitulada *Human Faculty*, de 1884, cunhou o termo eugenia (“boa geração”) que foi amplamente aceito pelos seus colegas de trabalho e por quase todos os tratadistas da época. Sob a influência da leitura do livro de seu primo Charles Darwin, *A origem das espécies*, Galton lançou as bases do que depois ganharia o nome de eugenia com o livro *Hereditary genius* (1869). Nesse livro, Galton procurava demonstrar que a capacidade humana decorria da hereditariedade mais do que da própria educação.

Segundo
definição do
próprio Galton,
Eugenia é a
“ciência que lida
com todas as
influências que
melhoram as
qualidades natas
de uma raça;
também aquelas
que as tantas
influências
quantas possam
ser
razoavelmente



Artigo referente à mistura entre as raças. Publicado no Boletim de Eugenia no ano de 1929.

empregadas, para fazer com que as classes úteis na comunidade possam contribuir mais do que sua proporção para a geração seguinte”. Muitas vezes é confundida com higienização e educação física, mas convém lembrar, que, muito embora ande ao lado destas, a eugenia apresenta uma proposta mais profunda que diz respeito à intervenção no campo das

heranças genéticas. Nas palavras de Renato Kehl (1929), a eugenia é “uma ciência e uma arte. É ciência, por seus meios de estudo; é arte, por suas aplicações. A ciência eugênica tem por objeto a investigação da herança biológica; a arte eugênica tem por fim a ‘boa geração’” (Cf.: KEHL, 1929, p.3).

É importante salientar que os eugenistas reconheciam que suas práticas poderiam não somente promover uma melhora das raças, mas acreditavam, igualmente, na possibilidade de estas serem pioradas. Assim, a seleção das melhores espécies e a construção de uma raça dotada de forte vigor físico e alta capacidade intelectual, não descarta por completo a possibilidade do erro e do insucesso. É por isto que uma definição mais detalhada do Eugenismo considera que: “A eugenia é o estudo dos fatores que, sob o controle social, possam melhorar ou prejudicar as qualidades raciais das gerações futuras, quer física, quer mentalmente”.

A corrente científica da Eugenia tem por base os estudos biológicos, iniciados por Lamarck em 1809 com sua teoria da evolução, desenvolvida em sua obra clássica “*Philosophie Zoologique*” e continuados por Charles Darwin, Wallace Weismann, Galton, Lapouge, Davenport e um grande número de biólogos e embriólogos tais como Flemming, Rauher, Verworn, Nuszoun, Boveri, Seelinger, Driesch e outros.

A ansiedade com o futuro da sociedade, reforçada por uma série de transformações sociais e econômicas, criava o contexto no qual a eugenia aflorava como uma esperança para a elite branca e rica. Em 1909, em um dos artigos de sua coletânea. *Essays on Eugenics*, Galton parte de uma proposição estatística de distribuição de “talentos” entre uma dada população para defender que o caráter e as faculdades dos seres humanos seriam distribuídos de acordo com certas leis estatísticas. Adotando o critério de distribuição de “valor cívico” procura demonstrar que este também obedece razoavelmente a essas leis. O raciocínio desloca-se para a sociedade a partir da adoção da premissa de que “os cérebros de nossa nação encontram-se nas mais altas de nossas classes”, e então Galton conclui pela “economia de esforço” em se concentrar a atenção sobre as elites para buscar o aprimoramento da raça. Seria estatisticamente mais proveitoso investir nos casamentos em que ambos os cônjuges são oriundos da mesma classe alta do que em casos em que apenas um deles o é. Acrescenta Galton que é muito mais importante promover o aumento da produtividade do *melhor estoque* do que reprimir a do pior. Nas palavras de Mota (2003, p. 68):

Os primeiros passos dirigiam-se aos que já possuísem uma raça já considerada superior. Incentivando as pessoas consideradas racialmente fortes, equilibradas, inteligentes e bonitas a ter maior número de filhos, de modo que seu número médio se elevasse progressivamente, foram criados concursos de bem-dotados e avaliações de hereditariedade. Paralelamente, e de modo complementar, era necessário limitar a descendência das pessoas avaliadas como inferiormente apresentáveis (doentes taradas e miseráveis).

Dessa maneira, o pensamento eugenista buscava inviabilizar a procriação dos sujeitos considerados “inferiores”, por possuírem características genéticas consideradas defeituosas que, portanto, não deveriam ser propagadas e, por outro lado, procuravam incentivar as classes “superiores”, brancos, fortes e inteligentes, a terem cada vez mais filhos. Somente dessa forma é que seria possível alcançar uma raça ‘pura’ e superior. Para tanto construíam discursos de verdade propagando a idéia de que o cruzamento das raças levaria à humanidade à sua total degeneração.

3.1 - Eugenia e Patriotismo

Cuidar do aperfeiçoamento eugênico é cultivar as bases da felicidade do povo e fortalecimento integral do país. (*Renato Kehl*).

O pensamento eugenista, além de buscar o aperfeiçoamento da raça humana, através do uso da genética, também criou a idéia da existência da superioridade de alguns povos sobre os outros, o que acabou se tornando um ideal de perfeição determinado por poucos. Quando em 1907 a matéria de eugenia foi introduzida na Universidade de Londres passou a ser além de uma ideologia um método de pesquisas acadêmicas e construções discursivas que visavam não somente a modificação dos corpos, mas também das representações mentais, do imaginário. Tanto que a sociedade eugênica Inglesa serviu depois de base para a criação da sociedade eugênica americana em 1926.

Uma vez institucionalizada a ideologia ganhou força a partir do surgimento de vários trabalhos acadêmicos sistematizados. Dessa maneira, ao colocar algumas raças superiores em relação a outras abriu espaço para aquilo que Edwin Black chamou de “Guerra contra os fracos”. Pregavam a superioridade dos povos germânicos sobre todos os outros e acreditavam que a “melhora” genética das raças poderia levar à humanidade a uma raça perfeita. Assim estabelecia-se uma hierarquia de raças e forças cabendo à alta

sociedade o poder de determinar quem eram os inferiores - em geral trabalhadores comuns de hierarquias inferiores na escala social. Além disso, as pessoas no poder tinham o direito de decidir o que seria feito com estes indivíduos considerados inferiores, decidiam se seriam retirados do convívio com os outros ou se seriam mantidos sobre vigilância constante para se evitar a sua reprodução.

Através de estudos científicos e experimentos biológicos a Eugenia descobriu a possibilidade de cultivo de uma raça forte, resistente e superior; por isso este pensamento serviu como mentor da política de arianização promovida por Adolf Hitler na Alemanha durante o Nazismo. Vários experimentos foram utilizados no período do III Reich, procurando alcançar uma raça sofisticada e digna de representação do nacionalismo alemão. Hitler certamente ficou satisfeito com as idéias difundidas pelo pensamento eugenista, e não restam dúvidas de que a colocou realmente em prática. A campanha anti-semitista, por exemplo, foi uma atitude eugenista negativa que tinha por finalidade aniquilar os “desprezíveis judeus, inimigos da espécie humana, causa de todo o sofrimento” que assolava a Alemanha no dizer do Fuehrer. Enfim:

Hitler defendia a tese de que a pureza racial é um bem fundamental a ser preservado. Para que um povo se torne poderoso, dizia, é preciso que conserve a pureza de seu sangue. A História está cheia de exemplos, argumentava Hitler, de povos que entraram em decadência tão logo admitiram misturas raciais. A conclusão desse raciocínio é que os alemães deveriam afastar-se da contaminação com raças inferiores, a fim de alcançarem seu tão sonhado poderio (...) Outra tese de Hitler tratava da classificação das raças. Para ele, as raças se dividiam em dois grandes grupos: a ariana (ou nórdica) e as outras. No primeiro grupo estavam os criadores de cultura; no segundo, os destruidores (COTRIM, 1991, p. 80).

Nota-se, pois, que uma das maiores características da Eugenia na Alemanha nazista foi a defesa do nacionalismo e resguardo das nações contra raças distintas que pudessem destruir suas culturas. Hitler, por exemplo, acreditava que a principal obrigação do Estado era preservar a pureza racial lutando contra a miscigenação e a mistura dos povos. Em seus discursos que duravam horas a fio estas questões sempre se faziam presentes:

Deus, que criou o povo alemão, fê-lo ativo e vigoroso. Um país como o nosso, cuja raça foi temperada em aço, não pode ser importunado por doentes e covardes do mundo inteiro. Estendemos a mão amistosa a todos os que desejem a paz, mas esmagamos quem se recuse a reconhecer nossos direitos (...). É nosso dever despertar as forças latentes que dormem no sangue de nosso povo (...). É eterna a luta das raças inferiores contra as raças superiores que estão no poder. No dia em que as raças

superiores se descuidarem, estarão perdidas. A raça ariana tem o direito de dominar o mundo e é sob essa diretriz que orientamos a política externa alemã (COTRIM, 1991, p. 115).

Nos Estados Unidos o pensamento eugenista também foi bem marcante, encontrando grandes adeptos, dentre eles, médicos, psiquiatras, escritores, filósofos, intelectuais e políticos. O pensamento eugenista americano era fruto da aliança entre o racismo biológico e o poder, “o status e a riqueza americana contra os mais vulneráveis, os mais marginais e os menos poderosos da nação”. De acordo com Edwin Black a idéia era eliminar qualquer marca do atraso e da incapacidade, além de impedir a propagação de genes defeituosos e malfeitos. Assim, em Julho de 1911 foram identificados 10 grupos de incapazes sociais que deveriam ser eliminados da espécie americana. Black (2003, p. 122) nos fornece a lista completa desses grupos:

Primeiro, os deficientes mentais; segundo a classe indigente; terceiro, a classe dos alcoólatras; quarto, os criminosos de toda espécie, incluindo os pequenos criminosos, os encarcerados pelo não pagamento de multas; quinto, os epiléticos; sexto, os insanos; sétimo, a classe constitucionalmente frágil; oitavo, os predispostos a doenças específicas; nono, os fisicamente deformados; décimo, os com defeitos em órgãos dos sentidos, ou seja, os surdos, os cegos e os mudos. Nessa última categoria, não havia qualquer indicação de quão severo o defeito deveria se para se qualificar; nenhuma distinção foi feita entre a visão deficiente e a cegueira, entre a má audição e a surdez absoluta.

Na verdade, como o próprio Edwin Black informa, em geral não havia uma consistência racial ou cultural para a lista de seus alvos. Ou seja, não havia critérios específicos para a classificação dos indivíduos em graus de maior ou menor deficiência, mas baseavam-se em graus de menor ou menor “normalidade” ou menor ou maior periculosidade. Segundo Black (2003, p.123): “os genuinamente deficientes, os insanos e os deformados eram empilhados indiscriminadamente junto com os problemáticos, os desafortunados, os sociamente inferiores e os simplesmente ‘diferentes’”. Dessa forma, vistos como incapazes e, conseqüentemente, inúteis para a sociedade, eram transformados em uma classe amorfa, o lixo da humanidade, depositada nos submundos ou porões da sociedade. Uma vez eugenicamente classificados eram condenados a permanecer no campo da exclusão, vítimas do preconceito. O problema maior é que, devido á esta falta de critérios minuciosos, vários indivíduos foram obrigados a ocupar estes espaços da exclusão sem que isso fosse realmente preciso. Segundo Black (2003, p. 117):

(...) A classificação eugenicamente condenatória abarcava além dos casos genuínos de indivíduos severamente retardados, que não podiam tomar conta por si mesmos, também aqueles que só eram tímidos, gogos, que falavam um mal inglês, ou calados, os que simplesmente não verbalizavam a despeito do seu verdadeiro intelecto ou talento.

Dessa maneira, ao identificar estas classes de indesejáveis, estes eram isolados na tentativa de impedir que, através do contato com outros indivíduos saudáveis, fizessem propagar os seus genes “defeituosos”. O objetivo maior da eugenia americana era impedir a produção de pessoas deformadas. O que se idealizava era que estes fossem eliminados, aniquilados sem dó e piedade, enquanto as famílias superiores deveriam ser ampliadas. Assim, o movimento eugenista procurou listar os homens de gênio, os intelectuais, dotados de grandes capacidades e talentos, advogando que estes deveriam receber benefícios especiais, como recompensas financeiras, para que aumentassem a reprodução e propagassem sua espécie tão bem vinda. Dessa forma, a raça superior aumentaria enquanto a inferior sofreria contínua degradação e, aos poucos, a classe superior controlaria totalmente a sociedade e todos seriam vigorosos e “felizes para sempre”.

No Brasil a Eugenia não se deu de forma tão “radical” quanto foi na Alemanha que, a bem da verdade, fez milhões de vítimas, mas o ideal de purificação das raças em nome de uma nação coerente e superior se fez igualmente presente em solos brasileiros. Seu alvo principal não foram os judeus como foi na Alemanha nazista, mas todos aqueles que, de certa forma, representavam alguma ameaça para o desenvolvimento e crescimento do país. A saber, os “vagabundos”, “delinqüentes”, “vadios”, criminosos, deficientes físicos e doentes mentais de todos os tipos. Quer dizer, a eugenia no Brasil assumiu os moldes da corrente que predominou nos Estados Unidos. Pode-se até dizer que o pensamento eugenista brasileiro sofreu grandes influências do pensamento americano.

Como foi dito anteriormente, o Brasil foi o primeiro país sul-americano a ter um movimento eugenista organizado, a partir da criação da Liga de Eugenia em 1917 e teve o doutor Renato Kehl como o principal difusor de suas idéias.²⁸ O movimento eugênico brasileiro é bastante heterogêneo, mas vale destacar sua atuação junto à saúde pública e o saneamento, bem como à psiquiatria e “higiene mental” ao longo das décadas de 1920 e 1930, o que permite verificar algumas das principais questões nas quais a questão urbana se relaciona ao pensamento eugênico. A idéia era a promoção de um verdadeiro

²⁸ Em 1929 Renato Kehl criou o *Boletim de Eugenia* que além de difundir a ciência de Galton, também fazia propaganda maciça dessa nova ideologia.

saneamento mental e moral, capaz de extirpar as marcas do atraso e impedir a propagação dos caracteres “defeituosos”.

É importante lembrar que a união entre eugenia e higiene foi característica do movimento eugenista brasileiro. Parte do sucesso do eugenismo nesse período parece devido à sua formulação suprapolítica. Podendo ser utilizada por qualquer tendência político-ideológica, a eugenia oferecia mecanismos de contenção dos conflitos sociais provenientes das reivindicações trabalhistas e justificavam o fortalecimento do Estado. A luta pelo saneamento, com o apoio das práticas eugenistas, buscava resguardar – ou resgatar – a força de trabalho. As campanhas pelo saneamento, que culminaram com a criação da Liga Pró-Saneamento tinham à frente, por exemplo, a figura de Belisário Penna, membro efetivo da Comissão Central Brasileira de Eugenia.

Fazia parte do ideal desses médicos sanitaristas a crítica aos modelos políticos vigentes. Um aspecto importante dessa crítica, porém, é uma aceitação da doutrina da “vocação agrícola” do país por uma grande parcela da elite, e que consta também das proposições da Comissão Central Brasileira de Eugenia: Direitos de sucessão que favoreçam os trabalhadores dos campos no sentido de garantir a estabilidade econômica das famílias sadias e prolíferas de agricultores e criadores.

Apenas uma pequena parcela da população rural teria condições de ser agraciada pelos direitos de sucessão reivindicados pelos eugenistas. Essas propostas parecem tentar garantir aos já proprietários rurais que não seriam reconhecidos direitos, aos ex-escravos libertos ou seus descendentes, de terras que tivessem ocupado como “posseiros” após a Abolição. Mais do que isso, as melhorias do campo e a regeneração da raça visavam unicamente o aumento da produtividade dos trabalhadores rurais, não em qualquer tentativa de reorganização da estrutura fundiária do campo. Dessa forma, intervinham nas práticas agrícolas buscando identificar deficiências e condições de moradia e cultivos da terra, um exemplo disso foi a criação de um programa de fiscalização e instrução sobre o uso de inseticidas nas lavouras.

Já nas cidades, a atuação dos eugenistas se caracteriza pela disciplinarização das massas trabalhadoras através da noção de *higiene mental*. E seu principal campo de intervenção era nas condições de salubridade, fiscalização das moradias, principalmente dos cortiços, que abrigavam números elevados de indivíduos vivendo em pequenos espaços e péssimas condições de vida, distribuição de água e saneamento básico e etc.; Na década de 1920 a eugenia ocupa um lugar central no discurso psiquiátrico brasileiro.

Advogando a possibilidade de intervenção racional sobre a seleção natural, a eugenia se apresentava com a proposta de defender a saúde física e moral dos trabalhadores brasileiros. Assim, o movimento de Higiene Mental é uma extensão e um desdobramento das questões eugênicas, e “ratificava parâmetros disciplinares, os quais deveriam garantir a formação de uma população sadia, sem conflitos”.

A higiene mental extrapola então os limites de sua disciplina e passa a cuidar das condições psíquicas da sociedade como um todo, organizando uma *vida sadia*. A idéia agora era promover saúde pública, ou seja, agir não mais nos efeitos, mas nas causas das doenças, impedindo o seu surgimento a partir de uma campanha de controle profilático e não mais curativo. É neste sentido, pois, que a medicina eugênica e higienista adentram as profundezas da vida social, procurando identificar os seus germes defeituosos combatendo-os em suas origens.

Ganhou força aqui a crença de que fatores externos como doenças e o alcoolismo contribuíam para a degeneração da raça. Sob os preceitos da higiene mental, Antônio Carlos Pacheco e Silva criou o Sanatório Pinel de Pirituba, para suprir a demanda proveniente do processo de urbanização e combater os “detritos da civilização”. A intensa urbanização do período fez emergir a questão da loucura na ordenação do espaço urbano, concebida como fonte potencial de “epidemias psíquicas”. Essa concepção é expressa por Pacheco e Silva:

Freqüentemente, nas grandes aglomerações, os homens deixam-se conduzir por indivíduos tarados, portadores de estados psicopáticos, de idéias mórbidas de reivindicação, de delírios pleitistas, de idéias delirantes de perseguição. “Tais tipos mórbidos são dotados de grande capacidade de proselitismo e são extremamente ativos na defesa de suas idéias mórbidas, razão por que exercem grande influência sobre as massas” (Pacheco e Silva *apud*. COUTO, 1994, pp. 25-26).

Admitem-se aqui fatores sociais como elementos “disgênicos” e sua vinculação a finalidades políticas – no caso, o ativista político igualado a um paranóico. Da mesma forma, e com muita freqüência, o feminismo era visto como uma ameaça à família. As mulheres, concebidas pelos eugenistas como “Sacerdotisas da Eugenia”, frágeis física e intelectualmente, deveriam se enquadrar em rígidos moldes comportamentais sob risco de terem sua cidadania esvaziada sob o diagnóstico de enlouquecimento. Foram vários os grupos pescados na malha fina da eugenia. Ao lado dos alcoólatras, a prostituta também se tornou um alvo dos eugenistas, por apresentar um desregramento na atividade sexual que

era visto pelos eugenistas como uma forma de propagar a doença e perverter a moral e os bons costumes. O onanismo, a sodomia, a pederastia, o lesbianismo ou safismo, o criminoso e doente mental, nenhum deles esteve livre do olhar do eugenismo.

Assegurar a ordem social cada vez mais ameaçada pelo crescimento das cidades foi um dos principais papéis atribuídos às instituições psiquiátricas, e a grande motivação para criação de novos sanatórios e reformulação dos já existentes para receber os novos classificados pelo saber médico e psiquiátrico. Uma resposta ao medo perante o crescimento da cidade, e um exemplo do esforço eugênico para a ordenação do espaço urbano para o qual contribuíram membros da elite social paulista, capitalistas, comerciantes, advogados e médicos.

Segundo o pensamento eugenista, o brasileiro tinha um potencial genético e civilizatório que ameaçaria o progresso da nação, devendo ser apurado e transformado. Nesse sentido, acreditava-se que o atraso da nação devia-se à miscigenação da população que havia herdado apenas as características ruins do branco, do negro e do índio. Segundo Kehl (1929, p. 3):

Os mestiços brasileiros de branco e preto (mulatos), são, na maioria, elementos feios e fracos, apresentando, com freqüência, os vícios dos seus ancestrais. Apresentam grande instabilidade de caráter e constituem elementos perturbadores do progresso nacional, sob o ponto de vista étnico e social.

A idéia de progresso e civilização não podia conviver com uma estrutura social formada por seres “não civilizados”. Essa situação estava em desacordo com a construção tão almejada de uma idéia de nação aos moldes das nações européias, como queria a elite brasileira daquela época. Como mostra Mota (2003, p. 60):

Para as elites dirigentes que buscavam construir uma identidade nacional, colocando o Brasil junto aos países mais civilizados e altivos, as críticas contra esse homem “quase brasileiro” eram tidas como fundamentais para o desenvolvimento da nação de sua história.

Assim, as elites acabavam comparando o brasileiro ao europeu mostrando que o europeu era mais civilizado e acreditando que somente uma política de controle da saúde é que manteria o brasileiro produtivo com a capacidade de alcançar o europeu. Assim, os poderes públicos atentaram-se para os “brasileiros miscigenados”, que acreditavam que a fusão das raças era a grande responsável pela degenerescência e a impossibilidade da

civilidade. Nesse sentido, ele devia ser cuidadosamente assistido, disciplinado e adestrado. Segundo os eugenistas:

[...] higienizada e civilizada a nação, os eugenistas diziam ter campo fértil para consagrar o seu grande objetivo de traduzir nas características raciais que vinha sendo feito no campo civilizatório, pelas intervenções sanitárias [...]. A busca de um indivíduo saudável e equilibrado passaria, igualmente, pelas contingências do meio físico e moral, de que cuidariam tanto os sanitaristas como os eugenistas, estes considerados capazes de formatar geneticamente um brasileiro “mais homem”, portanto “menos animal” (MOTA, 2003, pp. 65-66).

Numa sociedade que assistiu, desde tempos remotos, ao alvorecer da escravidão, e a sua derrocada tardia em fins do século dezenove, não é de se surpreender que tenha logo se filiado ao pensamento eugenista e feito grande propaganda para difundir os seus ideais. Uma cultura constantemente marcada pelo contato de sangues diversos, desde o latino ao escravo africano, talvez seja a sociedade mais miscigenada do mundo. O ideal de “branqueamento” da sociedade nos leva a crer que o ideal de chegar a uma raça “pura” e “perfeita” também esteve bastante presente na cidade de São Paulo e outros lugares do Brasil.

Assim, nota-se o interesse do Estado em mediar as relações sociais, por meio do controle do espaço público em consonância com o espaço privado. Nesse sentido, as práticas psiquiátricas assumem suas nuances políticas. Higienizar significa limpar o que é sujo e preservar o que é puro. Nesta perspectiva não fica difícil perceber o que deve ser varrido e o que deve ser escondido: são aqueles que, sob o olhar da civilização, apresentam ameaça ao projeto de modernização e aos preceitos morais e normativos da sociedade.

3.2 - A Liga Brasileira de Higiene Mental e a Propaganda Eugenista

A Liga Brasileira de saúde Mental (LBHM) foi, em grande parte, responsável pela propagação do eugenismo e da construção dos discursos eugenistas no país. Fundada no Rio de Janeiro no ano de 1923, reconhecida de utilidade pública pelo decreto n. 4778 de 27 de Dezembro de 1923 a LBHM teve como seu principal mentor o médico psiquiatra Gustavo Riedel, ex-diretor do Hospital de Engenho de Dentro no Rio de Janeiro. Contava com o Doutor Ernani Lopes na vice-presidência, o prof. J. P. Porto Carrero e na secretaria Geral o Doutor F. L. Mac-Dowell. O Conselho executivo era então formado por: Prof. Juliano Moreira, Prof. Henrique Roxo. Dr. Gustavo Riedel, Prof. Mauricio de Medeiros,

Prof. Olinto de Oliveira, Prof. Esposel, Dr. Heitor Carrilho, Dr. Reanto Kehl, Dr. Helion Povia, Dr. Adauto Botelho, Dr. Murillo de Campos e pelo Dr. F. L. Mac-Dowell. Enfim, a nata e a elite da psiquiatria brasileira. A Sede da Secretaria e Biblioteca ficavam na Praça Floriano, Sete, Edifício Odeon, 5 andar, sala 516, na cidade do Rio de Janeiro. Segundo Jurandir Freire Costa “o objetivo inicial da instituição era o de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos”. Funcionando como uma entidade civil, a LBHM era subvencionada pelo governo Federal contando também com a ajuda de filantropos e, posteriormente, em 1925, contava com os rendimentos gerados pela venda de sua revista *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental* (Cf.; Costa, 1989).

O clima biologizante que predominava no campo da psiquiatria brasileira nas primeiras décadas do século XX influenciou diretamente o pensamento da LBHM nos anos de 1920. O biologismo eugênico acabou se transformando, dessa maneira, em um fundamento mais ideológico que científico, e orientava a quase totalidade dos trabalhos realizados pelos membros da Liga.

Segundo Costa (1989), desde a sua criação em 1923 até o ano de 1926, a LBHM procurou aperfeiçoar a assistência aos doentes, encerrando suas propostas de tratamento dentro dos muros dos Hospitais. No entanto, a partir de 1926 os médicos psiquiatras da Liga começaram a perceber a necessidade do desenvolvimento de uma medicina preventiva, elaborando projetos de eugenia e educação dos indivíduos. O que ocorreu foi de certa forma, a extensão de um trabalho que anteriormente era exercido no interior dos estabelecimentos psiquiátricos para o seio da sociedade, como forma de estabelecer um controle maior sobre as ações, atitude e comportamentos dos indivíduos. O que os médicos-psiquiatras pretendiam, na verdade, era:

(...) tornar a prevenção psiquiátrica similar à prevenção em Medicina Orgânica. A ação terapêutica deveria exercer-se no período pré-patogênico, antes dos aparecimentos dos sinais clínicos. Esta concepção leva-os a dedicar um maior interesse à saúde mental. Daquele momento em diante, o alvo de cuidado dos psiquiatras passou a ser o individuo normal e não o doente. O que interessava era a prevenção e não a cura (COSTA, 2007, pp. 46-47).

Dessa forma os psiquiatras, a partir do discurso da prevenção e da promoção de saúde mental, deslocavam aos poucos em direção ao seio da sociedade penetrando no campo da educação e da cultura. Segundo Cunha (1986, p. 168):

(...) A LBHM limita-se quase exclusivamente à realização de freqüentes campanhas educativas e de propaganda, utilizando-se largamente do concurso da imprensa diária, do rádio – veículo que mal dava seus primeiros passos – e de palestras promovidas em fabricas ou entidades sindicais, dirigidas aos trabalhadores por iniciativa do patronato ‘esclarecido’.

No caso de São Paulo, a Liga Paulista de Higiene Mental (LPHM) era mais modesta, pois não contava com o apoio do Estado. Fundada por Pacheco e Silva – então diretor do Juquery – e por seus colaboradores mais próximos, em fins de 1926, a LPHM tinha um perfil mais profissionalizado, isto é, era composta basicamente por psiquiatras e sua sede era o próprio Hospício do Juquery. No que diz respeito à divulgação de suas idéias e exercícios de suas práticas:

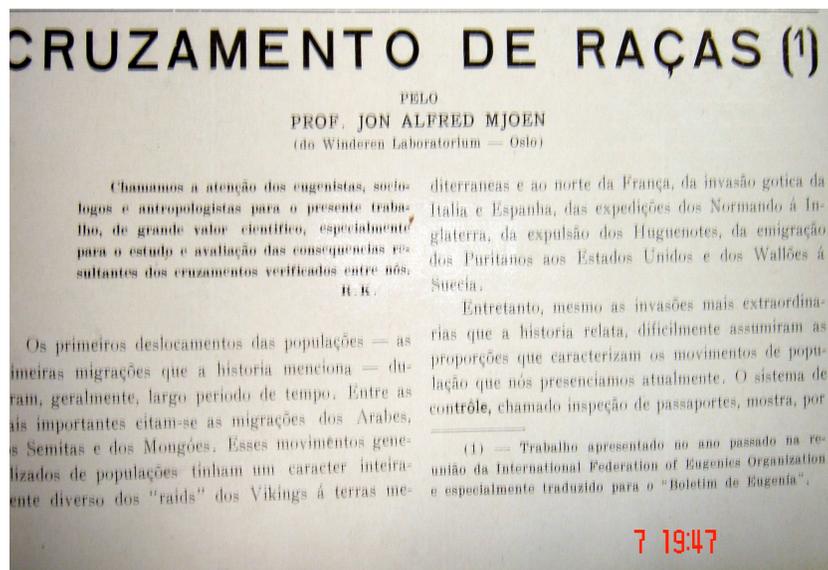
A Liga Paulista mantinha uma intensa programação de atividades educativas e de propaganda dos ‘princípios da higiene mental’- conferências radiofônicas ou dirigidas ao operariado em seus locais de trabalho, publicação de artigos na imprensa diária, distribuição de opúsculos de propaganda de amplo consumo, geralmente adaptados de folhetos idênticos produzidos nos Estados Unidos da América, tanto quanto publicações voltadas para um publico letrado de ‘professores, advogados, médicos’, cuja adesão era considerada fundamental ao sucesso da missão (Cf.: CUNHA, 1986, p. 169).

Segundo Pacheco e Silva (1928, p. 129) a LPHM manteve ainda, em convênio com a Diretoria do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, um posto de atendimento ambulatorial junto ao Instituto de Higiene, na capital do Estado. Quer dizer, a falta de apoio do Estado não impediu a LPHM de colocar em prática o seu projeto, utilizando-se dos meios que se encontravam ao seu alcance. Sua revista *Archivos Paulistas de Higiene Mental* transformou-se em seu principal veículo de propagando e difusão de seu programa de Higiene Mental, buscando um alcance social, para além dos muros do Hospício.

Assim, muito embora existissem algumas diferenças entre os programas de Higiene Mental de São Paulo e aqueles da Liga Brasileira, o projeto dos alienistas era o mesmo, ou seja, passar de uma intervenção individual para um campo de ação mais amplo: a sociedade. Além disso, procuravam passar da prática asilar para a prevenção e da degeneração para a eugenia. Para tanto, criaram novos dispositivos institucionais capazes de ultrapassar os muros do hospício e adentrar no seio da sociedade, com o objetivo de promover uma Psiquiatria “preventiva”. Segundo Cunha (1986, p. 170): “Hospícios e hospitais continuavam – é evidente- sendo necessários, mas eram considerados agora

insuficientes para o novo projeto disciplinador assumido pela medicina”. Dessa maneira, o alienismo se tornava cada vez mais higiênico e os médicos se definiam cada vez mais como higienistas tendo a higiene mental como a teoria geral que fundamentava e orientava a sua prática. Prática esta justificada e apoiada na noção de eugenia. Como mostra Costa: “A eugenia foi o artefato conceitual que permitiu aos psiquiatras dilatarem as fronteiras da Psiquiatria e abranger, desta maneira, o terreno social”. O que deve ser lembrado é que a eugenia não foi uma criação dos programas de higiene mental, muito ao contrário, como foi dito anteriormente, ela surgiu muito antes e foi introduzida no Brasil primeiramente pelos intelectuais, e somente depois é que foi objeto de discussão ideologia dos médicos.

Sob o preceito de reafirmar a ordem democrática o regime republicano não podia aceitar a intrusão de negros e mestiços na sociedade dos homens livres. Isto porque, por serem vistos como genética e socialmente inferiores,



representavam um perigo eminente ao funcionamento do Estado democrático. Visto dessa forma, acabaram sendo responsabilizados pelas “perturbações sociais que impediam o bom andamento do regime”. Dessa forma, como meio de proteger a Democracia contra estes fantasmas, a República tratou logo de exercer o “controle draconiano das pessoas de cor, até que, por intermédio da miscigenação racial com o branco, elas se tornassem capazes se inserir-se convenientemente na sociedade” (Cf.: COSTA, 2007).

Dessa maneira, os intelectuais da época apoderaram-se dessa ideologia da miscigenação racial e difundiram pelo meio social a idéia de que somente um processo contínuo de “branqueamento” dos povos seria capaz de livrar a nação das “malditas”

heranças genéticas do negro e também do índio. Uma nação só seria digna de respeito quando fosse inteiramente controlada por uma raça superior, a saber, a raça branca. O princípio da arianização se fez fortemente presente espalhando um preconceito arraigado contra o negro e o mestiço legitimando, dessa forma, as desigualdades sociais em nome da democracia. Quer dizer, justificava as condições subalternas do negro na escala social, ao passo que, consideravam que seres de raças inferiores não poderiam se agraciar dos princípios democráticos propostos pela República. Era biologicamente justificável que ocupassem as margens da sociedade e vivessem em situações de vida degradantes. Era inadmissível que os princípios democráticos deixassem se contaminar pelas marcas desse erro genético e biológico. Enfim, acreditava-se que:

Enquanto o brasileiro não fosse branco, não teria direito à democracia. Esta advertência, entre outras conseqüências, deveria induzir os negros e mestiços a procurarem embranquecer a pele, e aos brancos, pobres e ricos, a exercerem a opressão sob o preceito de defender a democracia (COSTA, 2007, 51).

Neste sentido, criaram diversos mecanismos de controle da miscigenação e procuraram não somente impedir a procriação daqueles indivíduos considerados geneticamente inferiores como também incentivaram a procriação daqueles que eram considerados como sendo geneticamente superiores. Tornou obrigatório o exame pré-nupcial, onde eram verificadas as condições dos cônjuges de procriarem filhos saudáveis e geneticamente superiores. Em suma, o que se pretendeu foi promover o que Renato Kehl chamara de “aperfeiçoamento da nacionalidade” em um artigo de 1929.

Incentivavam os pais a se preocuparem com suas descendências e só procriarem se pudessem ter filhos saudáveis e belos. A idéia de uma raça superior em termos genéticos esteve tão presente no Brasil na década de 1920, que no mês de Dezembro de 1928 foi realizado em São Paulo o primeiro concurso de Eugenia do Brasil e da América do Sul. Neste concurso, eram analisadas não apenas as características estéticas e condições individuais dos concorrentes, mas abrangia, sobretudo, a ascendência dos candidatos. Além disso, eram verificadas não apenas as enfermidades físicas como também as mentais, tanto dos candidatos quanto dos seus ascendentes. Segundo Kehl (1929, p. 3) “é necessário, para a classificação, que seja perfeita e sadia a constituição do candidato e de seus antepassados”.

A comissão julgadora do concurso era formada por médicos e psiquiatras, dentre eles o Diretor do Serviço Sanitarista de São Paulo, Dr. Waldomiro de Oliveira, além dos Drs. Contidio de Moura Campos, Clemente Ferreira, Garcia Braga, F. Figueira de Mello, Dalmacio de Azevedo e Octavio Gonzaga, ambos membros do Serviço Sanitarista de São Paulo e adeptos diretos da eugenia. Através de uma seleção minuciosa elegeram a primeira brasileira considerada oficialmente eugenizada. Com três anos de idade, a criança vencedora tinha oito irmãos vivos, seis tios maternos e sete paternos, sendo todos sadios.



Criança vencedora do Primeiro Concurso de Eugenia do Brasil realizado em São Paulo em Dezembro de 1928. Foto retirada do *Boletim de Eugenia* de 1929.

O concurso foi extremamente rigoroso, respeitando várias regras que foram previamente estabelecidas. Segundo Kehl (1929, pp.1-2) o julgamento seguiu os seguintes critérios:

- a) Organizada a lista dos candidatos, menores dos dois sexos, de três a cinco anos, foram os mesmos, fichados (ficha especialmente preparada para esse fim) e examinados, não só em relação às enfermidades físicas, como mentais, abrangendo a ascendência dos inscritos;
- b) Na primeira seleção foram classificados 70 candidatos, os quais foram, novamente, submetidos a uma segunda seleção, sendo eliminados 40, por vários motivos. Submetidos a um cuidadoso exame dos 30 escolhidos foram retirados sete, dos quais, finalmente a comissão classificou os três finalistas.

O interessante nesse concurso é perceber os diversos mecanismos utilizados pelo Serviço Sanitarista e a Sociedade de Eugenia na tentativa de demonstrar a necessidade de uma raça livre da miscigenação e geneticamente superior. A construção de um discurso pautado pelas idéias da superioridade genética de alguns em relação aos outros buscou a

construção de uma ideologia racista que afirmava que somente as raças superiores deveriam propagar a sua espécie. Além disso, este concurso serve como meio da Sociedade eugênica difundir a sua propaganda de aperfeiçoamento eugênico, bem como determinar um espaço de atuação prática. Ainda é possível pensar na disputa que este concurso poderia criar, pois a distribuição de prêmios entre os vencedores poderia acarretar em uma disputa entre aqueles que queriam ver seus filhos na elite eugenizada. Para Kehl (1929, p. 1):

Um dos mais importantes problemas da ciência de Galton consiste na seleção dos “bem dotados”, isto é, na escolha dos melhores endotados física, psíquica e mentalmente. Dessa seleção derivam várias conseqüências de valor: em primeiro lugar, concorrer para aumentar o interesse público, fazendo com que os pais se esclareçam no tocante à constituição de proles sadias e belas; em segundo lugar, serve para a organização de um ensaio de patronagem da futura elite nacional de eugenizados; finalmente, contribui com preciosos elementos para importantíssimos estudos relativos à hereditariedade, ao meio social e familiar, ao cruzamento de raças, etc.

Há, dessa maneira, uma separação clara entre as raças superiores e as inferiores. O “super-homem” almejado pelo eugenismo é o homem forte, geneticamente sofisticado, urbano, de raça pura e que, por isso mesmo, deveria estar à frente do processo civilizatório. Segundo Oliveira Vianna (1931, p. 2):

(...) Em nosso povo, os maiores índices eugenísticos devemos encontrar nas classes superiores, já organizadas, dos campos e das cidades, principalmente das grandes cidades do litoral e do centro. Nas classes populares urbanas, esse índice deve ser baixo; mas muito baixo deve ser na plebe rural, principalmente na plebe dos nossos sertões setentrionais, onde a tendência migradora dos sertanejos mais ativos e ambiciosos elimina dela o que há de mais rico em eugenismo (...). Em suma, são as camadas superiores da sociedade – as que têm o encargo da direção geral das atividades políticas – o campo principal de concentração dos elementos eugênicos, gerados pelas matrizes étnicas do povo.

O discurso médico e psiquiátrico paulista passou então a defender a necessidade de uma intervenção profilática e preventiva, a doença mental passou, dessa forma, a ser combatida antes mesmo do seu surgimento. Quer dizer, investiu-se não somente sobre os já acometidos pela doença, mas procurou intervir junto àqueles que poderiam vir a ser doentes. A idéia não era mais isolar os indivíduos perigosos para a sociedade e sim aqueles que, por sua condição de inferioridade genética, poderiam ser um mal para a raça. A psiquiatria pensava assim em prevenir, ao invés de tratar e passou a intervir não só no

interior do hospício, mas também no seio da sociedade. O objetivo era livrar a população não somente dos degenerados, mas dos imorais, dos “anormais”.

Por isso mesmo, o alvo principal deixou de ser apenas os doentes mentais, mas todos aqueles que por algum motivo se encontravam fora da “norma”. A psiquiatria, naquele momento procurava intervir diretamente na vida cotidiana, ampliando seus espaços de intervenção, fiscalizando as condições sanitárias das moradias, dos estabelecimentos comerciais e instituições de saúde. De acordo com Mensagem do Presidente da Província referente ao ano de 1924 (pp. 82-83):

Das delegacias da capital à primeira é hoje em dia atribuído todo o serviço relativo à higiene industrial, à segunda tudo o que diz respeito à fiscalização da profissão médica, farmacêutica e odontológica, à quarta os serviços que se referem à higiene infantil, nas quais se especializou. As demais fazem o serviço sanitário geral, ficando ainda transferido para o Desinfectório todo o serviço de isolamentos domiciliares e vigilância de contatos de moléstias infecto-contagiosas.

Existia, na verdade, um intenso policiamento sanitário que investia maciçamente em direção ao seio da sociedade. Nos centros urbanos fiscalizavam as casas e verificavam as condições de moradias, alimentação, higiene, etc., e no meio rural investigavam além das condições de habitação, salubridade e alimentação, também as condições de plantio e utilização de fertilizantes na terra, além disso, as condições de saneamento e pureza da água. Era realmente uma polícia sanitária que chegava a invadir as casas através do uso da força caso houvesse resistência dos moradores.

Da mesma forma que fiscalizavam as condições de habitação e salubridade, o pensamento psiquiátrico dessa época procurou sanear as mentes com o objetivo de evitar o desenvolvimento da saúde mental. Assim, colocaram sob sua mira, os alcoólatras, mendigos, prostitutas, sífilíticos, homossexuais e todos aqueles indivíduos considerados como “anormais”. Segundo Portocarrero (2002, p. 39):

(...) o conceito da anormalidade como uma forma de psicopatologia surge, então, como uma maneira de justificar em termos médicos as tentativas de submetê-los ao poder disciplinar, viabilizando a inserção da criminalidade e de tudo o que possa a ele estar ligado – suas causas, os meios de curá-la e prevení-la – no domínio do psiquiátrico. Todo indisciplinável, e não só o louco, passa a ser considerado do ponto de vista da doença.

A prática terapêutica torna-se eminentemente preventiva. Nas palavras de Portocarrero (2002, p. 23): “A medicina dirige-se ao indivíduo em todas as suas manifestações psíquicas patológicas, por ela reconhecidas, procurando saná-las nas suas causas mais remotas”. Em outras palavras a medicina psiquiátrica passa a se orientar pelo princípio da causalidade, buscando compreender as causas da doença mental para prevení-la. Em suma:

A psiquiatria passa de um saber eminentemente moral para um saber psicológico: de uma teoria que explica a especificidade das moléstias mentais pelos mesmos fatores genéricos, ou seja, os mesmos aspectos da sociedade civilizada, considerada causa dos diferentes comportamentos desviantes que caracterizam a loucura, para uma psiquiatria em que a especificidade do fator causal vai determinar a especificidade do distúrbio psicológico, fazendo corresponder a cada tipo de doença mental uma lesão específica (Idem, p. 38).

Foucault (2002, p. 398) vai mostrar que a nosografia das síndromes, a nosografia do delírio e a nosografia do estado, surgidas já no final do século XIX é que vão orientar as formas de medicalização da anormalidade. Ao considerar que atrás do corpo do anormal se esconde o corpo dos pais, o corpo dos ancestrais, o corpo da família e da hereditariedade, a psiquiatria deixa de investir somente no indivíduo buscando as causas da doença a níveis mais complexos. Como lembra Foucault: “o estudo da hereditariedade, ou atribuição à hereditariedade da origem do anormal, constitui essa ‘metassomatização’ que é tornada necessária por todo o edifício” (Foucault, 2002, p. 399). Esse estudo da hereditariedade torna-se um dispositivo de ação da psiquiatria e um mecanismo de controle sobre os mecanismos formadores da doença, nesse caso, da anormalidade. A teoria da hereditariedade psiquiátrica estabelece, dessa maneira, uma relação causal entre herança genética e desenvolvimento da anormalidade, sendo a que a anormalidade passa a ser considerada como uma doença como qualquer outra doença orgânica. Além disso, considera que não apenas uma doença de certo tipo pode produzir nos descendentes uma doença de mesmo tipo como também pode provocar em seus descendentes qualquer outro tipo de doença. Segundo Foucault:

(...) não é necessariamente uma doença que provoca outra, mas algo como um vício, um defeito. A embriaguez, por exemplo, vai provocar na descendência qualquer outra forma de desvio de comportamento, seja o alcoolismo, claro, seja uma doença como a tuberculose, seja uma doença

mental ou mesmo um comportamento delinqüente (Foucault, 2002, p. 399).

Orientadas nesta perspectiva é que as políticas de saúde mental no Brasil criaram dispositivos de ação que procuravam detectar as causas da anormalidade e controlar qualquer doença que pudesse ser transmitida hereditariamente. Procuraram estabelecer, através de campanha maciça, a obrigatoriedade do exame pré-nupcial onde se verificava as condições dos cônjuges de gerar filhos saudáveis e geneticamente “superiores”. Dessa maneira, acreditava-se que o casamento não devia se orientar pelo amor, pela paixão, enfim, pelos sentimentos, e sim pelas condições de saúde físicas e mentais dos cônjuges; e, caso fosse verificado algum problema que pudesse ser transmitido hereditariamente o mais aconselhável é que o casamento fosse impedido. Defendiam a idéia de que o amor entre os cônjuges era insignificante perante a infelicidade dos filhos. Nas palavras de Dantas (1930, pp. 5-6):

(...) Isolam-se os indivíduos considerados perigosos para a sociedade; devem isolar-se os indivíduos considerados perigosos par a raça. Há quem, posta a questão no terreno da sentimentalidade, julgue isso demasiado cruel. Será. Convenha que seja uma atrocidade roubar aos degenerados, aos fracos, aos doentes, a única consolação que lhes resta na vida, - a de poderem amar-se, unir-se, amparar-se, construir, sob a proteção da lei divina e humana a sua felicidade e o seu lar. Mas não é, porventura, uma atrocidade maior ainda, não é mil vezes mais revoltante obter essa felicidade à custa do martírio de pequeninos entes que não são culpados de ter nascido, e que vêm ao mundo apenas expiar, entre os suplícios mais horríveis o beijo egoísta e criminoso dos pais?

Fica claro nessa passagem a necessidade de controle da procriação entre os indivíduos considerados degenerados ou anormais. Em hospitais psiquiátricos norte-americanos era freqüente a esterilização dos doentes mentais para impedir que eles procriassem (Cf.: Black, 2001). Nessa instituição procurava-se impedir o contato entre os pacientes do sexo masculino e feminino, através da divisão dos espaços entre os sexos. Não é por acaso que no hospício os homens são separados das mulheres e vice-versa. Em termos profiláticos a principal ação dos eugenistas foi interferir no casamento, exigindo os exames pré-nupciais e desencorajando o casamento entre indivíduos considerados geneticamente inferiores. Mostrando que o casamento não deveria ser orientado pelos sentimentos. Neste sentido, Dantas (1930, pp. 5-6) acrescenta:

(...) há quem objete que a proibição do direito ao casamento é um atentado contra a liberdade individual. Mas não é das liberdades de todos nós que os estados e as sociedades se alimentam? Também o direito à vida é um direito fundamental, - e os Estados ainda há pouco fizeram correr, numa guerra hedionda, o sangue dos seus filhos. Qual é a violência, que é a tirania maior, - proibir os débeis e os enfermos de se casarem, ou mandar os homens sãos e fortes morrerem na guerra? Se aceitamos uma porque não havemos de aceitar a outra, mil vezes mais útil, mais generosa e mais humana? (...)

A transferência dos discursos e práticas psiquiátricas para a esfera social ampliou, dessa maneira, os campos de ação da Psiquiatria facilitando a medicalização das relações e práticas sociais. Assim, o alcoolismo, a pobreza, a ignorância e a má alimentação começaram a ser vistos como possíveis causadores da loucura que, nessa nova perspectiva, atingia, sobretudo, os trabalhadores urbanos submetidos às rotinas intensas de trabalhos e às agruras da vida. “Tratava-se agora de normalizar o social, dirigir a intervenção médica à tarefa de impedir a loucura – fazendo do homem ‘normal’, do indivíduo ‘sadio’ o seu objeto” (Cf.: CUNHA, 1986, p. 179).

3.3 - A Cruzada Antialcoólica

Certamente um dos maiores alvos da campanha eugenista e sanitária no Brasil foi o alcoolismo. Acreditava-se que o uso, sobretudo excessivo, do álcool era o grande responsável por desordens, doenças e crimes. Dessa maneira, com o intuito de promover a profilaxia das doenças mentais, a Liga Brasileira de Higiene Mental promoveu uma campanha fervorosa de combate ao vício através de intensa propaganda e artigos que eram publicados, sobretudo, nos *Archivos Brasileiros de Higiene Pública* e no *Boletim de Eugenia*. Para tanto, organizaram a semana antialcoólica como meio de difundir suas idéias contrárias ao uso da bebida.

Associava-se o uso de bebidas alcoólicas às práticas subversivas e de vadiagem. A idéia principal era livrar os centros urbanos da massa de desocupados que permanecia solta bebendo, se embriagando, e cometendo furtos e assassinatos. Como forma de impedir esses atos, a campanha higiênica contou diretamente com o apoio da polícia que, mais que combater a criminalidade, deveria impedir que ela acontecesse. A principal medida profilática, neste sentido, era retirar de circulação aqueles que poderiam ser os seus principais atores.

No Rio de Janeiro, por exemplo, a luta contra o álcool e a vadiagem se intensificou logo no início do século XX. Mas as leis contra a vadiagem, o uso e a venda de bebidas alcoólicas, bem como os jogos de azar, já estavam incluídas no código penal de 1899. Tal Código considerava que crime e delito eram sinônimos e seriam enquadrados da mesma forma perante a lei. Assim, ficava decretado que a violação da lei penal constituía contravenção. No que diz respeito à vadiagem, constituía contravenção:

- a) Mendigar, tendo saúde e aptidão para trabalhar (Cód. Penal, art. 391);
- b) Mendigar, sendo inábil para trabalhar, nos lugares onde existem hospícios e asilos para mendigos. (Cód. Pen., art. 392);
- c) Mendigar fingindo enfermidade, simulando motivo para armar à comisseração, ou usando de modo ameaçador ou vexatório (Cód. Pen., art. 393);
- d) Mendigar aos bandos ou ajuntamento, não sendo pai ou mãe e seus filhos impúberes, marido e mulher, cego ou aleijado e seu condutor (Cód. Pen., art. 394);
- e) Permitir que uma pessoa menor de 14 anos sujeita a seu poder, ou confiada á sua guarda e vigilância ande a mendigar, tire ou não lucro para si ou para outrem (Cód. Pen. Art. 395);

Nesta passagem do código fica claro que o contraventor não era somente aquele que cometia a prática da vadiagem, mas, também, aquele que permitia a vadiagem de alguém que estivesse sob sua guarda. Os desafortunados que perambulavam por lugares onde existiam asilos também deveriam responder perante a lei por vadiagem. Era terminantemente proibida a circulação desses seres indesejáveis pelas ruas das cidades, assim, eram recolhidos pela polícia e direcionados ao pavilhão de observações do Hospício de Alienados, onde eram classificados de acordo com o saber médico e psiquiátrico, caso necessitassem de tratamento psiquiátrico, eram transferidos para o Hospício Nacional, caso fossem verificados como criminosos eram recolhidos à cadeia pública. O que não era admissível era a sua livre circulação pelas ruas da cidade.

No Rio de Janeiro, o espaço onde atualmente se encontra o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) foi anteriormente o local onde funcionava o Pavilhão de observações do Hospital Nacional de Alienados. Este pavilhão funcionava, pois, como uma espécie de lugar onde eram feitas as triagens dos indivíduos suspeitos de transtornos mentais. Grosso modo, era um lugar por onde passavam, sobretudo, as pessoas que eram recolhidas nas ruas pela polícia e lá eram analisadas por um período máximo de quinze dias, sendo que, posteriormente, ou eram transferidas para o Hospital Nacional de Alienados ou então recebiam alta. Era um lugar por onde passavam,

sobretudo, os pobres, desafortunados, vadios e errantes de todas as sortes. Pessoas de camadas populares baixas, subalternas, que não possuíam condições nem sequer de viver com dignidade. Por isso, esse acervo é recheado de muitas histórias, algumas intrigantes, outras sofridas e contraditórias. Várias histórias que, aos poucos, mesmo filtradas pelo olhar dos alienistas, vão se desnudando e se revelando em suas particularidades.

Assim, a vadiagem era intimamente ligada ao crime e à loucura. A fim de manter a população livre desses desafortunados errantes, a polícia promoveu uma limpeza profunda dos centros da cidade, recolhendo todos os dias, uma grande quantidade de desocupados que eram levados ou para as cadeias ou para os manicômios. Pode-se dizer dessa forma que houve uma espécie de medicalização da vadiagem, que era vista mais como fruto de desordens psíquicas e morais que resultado de uma conjuntura política desigual e excludente. Desubjetivados e transformados em seres ameaçadores estes indivíduos eram “seqüestrados” e trancados em lugares, muitas vezes ermos e insalubres, onde permaneciam à espera de um veredicto que decidiria seu destino, se louco, era transferido para o Hospital de alienados, se não louco ou era devolvido à sociedade ou para a cadeia, o destino último era o mais provável. Como mostra o caso do dito José Garcia, preso por vadiagem no ano de 1907, em informe do primeiro número do Boletim Policial do Rio de Janeiro:

Visto estes autos de procedimento policial *ex-officio* contra o nacional José Garcia, preso na rua da saúde a 26 do mês último, pela madrugada em estado de vadiagem, e considerando que efetuada a prisão do réu, preenchidas foram as formalidades substanciais prescritas no art. 6, parágrafo 2 da lei n.628, de 28 de outubro de 1899; considerando que as testemunhas signatárias do auto de fls. 2 a 4 afirmam de ciência própria que o réu não tem domicilio certo onde habite, não exerce nenhum ofício ou mister em que honestamente ganhe a vida e provê a subsistência diária por meios ilícitos; considerando que todos esses fatos são constitutivos da contravenção definida no art. 399 do Código Penal; considerando que a prova de fatos tais se acha completada pelo mapa de fls. 7 e 8 e fornecida pelo gabinete de identificação e estatística, de onde constam as más antecedências do réu, que usa de nomes supostos, tem cometido vários furtos e mais uma vez já foi condenado como vagabundo e assinou termo de tomar ocupação; considerando que, apesar de assinado o termo o réu não procurou empregar-se para ganhar a vida por meios honestos antes continua a proceder indignamente, persistindo na ociosidade: hei por quebrado o referido termo, o que importa reincidência, e condeno assim o mesmo réu a um ano e 3 meses de residência na Colônia dos Dois Rios, médio da pena estabelecida no art. 3 do Decreto n. 145, de II de Julho de 1893, combinado com o artigo 400 do Código Penal, não havendo circunstâncias atenuantes nem agravantes a atender. Seja ele intimado

desta sentença para os fins de direito. (*Rio, 4 de Dezembro de 1906 – Raymundo da Motta de Azevedo*)

A sentença do Dr. Juiz da Segunda pretoria acabou condenando José Garcia a um ano e três meses de residência na Colônia Correccional. Tal sentença foi confirmada pelo Juiz Elviro Carrilho tendo opinado o Dr. Promotor Público pela confirmação á vista da prova dos autos e dos antecedentes do réu.

No que diz respeito ao uso de bebidas alcoólicas, o código penal de 1899, considerava contravenção:

- a) Embriagar-se por habito, ou apresentar-se em público em estado de embriaguez manifesta (Cód. Pen., art. 396);
- b) Fornecer a alguém, em lugar freqüentado pelo público, bebidas com o fim de embriagá-lo, ou de aumentar-lhe a embriaguez. A pena é agravada se o fato for praticado com alguma pessoa menor, ou que se ache manifestamente em estado anormal por fraqueza ou alteração de inteligência (Cód. Pen., art. 397, parágrafo único); e si o infrator for dono de casa de vender bebidas ou substancias inebriantes (Cód. Pen., art. 398).

Em 1907, saiu o primeiro número do Boletim Policial do Rio de Janeiro. Neste Boletim, consta a informação de que a polícia organizou naquele presente ano uma repressão especial ao alcoolismo, observando além das disposições dos arts. 397 e 398 do Código Penal as seguintes (Dec. Leg. N. 1631 de três de Janeiro de 1907, art. 10):

Par. 1) Sempre que todas as casas comerciais de um quarteirão, onde haja comércio de bebidas alcoólicas, estejam fechadas, também a polícia fará com que aí cesse inteiramente o referido comércio, punindo os infratores com multa inicial de 100\$, a primeira vez, e o dobro da última cobrada, em cada reincidência, entendendo-se que para esta fiscalização especial qualquer autoridade tem jurisdição em todo o Distrito Federal;

Par. 2) Os Kiosques, colocados em frente de quarteirões onde haja casa de comércio, consideram-se incorporados a elas para os efeitos deste artigo;

Par. 3) Não se incluem nas disposições deste artigo as casas de bebidas, que ficam no interior de clubes ou teatros, cujo acesso só é permitido a quem for sócio do referido clube ou tiver ingresso para assistir ao espetáculo, salvo se demonstrar que o clube ou espetáculo são apenas acessórios que servem como pretexto para venda de bebidas, que é o ramo principal do negócio;

Par. 4) A cessação do comércio de bebidas alcoólicas não impede que os botequins, confeitarias e outros estabelecimentos que também as vendem, continuem a vender outras bebidas não alcoólicas: café, chá, etc.;

Par. 5) Sempre que, em uma casa de bebidas alcoólicas, se faça prova de que alguma foi entregue a qualquer menor ou para beber ou para levar a terceiras pessoas, quer ausentes quer presentes, o dono incorrerá nas multas previstas no parágrafo 1;

Par. 6) Na proibição do parágrafo 5 não se incluem os caixeiros menores, quando em serviço no interior dos estabelecimentos em que trabalham;

Par. 7) O processo para imposição das multas será o estabelecido no art. 6 da lei n. 628 de 28 de outubro de 1899 combinado com o artigo 12, par. 2, n. 2, da lei n. 13338 de 9 de Janeiro de 1905 (Reg. Policial, art. 247).

No que diz respeito aos jogos de azar, também foi exercida uma intensa campanha para que este fosse expurgado do meio social. Além de reunirem “vagabundos” e “vadios”, os jogos acabavam incentivando o ócio e vagabundagem. Assim, com o intuito de impedir sua realização, o governo transformou esta prática em crime e estabeleceu meios legais de puní-la sempre que necessário. Para tanto incluiu no Código Penal as práticas consideradas como contravenção, bem como as multas e penalizações para os violadores da lei. Segundo o código Penal ficava expressamente proibido:

- a) Fazer loterias e rifas, de qualquer espécie, não autorizadas por lei, ainda que corram anexas a qualquer outra autorizada, estando sujeitos a ação penal: os autores, empreendedores ou agentes de loterias ou rifas; os que distribuïrem ou venderem bilhetes; os que promoverem o seu curso e extração; os que, sem ser por algum dos modos aqui especificados, tomarem parte em qualquer operação em que houver de premio ou benefício dependente de sorte (Lei n. 628, de 1899, art. 3, par. 1).
- b) Será reputada loteria ou rifa a venda de bens, mercadorias ou objetos de qualquer natureza, que se prometer ou efetuar por meio de sorte; toda operação em que houver promessa de premio ou benefício dependente de sorte (Cód. Pen., art. 367);
- c) Receber bilhetes de loteria estrangeira, para vender por conta própria ou alheia, ou em quantidade tal que razoavelmente não se possa presumir outro destino. Passar bilhetes, ou oferecê-los a venda, ou de qualquer modo disfarçado fazer deles objeto de mercância (Cód. Pen., art. 368);
- d) Ter casa de tavolagem, onde habitualmente se reúnam pessoas embora não paguem entrada, para jogar jogos de azar, ou estabelecê-los em lugar freqüentado pelo público (Cód. Pen., art. 369);
- e) Jogar com menores de 21 anos ou excitá-los a jogar (Cód. Pen., art. 371);

- f) Estabelecer casa de empréstimo sobre penhores, sem autorização, ou tendo obtido esta, não manter escrituração regular na forma determinada nas leis e regulamentos do governo (Cód. Pen. Art. 375).

Com o intuito de combater a criminalidade, o Código Penal também estabelecia algumas medidas, não somente para punir o criminoso, mas, também, para impedir o ato do crime. Neste sentido, consistia em contravenção:

- a) Estabelecer, sem licença do governo, fábrica de armas, ou pólvora (Cód. Pen., art. 376);
 b) Usar de armas ofensivas sem licença da autoridade policial (Cód. Pen., art. 377);

Eram expressamente consideradas armas proibidas:

- 1) Os punhais, os canivetes punhais, as espingardas ou pistolas de vento, guardas-chuva e quaisquer outros objetos que contenham espadas, estoques, punhais ou espingardas (Nova Consol. Das leis das alfândegas, art. 445, parágrafos 1 a 7);
- 2) As espingardas de caçar, espadas, floretes, pistolas, facas de ponta, a bengala, quando usada por pessoa que não seja decente, de avançada idade, ou conhecidamente enferma (Cod. de Post. Mun.)

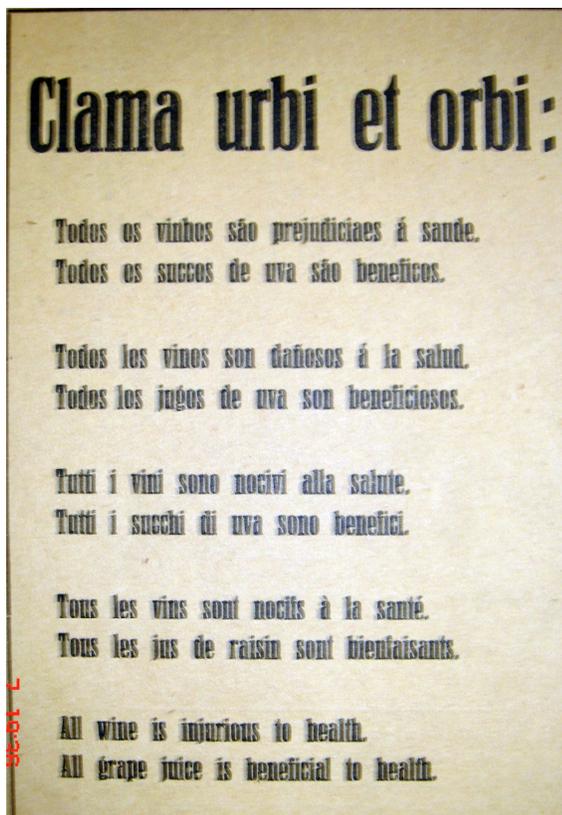
Ficavam isentos de pena os agentes da autoridade pública, em diligência ou serviço, e os oficiais e praças do exercito da armada e da guarda nacional, na conformidade dos seus regulamentos.

No Estado de são Paulo, o combate ao alcoolismo também foi grande. Com as políticas de Higiene mental, como foi visto anteriormente, a ênfase que se atribuía aos fenômenos biológicos nos processos de degradação da raça e da espécie perderam autonomia em relação às condições sociais e econômicas, e a medicina passou a se preocupar com os “vícios” e venenos sociais, tais como a sífilis, a alimentação inadequada, a moral e os costumes, as condições de trabalho e moradia e, é claro, a bebida que, segundo Cunha (1986, p. 183): “conduziam à degeneração da espécie e ao ‘abastardamento’ da raça”.

Construiu-se, dessa maneira, todo um discurso que colocava o alcoolismo no campo das principais psicopatologias da época. A partir da análise de escritos dos médicos do hospital de Juquery, por exemplo, foi possível perceber que o alcoolismo aparecia em peso no quadro de diagnósticos. Ao lado do alcoolismo, os diagnósticos mais frequentes eram: histeria, demência senil, loucura moral e epilepsia.

Convém lembrar que o alcoolismo não fazia muita distinção de sexos. É claro que o número de homens era bem superior ao das mulheres, mas a presença destas na estatística de alcoólicos era bastante freqüente. Quase sempre eram ex-escravas, que depois de se tornarem livres ficaram vadiando pelas ruas da cidade. Alguns delas, com o intuito de driblar as adversidades da vida na cidade, também se enveredavam pelo campo da prostituição, comportamento que nem sempre lhes rendiam grandes resultados. Em uma sociedade onde era freqüente a moralização da sexualidade, assistida e medicalizada, não raro, estas mulheres foram parar no interior dos manicômios.

Devido ao grande número de casos de alcoolismo na cidade São Paulo, A Sociedade Higiênica promoveu intensa campanha antialcoólica visando conscientizar a população sobre os riscos da bebida tanto para aqueles que a consumiam quanto aos que com ele conviviam. Além disso, procurou mostrar que os males da bebida podiam ser transferidos hereditariamente. O que se pretendia, na verdade, era uma profilaxia social do alcoolismo. Tanto que a Liga de Combate ao



Contracapa do *Boletim de Eugenia* de 1929 fazendo uma propaganda antialcoólica em cinco idiomas diferentes.

álcool realizou na Segunda Conferência Latino-Americana de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal de 1930 uma sessão de Antialcoolismo que procurava mostrar os prejuízos que o álcool causava na saúde do indivíduo e da sociedade como um todo. O *Boletim de Eugenia* e os *Archivos Brasileiros de Hygiene mental* também faziam campanha assídua contra o uso de álcool que trazia, com o lema de um “Brasil Antialcoólico”.

De fato, o consumo de bebidas alcoólicas em São Paulo em finais da década de 1920 e nas décadas de 1930 era muito grande. Sendo o Estado grande produtor de cana-de-açúcar, a produção e consumo de aguardente eram também muito elevados. Além

disso, com o crescimento assustador das cidades e a vinda de um grande número de imigrantes para o Estado nas primeiras décadas do século passado acarretou severas mudanças nos hábitos de comer, beber e se divertir. Aumentaram-se os números de ricos, mas também aumentou fortemente o número de pobres e desempregados, que viam no vício uma maneira de se livrar dos sofrimentos da vida cotidiana. Ainda convém lembrar que o comércio foi ampliado e modernizado; com o aumento populacional aumentou-se a demanda e surgiram novas necessidades de consumo.

Foi dentro desse contexto de grandes transformações que o comércio de bebidas alcoólicas também cresceu. Segundo Tavares (1931, p. 8): “no ano de 1928 foram lançadas licenças para 6.349 casas, que vendiam bebidas alcoólicas; em 1929, 6.586”, o que correspondia, naquela época a cerca de uma casa que vendia bebida alcoólica para 152 habitantes, visto que a população da cidade de São Paulo naquela época era de um milhão de habitantes. Esses dados demonstram não somente o aumento do número de casas autorizadas a vender bebidas alcoólicas, mas também revelam o crescente aumento de consumidores de álcool em São Paulo que, naquele período tinha uma proporção ainda maior que no Rio de Janeiro.

O consumo de bebidas alcoólicas no Brasil era tão grande na década de 1920 que a quantidade de álcool importado superava, em absoluto, o número de exportações. Tavares (1931, p. 8) lembra que:

Exportaram-se, em média, do Brasil, de 1918 a 1925 (oito anos), 375.373 litros de bebidas alcoólicas. O álcool absoluto contido correspondia a 167.907 litros. Da importação, a média anual de 1916 a 1924 (nove anos), foi de 29.045.014 litros, com 3.443.387 de álcool absoluto.

Tomando por base o álcool absoluto contido, é possível perceber que o Brasil exportava em médias anuais: 167.907 litros e importava 3.443.587 litros, havendo, portanto um saldo da importação sobre a exportação de 3.275.680 litros. A produção foi em média de 1916 a 1924 (nove anos), de 71.106.294. Esse total reunido ao saldo da importação sobre a exportação, eleva a 74.549.881 o total do consumo, e álcool absoluto. Neste sentido, visto que a população brasileira em 1928 era calculada em 31.062.450 habitantes, o consumo per capita era de 2,4 litros. Segundo Tavares (1931, p. 8):

Desse oceano de álcool, 82% são ingeridos, sob a forma de aguardente; 18% ficam para todas as outras formas. Em 1925, São Paulo recebia, por importação, do interior e dos outros Estados, 1.000.000 de litros, números

redondos, de aguardente. Nesse mesmo ano exportou 7.891.000. No ano seguinte recebeu 1.190.000 e exportou 5.555.000 litros. Em 1927, as entradas somaram 1.712.000 litros de aguardente; as saídas, 3.679.000 litros. Em 1928 importou-se 2.000.000 de litros exportou-se 2.777.000. No ano de 1930 entraram 1.952.000 litros de aguardente, e saíram 2.342.000 (...).

A partir de uma análise mais cuidadosa desses dados é possível perceber que, ao longo dos anos da década de 20, o número de álcool importado pela cidade de São Paulo quase se igualou ao número de álcool exportado, o que revela que o consumo de álcool na cidade teve um aumento extremamente significativo em finais da década de 1920. Aumento este que preocupava os alienistas e higienistas mentais. A preocupação não estava somente no desenvolvimento das doenças mentais, conseqüência do uso de bebidas, mas, repousava, sobretudo, sobre o caráter normativo. Isto é, o uso de álcool era responsável não somente por demências, mas, sobretudo, por crimes e contravenções, o que era um grande problema em uma cidade que se tornava cada vez mais moderno. A criação do Manicômio Judiciário em 1933, por exemplo, anexo ao Hospital de Juquery, revela o desenvolvimento de um novo campo de atuação da Psiquiatria, que é o campo do crime. Ela procura relacionar o crime à loucura a partir da construção de um campo de saber específico que coloca o criminoso sob sua ação.²⁹

²⁹ Foucault já falava desse processo de formação discursiva da Psiquiatria sobre o crime a partir da organização de um dossiê que discute um caso de parricídio ocorrido na França em 1835 no qual um jovem de vinte anos, chamado Pierre Rivière, degolou, a golpes de cutelo, sua mãe, sua irmã e seu irmão. A partir da análise de um dossiê encontrado nos processos crimes da província de Aunay na França, a obra aborda a problemática do sujeito submergido pelo discurso. Entre os relatos de Rivière e os das testemunhas do crime, discursam os médicos e os magistrados. Alguns vêem no relato de Rivière que, inicialmente atribui o triplo assassinato à sua religiosidade e devoção a Deus, a sua loucura, sua alienação mental. Outros enxergam a prova de toda sua racionalidade.

O drama de sua vida se retrata na forma de um processo. Formou-se uma verdadeira batalha via discursos processuais, um confronto, um jogo de poder e dominação que, ao final será decidido se Rivière será condenado à prisão perpétua, gozando de uma atenuante por ser considerado um alienado mental ou morrerá para pagar seus crimes, como um delinqüente comum, já que a legislação à época previa pena capital. Uma verdadeira história das relações entre a psiquiatria e a justiça criminal, o "Caso Rivière" demonstra o poder da psiquiatria (ou do discurso psiquiátrico) que, frise-se, não era unânime, em decidir sobre a vida ou a morte do acusado, diagnosticando ou não a sua alienação mental.

No caso em tela, venceu o discurso da psiquiatria, uma vez que os magistrados acolheram os pareceres médico-legais. Numa análise dos hábitos de Rivière, de sua conduta social e sentimentos, dos casos de loucura em sua família, as "autoridades" decidiram que o jovem era um alienado mental. Mesmo sendo considerado alienado, inicialmente foi condenado à pena capital, que mais tarde se transformou em prisão perpétua (um benefício diante da condição mental de Rivière, um alienado mental). Institucionalizado, Pierre Rivière se suicidou na prisão.

O importante desse trabalho organizado por Foucault e seus colaboradores não é perguntar o que é e o que não é a loucura, mas, ao contrário, pensar como os diferentes discursos forjam seus significados e a representações. Há uma disputa de interesses muito grande em reservar para si o direito de dizer a verdade sobre o caso. Não importa exatamente em precisar se Pierre Rivière era ou não era louco, a disputa entre magistrados e médicos era outra. Era uma luta pela manutenção da verdade e do poder.

Surgem, então, vários estudos que procuram mostrar o álcool como o principal fator da criminalidade violenta, na cidade de São Paulo em finais da década de 1920 e 1930. Em um estudo realizado na penitenciária de São Paulo, por exemplo, o Dr. Moraes de Mello mostrava que:

Em 1.400 criminosos, passaram pelo serviço 1388 e em 924 homicidas 916 eram alcoólatras; em 924 assassinatos 414 foram cometidos em estado de embriaguez aguda. E a criminologia prepondera no dia de folga, nos quais as libações alcoólicas são mais numerosas: sábados: 147, e domingos: 283 (*Apud*. TAVARES, 1931, p. 8).

No caso de Juquery, em uma investigação feita pelo Dr. Pacheco e Silva, então diretor do hospital, em 1930, “em 348 homens 130 faziam uso de álcool; e em 156 mulheres 13 ingeriam habitualmente substâncias alcoólicas” (Cf.:TAVARES, 1931, p. 8).

De fato o número de pacientes existentes no Hospital, tanto no Manicômio Judiciário, quanto em outras alas, com o diagnóstico de alcoolismo, sempre foi muito grande desde a fundação do Hospício de Juquery em 1898, crescendo assustadoramente nas décadas seguintes. Não foi apenas no caso de São Paulo, mas também no Rio de Janeiro e, acredito, em outros estados brasileiros. Juntamente com o álcool os comportamentos desviantes, imorais, perversos e “anormais”, foram alvos constantes das ações dos alienistas nessa primeira metade do século XX, tanto em São Paulo como em outros Estados brasileiros.

* * *

Sendo assim, é possível compreender que a partir do surgimento das Ligas de Higiene Mental, e do pensamento eugenista no Brasil, os discursos e práticas psiquiátricas na cidade de São Paulo, ultrapassaram os muros do Hospital para agir no seio da sociedade. É um projeto similar à medicina social do século XX que elege a sociedade como seu principal objeto de estudo e intervenção ao invés e de se voltar exclusivamente para o indivíduo “doente”.

Não é que o Hospício e o Hospital deixam de ter sua importância, muito ao contrário, como foi visto anteriormente, foi justamente a partir da década de 20 que Hospital de Juquery viveu o seu auge, com a criação do Laboratório de Anatomia patológica e a utilização das terapias modernas, como o eletrochoque e o como de insulina. O que eu quero dizer é que, a partir da década de XX a Psiquiatria Paulista combinou o modelo assistencial com o modelo científico, sendo que o Hospício deixou de ser único espaço de ação dos alienistas, que passaram a intervir diretamente na sociedade através de um discurso que além de incorporar as doenças mentais propriamente ditas, incluíam todos os que, por algum motivo, aos seus olhos, eram considerados como anormais. Segundo Cunha (1986, p. 174):

Conhecedores dos meandros do corpo e do espírito humano, alienistas e médicos reconciliados pela eugenia atribuem-se a posse de um saber e de uma competência que ultrapassavam os limites de sua própria especificidade. Julgavam deter a palavra mais abalizada – e talvez mesmo a palavra final – sobre as opções e caminhos a seguir na definição de alternativas para a sociedade.

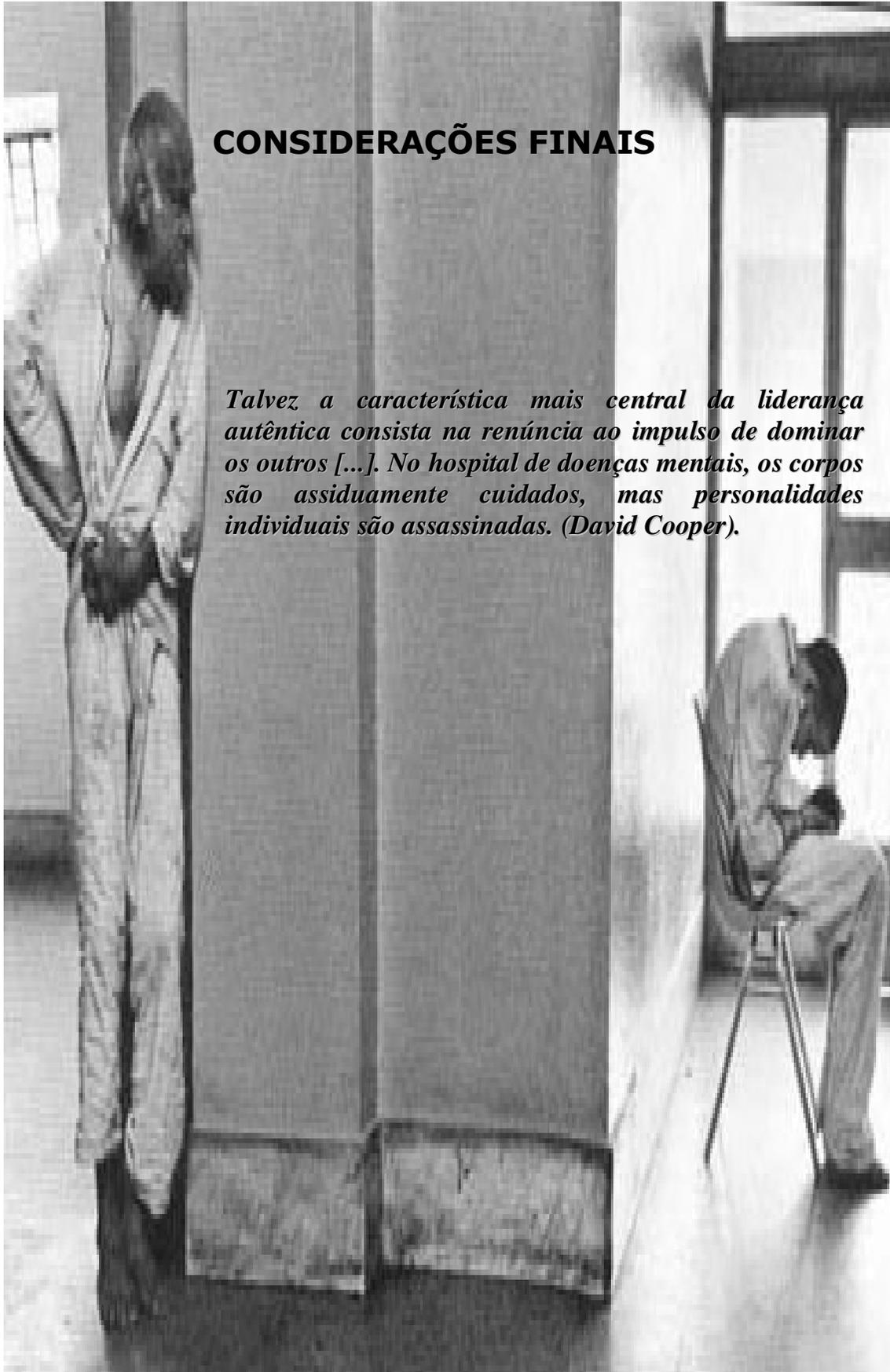
E de fato, a fala médica e psiquiátrica, por sua autoridade científica, ganha substância de verdade e respeito social e político. Ela instituiu, dessa maneira, uma racionalidade que visava “estabelecer relações entre a patologia e a higiene sociais com a política social e econômica” (Cf.: Pacheco e Silva, apud. Cunha, 1986, p. 178). Ela procurou construir um discurso que a permitisse estabelecer novos espaços de ação passando do discurso à prática.

Foi assim, que a Psiquiatria em São Paulo pôde se desenvolver e ampliar os seus espaços de intervenção. Nas palavras de Cunha (1986, p. 175): “do ponto de vista da constituição do aparato institucional reivindicado pela psiquiatria higiênica, os anos 30 assinalarão momento de triunfo”. Não obstante, a partir da decretação do Estado Novo por Getúlio Vargas, foram realizadas grandes mudanças administrativas no hospital, além da diminuição das verbas. Mudanças políticas que, ao lado do crescimento de uma rede privada de psiquiatria destinada, desde os anos 20, ao internamento e ao tratamento dos loucos da burguesia paulistana, deixaram o hospício entregue aos indigentes e trabalhadores braçais e, paulatinamente, contribuíram para deterioração do Juquery e seu crescente abandono. Dessa forma, em finais da década de 30, o discurso científico passava a dividir espaço com o discurso político que culpava os poderes públicos pela deterioração,

abandono e decadência do Juquery, aparecendo em vários artigos de médicos do Hospital, como ser verá a seguir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Talvez a característica mais central da liderança autêntica consista na renúncia ao impulso de dominar os outros [...]. No hospital de doenças mentais, os corpos são assiduamente cuidados, mas personalidades individuais são assassinadas. (David Cooper).



É no mínimo interessante chegar ao final de um trabalho e perceber como ficou diferente do que foi pensado no início. No começo da pesquisa escolhemos as metodologias e as técnicas, traçamos planos e caminhos e quase sempre tentamos imaginar como ficará no final. Acontece que ao longo da trajetória, no contato com as fontes e com os documentos, a pesquisa parece ganhar vida e vai seguindo um caminho que é próprio. Assim, vamos incorporando novas idéias e abandonando algumas que já não se mostram mais tão interessantes ou importantes para a pesquisa.

Foi justamente o que aconteceu ao longo dessa pesquisa. Minha idéia inicial era pesquisar os discursos e práticas psiquiátricas no Hospital de Juquery, localizado na cidade de São Paulo, na primeira metade do século XX, a partir da análise de prontuários dos internos e dos *Arquivos de Memórias do Hospital de Juquery* e *Arquivos da Assistência a Psicopatas no Estado de São Paulo*. Acontece que em Dezembro de 2005 um incêndio se alastrou pelo prédio principal do hospital transformando a maior parte do seu arquivo em pó. Os prontuários dos pacientes, a não ser os do Manicômio Judiciário, foram completamente destruídos, o que dificultou, de certa forma, um trabalho que versasse exclusivamente sobre o Juquery.

A luz se fez quando, no contato com outras fontes, percebi que seria interessante trabalhar a formação dos discursos e práticas psiquiátricas não só na cidade de São Paulo ou no Hospital de Juquery, mas estendendo um pouco mais para as formas como esses discursos e práticas foram se desenhando a nível nacional, sobretudo no que diz respeito às grandes cidades como Rio de Janeiro e São Paulo. Assim, não abandonei completamente a idéia de trabalhar a história da ciência psiquiátrica no Juquery, mas situei essa história dentro de um contexto maior que foi do desenvolvimento dos saberes psiquiátricos no Brasil, que criou não só novas formas de tratamento, mas também lugares específicos para o tratamento dos alienados. Assim, o Juquery, por ser um dos maiores e mais importantes complexos hospitalares do Brasil e da América latina teve um lugar bastante importante dentro dessa pesquisa que buscou compreender as formas de classificação e tratamento dos alienados no Brasil.

Sendo assim, nos capítulos que compuseram esta pesquisa, procurei mostrar os discursos e práticas psiquiátricas no Brasil, especialmente em São Paulo, na primeira metade do século XX a partir de três leituras básicas: a primeira, trabalhada no primeiro capítulo da ópera, remonta ao discurso carcerário ou asilar, que antecede à criação do Hospício de Juquery em 1898. Neste capítulo, em especial, busquei compreender as

condições de aparecimento do Hospício no Brasil, o desenvolvimento dos discursos e práticas psiquiátricas que transformaram a loucura em doença mental e instituíram um novo campo do saber e uma nova ciência da saúde: A psiquiatria. A segunda leitura, desenvolvida no capítulo dois, percorre os espaços do hospício de Juquery em São Paulo revelando as particularidades de suas intermediações e se debruça, exclusivamente, sobre o discurso que chamei de hospitalar que, por sua vez, apresenta dois momentos bastante importantes: o momento em que Franco da Rocha esteve na direção do hospício e depois o momento em que a direção passa ao seu sucessor Antônio Carlos Pacheco e Silva. A intenção desse capítulo foi demonstrar que o Hospício de Juquery surgiu através de uma proposta do alienismo que visava, sobretudo, organizar a cidade que explodia, esquadrinhando os seus espaços e colocando os trabalhadores operários, e os “anormais”, no plano da norma. Em um terceiro momento procurei pensar como as teses eugênicas, sobretudo, nos anos 20 e 30 orientaram os saberes e práticas da Psiquiatria no Brasil, a partir da perspectiva da higiene mental, de uma Psiquiatria que ultrapassa os muros do hospital para agir junto à sociedade.

Durante todo este percurso pude perceber que o doente mental nunca teve um lugar na sociedade. O seu lugar sempre foi o lugar da exclusão; é certo que ao longo da história os discursos e práticas médico-psiquiátricas foram sofrendo as suas mudanças e criando novas condições de tratamento ao doente, mas seu lugar nunca deixou de ser o “fora”. Fora aqui no sentido de “exclusão”. Fora do convívio com o homem “normal” e dentro do asilo, do hospício, do delírio, sob vigilância constante.

Como foi visto anteriormente, a criação das casas específicas para alienados, buscou muito mais a criação de um espaço de ação exclusivo da Psiquiatria, que melhores condições de tratamento para os alienados. Surgiram, na maioria das vezes, como tentativa de solucionar os problemas de superlotação das Santas Casas de Misericórdia, mas nunca perdeu de vista a pretensão de consolidar uma nova forma de saber que colocava a loucura no campo das doenças orgânicas, reivindicando, dessa maneira, novas formas de tratamento.

O hospital de Juquery, neste sentido, surge como forma de consolidar, na cidade de São Paulo, um modelo de assistência psiquiátrica que estivesse à altura daquelas existentes em cidades como Paris na França e Rio de Janeiro no Brasil. Assim, como foi visto anteriormente, é possível perceber que o maior objetivo tanto do fundador do Hospício, Franco da Rocha, quanto de seus sucessores, foi combinar o modelo assistencial francês

com a pesquisa científica, advinda do modelo alemão. Assim, as teorias da monomania e da degenerescência, em especial, orientaram os discursos e práticas no hospital, inaugurando o que foi chamado de o período de ouro do alienismo em São Paulo. Mas como nem tudo é “mar de rosas”, nos anos 30 e 40 a situação começou a mudar e os problemas de superlotação, descaso, vieram a assolar novamente o hospital. O Juquery foi entregue novamente ao seu destino de depósito de indigentes, voltando a ser um espaço de incurabilidade.

Assim, se os anos 20 e 30 foram fortemente marcados pelo discurso científico e o desenvolvimento de pesquisas e técnicas modernas de diagnóstico e tratamento das doenças mentais, a partir dos anos 40 um novo discurso fez aparição nas publicações dos arquivos da assistência a psicopatas do estado de São Paulo: o discurso da decadência, em que o problema referente à superlotação e falta de investimentos do governo no hospital tornaram-se pauta de discussão em reuniões e tema de vários artigos.

A preocupação com a ampliação dos espaços de acomodação e intervenção específicas foi tamanha e mesmo assim insuficientes para assistir a demanda que teve um aumento assustador nos anos 20 e 30. Convém lembrar que em 1927 foi criado o Manicômio Judiciário, inaugurado no dia 27 de dezembro de 1933 e em 1929 foi inaugurado o Pavilhão-Escola, para menores (mais tarde, denominada “Escola Pacheco e Silva”). Além disso, no ano de 1932, foram construídas a sexta Colônia de Homens, a Colônia de Mulheres e dois Pavilhões de observação e em 1933 foi criado o Pavilhão de Tuberculosos, com capacidade para 90 doentes mentais e anormais acometidos de tuberculose. De acordo com Fraletti (1986/87, p. 167):

Ampliava-se tanto o Juquery que, em 24.12.1930 fora criada a Diretoria Geral de Assistência a Psicopatas (Secretaria do Interior), com sede em São Paulo, compreendendo três vice-diretorias: a do Hospital Central (Abrangendo as Colônias Agrícolas), a do Manicômio Judiciário e a da Clínica Psiquiátrica (englobando o Ambulatório de Higiene Mental) junto à Diretoria. A vice-diretoria das Colônias só seria criada em 1934.

Foi justamente em virtude dessa enorme expansão do Hospício e o conseqüente aumento do número de internos que também aumentaram os problemas; sendo que o principal desses problemas era, sem sombra de dúvidas, a superlotação, que havia castigado os internos do Hospício no passado e que agora voltava a castigá-los novamente. Segundo Fraletti (1986/87) esta mudança deveu-se, sobretudo à implantação da ditadura em 1937 que nomeou Ademar de Barros como interventor. Dessa forma, houve uma

mudança administrativa do Estado que afetou diretamente o Hospital de Juquery. Com a criação da lei de proibição de cargos, Pacheco e Silva que vinha assumindo a função de administrador, médico e diretor do hospital, deixou a assistência a psicopatas, ficando esta a mercê das intervenções de Ademar de Barros. Assim, por ordem do interventor, em meados de 1939 o interventor ordenou que fossem transferidos para o Juquery todos os alienados que se encontravam nas cadeias, atendendo às reclamações dos delegados e chefes de polícia desde 1920. Segundo Fraletti (1986/87, pp. 168-69): “Sanou-se um mal (término da promiscuidade nas prisões e tratamento dos doentes, com a cura de muitos deles), mas criou-se outro (pela falta de vagas), o aumento da população nosocomial”. Ademar de Barros, juntamente com Milton Pena, bem que tentou contornar a situação, construindo novas grandes colônias, mas mesmo assim não foi possível evitar que o Juquery se transformasse em um macro-hospital (o segundo do mundo), o que trouxe sérias dificuldades tanto administrativas quanto de verbas.

Os artigos consultados revelam que esta descontinuidade na assistência a psicopatas do estado de São Paulo deveu-se, sobretudo, a fatores políticos. Quer dizer, com a implantação da ditadura o sistema de Assistência na cidade de São Paulo foi reformulado, com mudanças cada vez mais frequentes na direção geral do Hospital além de mudanças administrativas e destinação de verbas. Os médicos do hospício começaram então a culpar o governo pelos problemas ocorridos no interior do hospital o que tornou a situação ainda mais complicada. Segundo Fraletti (1986/87, p. 169):

Os governos deixaram de ter interesse direto sobre os problemas dos doentes mentais, desestruturou-se a organização médico-administrativa, que tão bons resultados deram com Franco da Rocha, Pacheco e Silva e Marcondes Vieira. A escolha dos dirigentes nem sempre recaía sobre os mais indicados para os cargos. A culpa direta tem sido dos governos, no entanto, os responsabilizados, da regra, têm sido os diretores, às vezes, mais por revanchismo político que por administração.

Em seu artigo de 1947, o Doutor Aníbal Silveira, então psiquiatra do Hospital de Juquery e docente livre de Psiquiatria na Universidade de São Paulo, criticava os poderes públicos por sua lamentável conduta de lotar os leitos nos Hospitais da Assistência a psicopatas, sem atentar-se às precárias condições de higiene, e reduzidos espaços de acomodação dos internos. Nesse sentido, atribuía a responsabilidade a essas atitudes, pelas péssimas condições de assistência pública aos doentes mentais aí admitidos, lembrando a ineficiência do Estado em solucionar os problemas referentes às acomodações dos

pacientes, bem como o papel pouco significativo das organizações técnicas em oferecer a eficiência desejada no que concerne à atenção e assistência às demandas contingências que chegavam àquela instituição.

Neste sentido, ele aponta que a nova configuração do sistema de assistência pública em saúde mental, em muito contribuiu para a difusão da imagem de uma Psiquiatria paulista mesquinha e ineficiente. As condições de habitação e tratamento do hospital começaram a ser criticadas e transformaram-se em notícias tais como:

- 1) O Hospital de Juquery não dispõe de instalações para receber doentes mentais em fase aguda da moléstia ou aqueles que apresentam condições psíquicas chamadas “neuroses”.
- 2) O nome de Juquery está ligado à noção de incurabilidade dos pacientes, o que de per si constitui condição prejudicial à cura dos internados e, por outro lado, causa repulsa das famílias quanto à internação.
- 3) Para resolver as dificuldades mencionadas nos dois itens precedentes e solucionar o problema das doenças mentais quando ainda curáveis é mister a construção ou aquisição de um estabelecimento especial (SILVEIRA, 1947, p. 280).

Incomodado com as críticas advindas de diversos setores sociais, incluindo os grupos defensores dos direitos humanos, que condenavam a assistência inadequada e desumana pelas quais os internos passavam naquele momento, Silveira revidava, negando a responsabilidade dos profissionais do hospital e atribuindo a culpa ao governo que, buscando conter gastos, não investiam em melhores condições de assistência aos doentes mentais internados no Juquery e, principalmente, não tomava medidas profiláticas de promoção de saúde e intervenção rápida no tratamento dos doentes agudos, permitindo que estes se tornassem crônicos e dificultando ainda mais a situação. Respondendo às críticas, ele mostra que:

- 1) Doentes mentais em fase aguda são assistidos no Hospital de Juquery, que dispõe de toda a aparelhagem necessária. Não é mister salientar o que ali se tem produzido em prol do alienado.
- 2) A admissão dos pacientes nesse Hospital de Juquery não constitui de forma alguma fator prejudicial para os resultados terapêuticos. O fator principal que faz com essa admissão prejudique as curas é que em geral *o processo de admissão é moroso* e o paciente irá assim ser assistido em fase de meia cronicidade ou já crônico. Também não é a repulsa das famílias o que faz com que permaneçam milhares de doentes no meio social: é sim a incapacidade da Assistência a Psicopatas, por falta de leitos, em recolher os doentes mentais do Estado o que causa esse

espetáculo verdadeiramente comovedor (SILVEIRA, 1947, p. 281).

Assim, Silveira lembra que a lotação dos hospitais de crônicos poderia ser remediada caso o Estado investisse em melhorias no campo da saúde mental, voltado para uma psiquiatria preventiva, com assistência rápida e eficiente, pois assim, os indivíduos com males agudos não chegariam a alcançar o estado de cronicidade se fossem assistidos desde cedo.

Como mostra o Doutor Aníbal, constituem doenças mentais eminentemente agudas aquelas que decorrem de doenças infecciosas, de auto-intoxicações do organismo, de intoxicações ocasionais; outras condições mórbidas, como neuroses ou como anormalidades graves de caráter e do comportamento, também correspondem em geral a desordens agudas, pelos conflitos sociais que acarretam; entre as doenças chamadas constitucionais – principalmente a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva – irrompem com frequência surtos agudos. Pacientes de todos esses grupos eram admitidos no Hospital de Juquery. Quanto ao último agrupamento clínico, o das psicoses constitucionais, não havia até 1936 a disposição da psiquiatria – da Psiquiatria, não do Hospital de Juquery – recursos terapêuticos satisfatórios. Em todas as demais ocorrências o número percentual de curas – remissões, na acepção psiquiátrica moderna – era o mesmo que para qualquer casa de saúde particular do nosso país. Desde que foram descobertos os métodos de choque, em 1936, a situação dos pacientes constitucionais – especialmente os esquizofrênicos – se tornou muito diversa no Hospital de Juquery como em qualquer outro grande meio psiquiátrico.

Dessa maneira, fica claro que se a intervenção dos poderes públicos no campo da saúde mental, visasse uma medicina mais preventiva que remediativa, os agudos seriam assistidos antes que chegassem a se tornar crônicos. Assim, o tempo de permanência dos pacientes nos Hospitais seria menor, sendo possível atender um número maior de pacientes em um período menor de tempo, além disso, as filas de espera reduziriam e as doenças não se agravariam com tanta intensidade, pois o tempo de espera seria curto. Mas infelizmente, o sistema de assistência em saúde mental no Brasil sempre foi ineficiente neste sentido, e ainda nos tempos de hoje isso ocorre, pois só admitem pacientes psicotizados ou que pelo menos já estejam se psicotizando. Dessa forma, crescem as demandas, aumentam-se as filas de espera e os estados se agravam, tornando a situação ainda mais difícil. O número de altas, por sua vez diminui, ou então grande parte dos pacientes que recebem alta é

readmitida. É justamente esta política perversa que o doutor Aníbal já criticava nos anos 40.

Para avaliar o empenho com que as famílias solicitavam internação no Hospital de Juquery basta considerar que havia, em 1943, cerca de 2000 pedidos aguardando despacho do Diretor da Assistência; além disso, aos domingos a São Paulo Railway precisava colocar trens extraordinários entre a Capital e a Estação de Juquery, para dar vazão à verdadeira avalanche de pessoas que ocorriam sistematicamente, naquele momento, a ver os parentes internados.

No entanto, somente a construção de um hospital exclusivo para os “agudos” não resolveria o problema das superlotações. Como lembra Silveira: “Um grande hospital, do tipo de clínicas, não poderá ter mais que 200 leitos, para ser eficiente”. E acrescenta que “mesmo que fosse exageradamente grande, com 500 leitos, estaria totalmente lotado ao fim do segundo ano de funcionamento” (SILVEIRA, 1947 p. 281). E ele reitera sua argumentação demonstrando as estatísticas referentes ao número de altas concedidas entre os anos de 1939 e 1943 no Hospital de Juquery. Segundo o autor:

- a) É suficiente analisar as cifras relativas ao número de altas do Hospital de Juquery de 1939 a 1943 para se ter certeza de que aqueles pacientes não poderiam todos ser assistidos em um único estabelecimento daquele tipo;
- b) Mesmo aqueles que saíram com alta haviam permanecido no Hospital mais que seis meses, em geral, Assim, dos 487 *que remitiram* em 1942 apenas 208 ficaram até 6 meses e 124 *ficaram entre 13 meses mais de 2 anos*. Dos que saíram com alta em 1943, ao todo 316, o grupo que permaneceu entre 13 meses e dois anos somava 109 e apenas 91 estiveram hospitalizados por 6 meses. Para onde iriam os pacientes que se tornassem crônicos ou que tivessem de ceder lugar para novas admissões?³⁰

O que Silveira defendia era a urgente necessidade da criação, por parte dos poderes públicos, de lugares para todos os doentes mentais residentes em São Paulo. Somente dessa maneira é que o problema dos agudos poderia ser realmente resolvido. Para tanto, como o

³⁰ Cf.o mesmo artigo de Aníbal da Silveira: “Pouco depois da apresentação deste trabalho o Governo do Estado adquiriu para a Assistência a Psicopatas – em abril de 1945 – o Sanatório Pinel, pela soma de Cr. \$... 10.000.000,00. Tal instituto após adaptações passou a abrigar 600 pacientes. Desejamos salientar que um grupo de psiquiatras do Hospital de Juqueri apresentou – desde agosto de 1944 – às autoridades competentes e ao público todas as provas de que tal aquisição não traria o menor benefício aos doentes mentais e antes contrariava aos interesses da causa publica. Não conseguiu porem evitar semelhante transação. A experiência lamentável daí decorrente corrobora as considerações que acima expusemos há dois anos que o Estado continua necessitando dos 4 a 5 mil leitos e que doentes agudos continuam aguardando vexatoriamente nas cadeias a oportunidade de internação” (SILVEIRA, 1943).

próprio Aníbal da Silveira mostra, seria necessário dotar a assistência de 4000 a 5000 leitos, mas isso certamente iria se “esbarrar num tropeço aparentemente irremovível: o das verbas orçamentárias”. Mas Silveira argumenta que se o Estado tivesse realmente o interesse em promover as melhorias adequadas e necessárias à Assistência em saúde mental, com certeza as despesas não ficaram acima das possibilidades do estado. E ele argumenta da seguinte forma:

O custo das colônias construídas mais recentemente nos terrenos da Assistência, naquela área, foi de... Cr. \$ 1.800,00 por leito. Tais dados se referem à Colônia Adhemar de Barros, inaugurada em 1940 e orçada para 900 leitos, mas com a capacidade real para até 1500 sem superlotar as acomodações. Sendo fabricada no Juquery a maior parte do material de construção, como é o caso, o custo das obras não se elevaria tanto quanto se tem elevado no meio civil; digamos, para argumentar, que o cálculo orçamentário atual seja de Cr. \$ 2.500,00 por leito. Logo, uma despesa de Cr. \$ 10.000.000,00 permitiria construir ali cerca de 4000 leitos, ou seja, aproximadamente três colônias com a amplidão, a higiene e o relativo conforto que se encontram na colônia Adhemar de Barros (SILVEIRA, 1947, p. 281).

No entanto, relativo ao aumento das capacidades de admissões e acomodações dos pacientes, supõe-se que as condições de higiene seriam comprometidas. A preocupação com a aglomeração dos prédios e promiscuidade dos internos era freqüente, e talvez um argumento forte no discurso do Estado, para justificar o não investimento na consolidação de um projeto de tamanha grandeza. Mas Silveira justifica o problema da seguinte forma:

A construção de novos blocos hospitalares em Juquery, para pacientes crônicos, poderia parecer prejudicial pelo aspecto da higiene e, administrativamente, por importar em centralização de serviços. Tal prejuízo é apenas aparente por isso que, como dissemos, a área total da Assistência em Juquery orça por 1300 alqueires: não haverá, pois, aglomeração de prédios nem muito menos de leitos. Em compensação, tal medida viria aliviar realmente as despesas de manutenção e de funcionamento; as instalações clínicas e subsidiárias – laboratórios, instalações administrativas, de secretaria, biblioteca, etc. – bem como o corpo clínico – médicos, farmacêuticos e dentistas, pessoal de enfermagem – necessitariam apenas de ser ampliados numericamente sem que se fizesse necessária organização autônoma em cada caso (Idem, *ibidem*).

Em sua conferência feita na inauguração das atividades do Centro de Estudos Franco da Rocha, em 27 de novembro de 1942, Edgard Pinto Cezar, naquela ocasião,

diretor do Hospital de Juquery e livre-docente de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, também mostrava claramente os problemas existentes no campo de assistência aos doentes mentais no Estado de São Paulo atentando-se, sobretudo, para os problemas de superlotações, falta de médicos-psiquiatras e mal-remuneração aos psiquiatras em atividades. Como ele mesmo diz:

[...] Quero somente tecer alguns comentários que julgo oportunos sobre nossa situação atual, encarando, mormente o que de mais urgente se torna necessário fazer para afastar deficiências graves ainda existentes e que vêm acarretando conseqüências desastrosas tanto para o Estado como para a Sociedade (CEZAR, 1943, p. 62).

Tais problemas referidos pelo psiquiatra dizem respeito à demora de atendimento aos pacientes que se encontravam nas filas, bem como da realização dos diagnósticos mesmo depois de admitidos, o que acabava dificultando uma intervenção mais rápida, contribuindo, dessa forma, para a cronificação da doença e á superlotação dos hospitais por crônicos. Dessa forma, a política de assistência aos doentes mentais naquele momento, pouco eficiente, não dava conta de suprir as demandas permitindo, nesse sentido, que os doentes mentais em estágios ainda leves da doença ficassem aguardando tratamento enquanto a sua doença evoluía para estágios cada vez mais graves. Cezar (1943, p.62) lembra que:

Podemos calcular que, em nosso meio, o número de doentes mentais que necessitam internação em hospital psiquiátrico atinge 1 ½ por mil da população que, para esse efeito, pode ser considerada como de 8 milhões de habitantes. Tomando essa base de cálculo que é fruto de nossa observação decorrente de movimento dos últimos anos da Assistência a Psicopatas, chega-se à conclusão que existem no Estado de São Paulo 12.000 doentes mentais que necessitam ser internados para conveniente tratamento.

No entanto, a escassa acomodação, bem como o número reduzido de profissionais na área de psiquiatria tornava a situação cada vez mais calamitosa. Nesse sentido, já nos anos 40, decorridos mais de 40 anos da criação do Hospital de Juquery, a cena parecia repetir o passado vergonhoso e criminoso da Psiquiatria paulista e brasileira. É sabido que naquele momento o campo da ciência psiquiátrica já havia sofrido grandes avanços, mas a realidade da assistência no Brasil ainda contrariava o ideal de Franco da Rocha e dos psiquiatras que participaram da fundação do Hospital de Juquery: de implantação de um modelo de assistência psiquiátrica não mais baseado no tratamento moral e excludente,

mas pelo uso recorrente de técnicas científicas cada vez mais modernas e sofisticadas. Na verdade, o que o texto de Pinto Cezar revela é um grande descaso do Estado e da política pública paulista para com a assistência psiquiátrica aos doentes mentais no Estado. Este descaso fica bem claro nas palavras do psiquiatra:

[...] Para atender a essa massa considerável de doentes mentais, o Estado mantém 7.500 leitos em seus hospitais psiquiátricos (Hospital Central de Juquery, Colônias de Juquery, Manicômio Judiciário e Hospital das Perdizes). Dos restantes, 1.000, aproximadamente, são atendidos em estabelecimentos privados. Ainda assim, restam 3.000 doentes que, embora necessitem urgentemente, não conseguem internação em estabelecimentos adequados. Muitos desses são mantidos em seus próprios domicílios, criando permanentemente uma situação de desassossego, não só para os da própria família, como aos vizinhos e à sociedade, em geral, constituindo elementos de franca periculosidade. Outros, em grande número, mais infelizes, não podem dispor de um lar que os abrigue e vão para as celas das cadeias, quer da Capital, quer das cidades do interior do Estado, onde vão viver dias terríveis, no maior desconforto, privados de toda higiene e sem receberem a menor assistência médica. Nesses cubículos, infectos, cobertos de parasitas repugnantes, ficam dias intermináveis, aguardando a oportunidade de uma internação. Mesmo quando sejam suficientemente fortes para suportarem o ambiente adverso, só conseguem ingresso nos nossos hospitais quando a moléstia já atingiu a fase de cronicidade, tornando baldados todos os esforços visando uma cura. Muitos deles, entretanto, menos desgraçados, vêm cessados seus padecimentos com a morte (CEZAR, 1943, pp. 62-69).

Na verdade, a situação em que o hospital chegou anos de 1940 deveu-se, de certa forma, a mudanças ocorridas anteriormente. Em 1929, por exemplo, o hospital de Juquery foi abarrotado de pacientes advindos das cadeias públicas e também de outros municípios que ainda não contavam com um sistema de assistência psiquiátrica bem constituído como era o caso da cidade de São Paulo. Em situações de transporte e saúdes precários, não raro se presenciava o desembarque de turmas sucessivas de desafortunados e desgraçados no Hospital Central de Juquery. “Desnutridos, escaveirados, contaminados por moléstias as mais variadas entre as quais a tuberculose tomava perspectivas alarmantes, muitos deles morriam rapidamente, incapazes já de aproveitar o novo tratamento que lhes era ministrado” (Idem, p.63). Naquela ocasião, enquanto os crônicos davam entrada no Hospital, os agudos, justamente aqueles que poderiam se beneficiar com uma intervenção terapêutica bem orientada, ingressavam-se nas cadeias, ocupando os lugares deixados por aqueles que foram removidos. A conseqüência disso é a superlotação dos hospitais por um contingente enorme de doentes crônicos, enquanto os agudos permaneciam excluídos nas

cadeias esperando se cronificarem, para, então, serem removidos para o Hospital. Dessa maneira:

[...] Inutilizava-se uma magnífica instalação hospitalar para doentes mentais, superlotando-a de doentes crônicos, ao passo que os doentes agudos, os únicos que poderiam ainda recuperar a saúde uma vez assistidos convenientemente, iam para as cadeias esperar que sua doença evoluísse para a cronicidade enquanto aguardavam internação (Idem, p. 63).

Em 1939 a situação da assistência aos doentes mentais no hospital de Juquery, atingiu pontos críticos em decorrência da nova orientação dada por Ademar de Barros, interventor federal do problema da assistência aos doentes mentais do estado de São Paulo, que concentrou todos os doentes mentais que necessitava de assistência psiquiátrica no hospital de Juquery e promoveu a transferência de indivíduos que se encontravam encarcerados nas celas dos presídios do interior do Estado de São Paulo e também da capital. A atitude do interventor exigiu a construção de novos pavilhões para receber as novas e crescentes demandas de doentes mentais que chegavam ao hospício. Foi nesta feita que se deu a construção da “Colônia Ademar de Barros”, bem como a construção da colônia de mulheres inaugurada no dia 27 de abril do corrente ano, com uma capacidade de 1200 leitos, o que praticamente resolveu o problema da assistência aos doentes do sexo feminino, além disso a quantidade de leitos do hospital central de Juquery foi duplicada atingindo um total de 2000 leitos.

Embora tenha construído novos espaços para receber os doentes, estes não supriram por muito tempo a enorme demanda que chegava ao hospital. Segundo Edgard Pinto Cezar, só no ano de 1939 o número de pacientes que deu entrada no hospital foi de 3904, isto é, praticamente 4000 pacientes em um único ano, representando um movimento maior que o correspondente aos cinco anos anteriores que somados deram um total de 3680. Só durante o mês de Junho o hospital recebeu 741 doentes novos e no mês de Outubro 627. Assim, não é de se estranhar que o hospital logo tenha se insuflado e o problema da superlotação e péssimas condições de vida tenham tomado conta do lugar em pouco tempo.

Dentre os doentes que entraram no hospital naquele ano e que tiveram diagnóstico confirmado, o grupo dos esquizofrênicos foi preponderante representando 26,3%, logo seguido pelas Oligofrenias com 17,6% e pelas psicoses epiléticas com 12,5% e a Paralisia Geral com 5,1% e as psicoses infecciosas apareceram somente com 1,1%. No que diz respeito ao fator idade, 60% do total dos doentes entrados se encontrava entre os 20 e 40

anos e em relação ao estado civil 51,48% eram solteiros e 35,37% casados, os viúvos representavam 7,88% (Cf.: CEZAR, pp.445-447).

O número de doentes saídos com alta do hospital naquele ano foi de 323 casos, o maior número de altas concedidas em um único ano desde a fundação do hospital. Também saíram 195 pacientes sem altas, através de fugas ou retirado pela família. Além disso, foram removidos naquele ano um total de 1431 doentes, quase todos para as colônias de Juquery. Pinto César fala que o número de óbitos foi muito grande naquele ano, mas não faz referência a números, fala somente das principais causas dentre elas a condições deploráveis em que estes pacientes que chegavam ao hospital advindo de cadeias públicas que não se dispunham de condições adequadas de higiene e alimentação. Nas palavras de Pinto César:

Constituía um espetáculo confrangedor assistir o desembarque dessas hordas de desventurados que de todos os quadrantes do nosso Estado demandavam este hospital. Esquálidos, anêmicos, cobertos de parasitas repugnantes, muitos deles incapazes de suportar penosas viagens, sucumbiam pouco após o ingresso. Outros duravam um pouco mais, mas já com o organismo corroído pelas mais diversas enfermidades, também não tardavam em sucumbir. Graves manifestações de desintéria e a tuberculose determinaram elevadíssimo número de óbitos, contribuindo ambas com uma cifra correspondente 49,36% do total dos óbitos verificados, isto é, com 233 casos, num total de 470! ... (CEZAR, 1943, p. 449).

Procurando justificar a idéia de que o principal causador de óbitos no asilo eram as péssimas condições de saúde em que os doentes chegavam ao hospital, César fala do número de “casos que faleceram sem diagnóstico psiquiátrico firmado, isto, é, antes que pudessem ter sido devidamente examinados pelos alienistas”. De acordo com seus estudos, em um total de 470 óbitos, 185 ocorreram nestas condições. Mas é sabido que as condições de superlotação, higiene e terapêuticas invasivas, como o eletrochoque e o como insulínico, presentes no interior do hospital de Juquery foram as responsáveis pelo maior número de mortes no hospital. Além disso, o elevado número de óbitos pode ser pensado, de certa forma, consoante à necessidade de cadáveres para estudos de anatomia e patologia no hospital, cuja pesquisa, como já foi dito anteriormente, se dava em *post mortem*.

Mas como a situação da assistência aos doentes mentais no Hospital de Juquery chegou a tomar proporções tão lastimáveis se a pretensão era exatamente de desenvolver um sistema de aprimoramento metodológico e científico do tratamento das moléstias

mentais? Certamente, a preocupação esteve muito mais em descortinar o leque de mistérios que atravessava o campo da doença mental, desenvolver técnicas capazes de compreender e explicar suas origens e formas, do que promover intervenções rápidas e eficientes no sentido de capacitar os indivíduos acometidos pelos sofrimentos psíquicos para o convívio consigo mesmos e em sociedade. Tendo sido concentrada a quase totalidade dos doentes mentais que necessitavam internação no hospital de Juquery, não se tomou o cuidado de consequentemente aumentar o corpo médico de acordo com as novas circunstâncias. Assim, ocorreu um acúmulo intenso de doentes mentais, enquanto o corpo médico permaneceu escasso. O resultado foi uma média enorme de pacientes para cada médico, que, consequentemente, não conseguia atender toda a demanda. Além disso, sobrecarregados, alguns médicos acabavam deixando os seus cargos por não conseguirem suportar o peso do ofício.

Dessa maneira, os poucos médicos que restavam ficaram com uma tarefa muito superior às suas possibilidades de trabalho e, como é de se esperar, seu trabalho perderia em qualidade. As observações eram redigidas apressadamente, tornando impossível um estudo cuidadoso, detalhado e metucioso de cada caso. Assim, tornou-se necessário observar-se o critério quantidade em detrimento da qualidade do trabalho médico. Os pacientes eram vistos mais como números e menos como pessoas, pois naquelas condições era humanamente impossível perder tempo com histórias particulares de cada paciente, sendo que a fila de espera não parava de crescer cada vez mais. Como lembra Cezar (1943, p. 63): “Apesar de toda a dedicação e esforços não era possível atender a todos os internados no seu devido tempo. As observações se atrasavam, os tratamentos não podiam ser ministrados com a necessária urgência [...]. Tínhamos, então, uma média permanente de 250 doentes por alienista”.

Além disso, muitos pacientes, mesmo depois de admitidos no hospital, ainda ficavam sem assistência aguardando por uma avaliação médica, sem diagnóstico e tratamento; dessa maneira, acabavam perdendo a oportunidade de uma intervenção terapêutica no período mais profícuo. Assim, presume-se que, em virtude de uma política de assistência psiquiátrica pouco efetiva e sem investimentos, milhares de histórias particulares foram assassinadas, mentes foram degradadas enquanto esperavam chegar a sua vez de tratamento, talvez uma intervenção rápida e adequada fosse o suficiente para que milhares de indivíduos ficassem livres da dolorosa experiência da cronificação. E os sistemas de assistência psiquiátrica também só teriam a perder, pois uma vez atingido o

estado crônico, a possibilidade de um tratamento eficiente se tornava cada vez mais incerta. E assim, ao invés de investir no tratamento dos doentes agudos, com uma missão mais preventiva que curativa, divisas ainda maiores eram gastas para manter uma quantidade cada vez maior de crônicos nas alas psiquiátricas, em condições subumanas de sobrevivência, desprezo e esquecimento. Como vegetais, vivendo apenas por viver, pois suas referências já haviam sido totalmente perdidas e, em muitos casos, eram largados por anos e anos sem receber nem sequer uma visita de seus familiares. Nas palavras de Cezar (1943, p. 63): “[...] Tendíamos a funcionar como uma fábrica de doentes crônicos, contribuindo assim para aumentar ainda mais essa enorme legião de incuráveis que se constitui nas cadeias de todas as cidades do nosso Estado”.

Na tentativa de suavizar este estado calamitoso, com o apoio do Dr. Pedro Augusto da Silva, nos anos 40 foram admitidos médicos estagiários que prestaram colaborações para o hospital. Mas a situação de descaso e abandono ainda foi reinante por muitos anos.

Assim termino este trabalho reiterando a idéia de que durante toda a história, pelo menos no que diz respeito à história moderna e contemporânea, a loucura ocupou apenas um espaço: o da exclusão. Foi classificada, diagnosticada, seqüestrada, trancada, transferida e massacrada e sempre colocada no espaço do “fora”. No Brasil não foi diferente, nem mesmo os anos de “ouro” do alienismo foi capaz de apagar as marcas do descaso e do abandono, não é por acaso que termino este trabalho mostrando o discurso da decadência, que marca os documentos referentes ao Juquery, nos anos 30 e 40, pois penso que estes hospitais, no período aqui estudado, sempre foram depósitos de gente sem saída, indigentes e “anormais”.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

1. Fontes Impressas:

1.1. Mensagens, Relatórios:

Mensagem do Presidente da província do Estado de São Paulo. São Paulo, 1921.

Relatório do Ministro do Interior referente à Assistência Médico-Legal de Alienados. Rio de Janeiro, 1891.

1.2. Periódicos Especializados:

Arquivos Brasileiros de Higiene Mental. Rio de Janeiro, 1925, 1929-1930, 1933

Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo. Vol. 3(1938); 4(1939); 5(1940); 6(1941); 7(1942) 8(1943); 9/11(1944-1946).

Arquivos de Higiene e Saúde Pública – São Paulo. Diretoria Geral do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, 1936.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública. São Paulo, 1936.

Arquivos do Departamento de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo. Vol. 12/14(1947-1949); 15(1950).

Boletim de Eugenia. 1929-1932.

Boletim Policial. Rio de Janeiro, 1907-1916.

Memórias do Hospital de Juquery. Anos: I (1924); II(1925); V-VI(1928-1929) e VII-XII (1930-1935). São Paulo: 1924-1935.

Revista Fluminense, n. 1, abril, vol. II, 1836

1.3. Artigos de Revistas e Periódicos Especializados:

CEZAR, Edgard Pinto. Assistência aos Doentes Mentais no Estado de São Paulo. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria,* vol. 1-n.1, Junho de 1943, São Paulo.

CUNHA, Maria Clementina. Hospício a céu aberto. *Revista de História: A Revista de História da Biblioteca Nacional,* 2005.

DANTAS, Júlio. O propósito de eugenia – degenerados. *Boletim de Eugenia:* Separata da Medicamenta – Junho de 1930, ano II, n. 18.

FRALETTI, Paulo. Juqueri: passado, presente, futuro. *Arquivos de Saúde Mental do estado de São Paulo,* vol. XLVI, jan./dez. de 1986-1987.

- KEHL, Renato. *Boletim de Eugenia*, Março de 1929, vol. I , n. 3, p. 3.
- KEHL, Renato. Questões de raça. *Boletim de Eugenia*, Junho-Julho de 1929, anno I, ns. 6-7.
- MASIERO, A. L. A Lobotomia e a Leucotomia nos manicômios brasileiros. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 10(2): 549-72, maio-agosto 2003.
- NOVAES, Amando Cauby. Aspectos Práticos da Psiquiatria Norte-Americana. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. São Paulo: Brasil, vol. V, n.1, Março de 1947.
- ODA, Ana Maria Galdini Raimundo & DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.12, n.3, Set. - dez. 2005.
- PACHECO E SILVA, A.C. Contribuição para o estudo do treponema pallidum no córtex cerebral dos paralyticos geraes. *Memórias do Hospício de Juquery*. Ano I, numero 1, São Paulo, 1924.
- PACHECO E SILVA, Antonio Carlos. Franco da Rocha e a psiquiatria. *Memórias do hospital de Juquery*. São Paulo: Oficinas gráficas do Hospital de Juqueri, 1934-1935, ano XI-XII, n. 11-12.
- ROCHA, Franco da. *Memórias do Hospício de Juquery*. Introdução de Antônio Carlos Pacheco e Silva. São Paulo: 1924, ano 1, n. 1, p. IX.
- RUSSIANO, Ubirajara. Juqueri desde a sua fundação. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Franco da Rocha – São Paulo: Oficinas Gráficas da Assistência a Psicopatas, vol. XIII-XIV, n. único, janeiro-dezembro de 1948-1949.
- SILVA, Antônio Carlos Pacheco e. Franco da Rocha e a Psiquiatria. *Memórias do Hospital de Juquery*. Franco da Rocha – São Paulo: Oficinas Gráficas do Hospital de Juqueri, ano XI-XII, n. 11-12, 1934-1935.
- SILVA, Antônio Carlos Pacheco *et al.* A Diatermia no Tratamento da Paralisia Geral. *Memórias do Hospital de Juquery*. Franco da Rocha – São Paulo: Officinas Graphics do Hospital de Juquery, ano VII-VIII, n. 7-8, 1930-1931.
- SILVA, Dario Braz da. Origem e desenvolvimento dos Arquivos de Saúde Mental do estado de São Paulo. *Arquivos de saúde Mental do Estado de São Paulo*. São Paulo: 1987, vol. XLVI, jan./dez. 1986-1987.
- SILVA, Márcia Regina da. O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina. *História ciências, saúde*. Rio de Janeiro: Manguinhos, vol. VIII (3): 543-568, set-dez. 2001.

SILVA, Pacheco e. *Arquivos da Assistência Geral a Psicopatas do Estado de São Paulo*, vol. 1, n.1, 1936.

SILVEIRA, Aníbal. O Problema da Assistência pública aos Doentes Mentais. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol XII, Janeiro-Dezembro de 1947.

TAVARES, R. O alcoolismo em São Paulo. *Boletim de Eugenia*: Separata da Medicamenta – Junho de 1931, ano III, n. 30.

TRÉTIKOFF, C. & PACHECO E SILVA, A.C. Contribuição para o estudo da cystercose cerebral e em particular das lesões cerebraes tóxicas a distancia n'esta afecção. *Memórias do Hospício de Juquery*. Ano I, numero 1, São Paulo, 1924.

VENÂNCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. 10, n.3, Rio de Janeiro: Set. – Dez. 2003, pp. 1-19.

VIANNA, Oliveira. O eugenismo das elites. *Boletim de eugenia*: Separata da Medicamenta – Maio de 1931, ano III, n. 29.

VIEIRA, Francisco Marcondes. Franco da Rocha e Higiene Mental. *Memórias do Hospital de Juquery*. São Paulo: Oficinas gráficas do Hospital de Juqueri, ano XI-XII, n. 11-12, 1934-1935.

YAHN, Marcos & BARROS, Paulo F. Eletrochoqueterapia. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Franco da Rocha – São Paulo: Oficinas Gráficas da Assistência a Psicopatas, vol. XII, janeiro-dezembro 1947, n. único.

YANH, Mário & OLIVEIRA, Geraldo de. Resumo da História da Assistência a Psicopatas no Estado de São Paulo. *Arquivos da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*. Vol. XIII-XIV, janeiro-dezembro 1948-1949. São Paulo: 1949.

2. Referências Bibliográficas:

ALVIM, Zuleika. Imigrantes: A Vida Privada dos Pobres do Campo. In: *História da Vida Privada no Brasil*, v. 3 / coordenador geral da coleção Fernando A. Novaes: Organizador do volume Nicolau Sevcenko. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

BARROS, Sonia. & EGRY, Emiko Yoshikawa. *O Louco, a Loucura e a Alienação Institucional: O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica Sub Judice*. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.

- BLACK, Edwin. *A Guerra contra os fracos: A Eugenia e a campanha norte-americana para criar uma raça superior*. São Paulo: A girafa editora, 2003.
- CARR, Edward Hallet. *Que é História?*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: Um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- COTRIM, Márcio. *O Perfil do Monstro*. Brasília: Plural Editora, 1991.
- CUNHA, Maria Clementina Cunha. *O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*./ Magali Gouveia Engel. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- FACCHINETTI, Cristiana. *Hospital Nacional de Alienados*. Discursos e práticas para a sociedade brasileira.
- FOUCAULT, Michel. *Arqueologia do Saber*. 7. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- _____. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- _____. *Microfísica do Poder*. 5. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. *Vigiar e Punir: História da Violência nas Prisões*. Petrópolis: Vozes,
- GOMES *et al.* *A faculdade de Medicina primaz do Rio de Janeiro em dois dos cinco séculos de História do Brasil*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.
- LE GOFF, Jacques. Memória. In: *História e Memória*. Campinas: Ed. UNICAMP, 1994.
- MACHADO *et. al.* (Org.). *Danação da Norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MEDEIROS, T. Uma História da Psiquiatria no Brasil. In: SILVA FILHO, J. F. & RUSSO, J. (Org.). *Duzentos anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- MOTA, André. Dos “quase brasileiros” ao perigo “de fora”: brasileiros e imigrantes sob um diagnóstico sanitário e eugênico. In: *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.
- PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- RESENDE, Heitor. Política de Saúde mental no Brasil: Uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida & COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2001.

- RUSSO, Jane Araújo. Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil. In: J. Russo *et al.* (orgs.). *Duzentos anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ Editora da UFRJ, 1993.
- SEVCENKO, Nicolau. *Orfeu Extático na Metrópole: São Paulo sociedade e cultura nos frementes anos 20*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- SILVEIRA, Nise da. *O Mundo das Imagens*. São Paulo: Ática, 1992.
- TEIXEIRA, Manoel Olavo. *Deus e a ciência na terra do sol: o Hospício de Pedro II e a constituição da medicina mental no Brasil*. Tese de Doutorado, Instituto de Psiquiatria/ UFRJ, Rio de Janeiro (mimeo). 1999.
- UCHÔA, Darcy de Mendonça. *Organização da Psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Sarvier, 1981.
- WEBER, Max. *A Ética protestante e o Espírito do Capitalismo*. 7. ed. São Paulo: Pioneira: 1992.

2.1. Bibliografia Geral:

- ALBUQUERQUE, J. A. Guilhon. *Metáforas da desordem: O contexto social da doença mental*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
- BASAGLIA, Franco. *A Psiquiatria Alternativa contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática; conferência no Brasil*. São Paulo: Brasil Debates, 1982.
- BARRETO, L. *Diário do Hospício – o cemitério dos vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura/ AGCRJ, 1988.
- BASTIDES, Roger. *Sociologia das Doenças Mentais*. São Paulo: Nacional; EDUSP, 1967.
- BENJAMIN, W. *Magia e Técnica, Arte e Política*. 3ed., São Paulo: Brasiliense, 1987. Coleção Obras Escolhidas, v.3.
- BERMAN, Marshal. *Tudo que é sólido desmancha no ar: A aventura da modernidade*. 4. ed., São Paulo: Cia das Letras, 1 987.
- BLOCH, Marc. *Apologia da História ou o Ofício do historiador*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BRETAS, M. *Ordem na cidade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
- BUENO, André. *O que é Geração Beat*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi/ José Murilo de Carvalho*.- São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

- CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial/ Sidney Chalhoub.*- São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- COOPER, David. *La Muerte de la Familia.* Buenos Aires: Paidós, 1973.
- _____. *Psiquiatria e Antipsiquiatria.* São Paulo: Perspectiva, 1967.
- COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar.* Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- DELEUZE, Gilles. *Crítica e Clínica.* São Paulo: Editora 34, 1997.
- _____. *Foucault /Gilles Deleuze.* São Paulo: Brasiliense, 1988.
- _____. *Nietzsche.* Lisboa: Edição 70, 1985.
- DELEUZE, G. & GATTARI, F. *Mil Platós: Capitalismo e Esquizofrenia.* Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- DESCARTES. René. Discurso do método. In: Descartes. *Os pensadores,* São Paulo: Ed. Abril, 1983.
- DUARTE JÚNIOR, João Francisco. *A Política da loucura (A Antipsiquiatria).* Campinas/ São Paulo: Papyrus, 1983.
- ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios(Rio de Janeiro, 1830-1930)./ Magali Gouveia Engel.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- ERIBON, Didier. *Michel Foucault (1926-1984).* São Paulo: Companhia da Letras, 1990.
- _____. *Michel Foucault e seus Contemporâneos.* Rio de Janeiro: Zahar, 1996.
- FREUD, Sigmund. *O Mal-Estar na Civilização.* Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- FRIEDENBERG, Edgar Zodiag. *As idéias de Laing.* São Paulo: Cultrix, 1975.
- FOUCAULT, _____. *As Palavras e as Coisas: Uma Arqueologia das Ciências Humanas.* 5. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- _____. *Doença Mental e Psicologia.* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- _____. *Em defesa da Sociedade: Curso no College de France (1975-1976).* São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. *Estratégia, poder-saber.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- _____. *Nietzsche, Freud e Marx: Theatrum Philosophicum.* Lisboa: Res, 1975.
- _____. *O Nascimento da Clínica.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- GAGNEBIN, Jeanne Marie. *História e Narração em Walter Benjamin.* São Paulo: Perspectiva/ FAPESP, Campinas: Editora da Universidade de Campinas, 1994.
- _____. *Walter Benjamin: Os Cacos da História.* 2. ed., São Paulo: Brasiliense, 1993.
- GAY, Peter. *Freud para Historiadores.* 2. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

- _____. *Freud: Uma vida para o Nosso Tempo*. São Paulo; Cia das Letras, 1989.
- _____. *Lendo Freud: Investigações e Entretenimentos*. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- _____. *O Estilo na História*. São Paulo: Cia das Letras, 1990.
- GINSBURG, Allen. *Uivo; Kaddish e outros Poemas*. Porto Alegre: L&PM, 1984.
- GINZBURG, Carlo. *Mitos, Emblemas e Sinais*. São Paulo: Cia da Letras, 1989.
- _____. *O Queijo e os Vermes*. São Paulo: Cia das Letras, 1987.
- HOLLANDA, H. B. *Impressões de Viagem: CPC, Vanguarda e Desbunde (1960-1970)*. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- _____. *Cultura e Participação nos anos 60*. 10. ed., São Paulo: Brasiliense, 1995.
- HEYWARD, Harold. *Uma Antipsiquiatria?* São Paulo: Melhoramentos, 1977.
- KOUPERNIK, Cyrilli. *Antipsiquiatria: Senso nu Contra-Senso?* Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- LAINING, Ronald David. *A Política da Experiência e a Ave do Paraíso*. Petrópolis: Vozes, 1978.
- _____. *A Política da Família e Outros Ensaios*. São Paulo: Martins Fontes, 1975.
- _____. *Laços*. Petrópolis: Vozes, 1974.
- _____. *O Eu Dividido: Estudo Existencial da Sanidade e da Loucura*. 3. ed., Petrópolis: Vozes, 1978.
- _____. *O Eu e os Outros: O Relacionamento Interpessoal*. 4. ed., Petrópolis: Vozes, 1978.
- _____. *Sanidade, Loucura e a Família*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.
- _____. *Sobre Loucos e Sãos: Entrevista a Vincenzo Caretti*. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- MACHADO, Roberto. *Nietzsche e a Verdade*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- MACIEL, Luiz Carlos. *A Morte Organizada*. São Paulo: Global, 1978.
- _____. *As Quatro Estações*. São Paulo: Record, 2001.
- _____. *Geração em Transe: Memórias do Tempo do Tropicalismo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.
- MACKAY, Dougal. *Psicologia Clínica: Teoria e Terapia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- MANNONI, Maud. *O Psiquiatra, seu Louco e a Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.
- MARCUSE, Herbert. *A Grande Recusa Hoje*. Petrópolis: Vozes, 1999.

- _____. *A Ideologia da Sociedade Industrial: O Homem Unidimensional*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.
- _____. *Cultura e Sociedade*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- _____. *Eros e Civilização: Uma Interpretação Filosófica do Pensamento de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.
- PAES, M. H. S. *A Década de 60: Rebeldia, Contestação e Repressão Política*. 2 ed., São Paulo: Ática, 1993.
- PEREIRA, Carlos Alberto Messeder. *O que é Contracultura*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- _____. *Retratos de Época*. Rio de Janeiro: Funarte, 1981.
- PEREIRA, João Freyze. *O que é Loucura*. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.
- ROSZAK, Theodor. *A Contracultura*. 2. ed., Petrópolis: Vozes, 1972.
- SAMPAIO, G. *Nas Trincheiras da Cura*. Campinas: Cecult/ Editora da Unicamp, 2002.
- SOUZA, L. M (Org). *História da vida Privada no Brasil*. v.4, São Paulo: Cia das Letras, 1997.
- SZASZ, Thomas Stephen. *A Fabricação da Loucura: Um Estudo Comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- _____. *Ideologia da Doença Mental: Ensaio sobre a Desumanização Psiquiátrica do Homem*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- _____. *O Mito da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- THOMPSON, Edward P. *A Miséria da Teoria*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- VENTURA, Zuenir. 1968: *O Ano que não Terminou*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.
- VESENTINI, Carlos Alberto. *A teia do Fato*. São Paulo: Hucitec/ História Social da USP, 1997.
- WADI, Yonissa Marmitt. *Palácio para guardar doídos: Uma história da lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Editora da Universidade – UFRGS, 2002.
- WEBER, B. *As Artes de Curar*. São Paulo/ Santa Maria: EDUSC- Editora da UFSM, 1999.
- WILLIAMS, Raymond. *Cultura e Sociedade: (1780-1950)*. São Paulo: Editora Nacional, 1969.

2.2. Obras Literárias:

- ASSIS, Machado de. *O Alienista*. 7. ed., São Paulo: Ática, 1979.

- BUENO, Austregésilo Carrano. *Canto dos Malditos*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
- BURROUGHS, William S. *Almoço Nu*. 3. ed., São Paulo: Brasiliense, 1992.
- HUXLEY, Aldous. *Admirável Mundo Novo*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- _____. *O Despertar do Mundo Novo*. São Paulo: Hemus, 1977.
- GINSBERG, Allen. Uivo, *Kaddish e outros Poemas*. Porto Alegre: L&PM, 1984.

3. Filmes e Documentários

- ARRAES, Guel. *O Alienista*. Brasil: 1990, VHS.
- BODANSKY, Laís. *O Bicho de Sete Cabeças*. Brasil: 2001, DVD.
- FORMAN, Milos. *Hair*. Estados Unidos: 1979, DVD.
- FORMAN, Milos. *Um estranho no ninho*. Estados Unidos, 1985, DVD.
- FURUKAWA, Nagashi. & ADORNO, Sérgio. *A Prisão*. Brasil: 2001, VHS.
- JOSAPHAT, Carlos. & CARVALHO, Olavo de. *A Moral*: Brasil: 1998, VHS.
- MORIN, Edgar. *Intelecto e Outros Demônios*. Brasil: 2000, VHS.
- PRIOLLI, Gabriel. & RAMOS, Eduardo. *A Loucura*. Brasil: 1997, VHS.
- REIS, João Paulo dos. & CAMA, Aspásia. *O Poder*: 1997, VHS.