

**Casa de Oswaldo Cruz - FIOCRUZ**  
**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

**MONICA CRISTINA DE MORAES**

**NO CANTO DO ISOLAMENTO: LOUCURA E TUBERCULOSE NO HOSPÍCIO  
NACIONAL DE ALIENADOS (1890-1930)**

**Rio de Janeiro**  
**2020**

**MONICA CRISTINA DE MORAES**

**NO CANTO DO ISOLAMENTO: LOUCURA E TUBERCULOSE NO HOSPÍCIO  
NACIONAL DE ALIENADOS (1890-1930)**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências

Orientadora: Ana Teresa A. Venancio

Rio de Janeiro  
2020

**MONICA CRISTINA DE MORAES**

**NO CANTO DO ISOLAMENTO: LOUCURA E TUBERCULOSE NO HOSPÍCIO  
NACIONAL DE ALIENADOS (1890-1930)**

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dra. Ana Teresa A. Venancio (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – COC/FIOCRUZ) - Orientadora

---

Prof. Dra. Yonissa Marmitt Wadi (Centro de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Estadual do Oeste do Paraná)

---

Prof. Dr. Pedro Felipe Neves de Muñoz. (Departamento de História - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio))

---

Prof. Dra. Dilene Raimundo do Nascimento (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – COC/FIOCRUZ)

---

Prof. Dra. Cristiana Facchinetti (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – COC/FIOCRUZ)

**Suplentes:**

---

Prof. Dra. Teresa Ordorika Sacristán (Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades da Universidad Nacional Autónoma de México – CEIICH/UNAM)

---

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – COC/FIOCRUZ)

Rio de Janeiro  
2020

### Ficha Catalográfica

---

M827n Moraes, Monica Cristina de.

No canto do isolamento : loucura e tuberculose no Hospício Nacional de Alienados (1890-1930) / Monica Cristina de Moraes ; orientada por Ana Teresa A. Venâncio. – Rio de Janeiro : s.n., 2020. 353 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2020. Bibliografia: 310-343f.

1. Assistência à Saúde Mental. 2. Hospitais Psiquiátricos. 3. Tuberculose. 4. História do Século XIX. 5. História do Século XX. 6. Brasil.

CDD 362.1

---

Catálogo na fonte - Marise Terra Lachini – CRB6-351

**Aos meus pais e avós (*in memoriam*)**

## AGRADECIMENTOS

Em momento algum, durante a caminhada desta tese, eu me senti sozinha. Pelo contrário, encontrei pessoas maravilhosas. Que me acolheram, me estimularam, me alegraram, me acalmaram nos momentos de maior ansiedade, com as quais muito aprendi com a troca de ideias... É impossível listar todas aquelas com quem cruzei ao longo da estrada e que me despertaram o sentimento de gratidão. Porém, algumas foram essenciais para este trabalho e não posso deixar de mencionar aqui. Dito isso, agradeço:

À Casa da Ciência da UFRJ, especialmente às ex-diretoras, Izabel Alencar e Fátima Brito, responsáveis pelo estímulo inicial desta pesquisa e que me permitiram dedicação exclusiva ao curso de doutorado. Também, agradeço aos colegas da Casa que torceram por mim e me apoiaram nesta empreitada.

À direção, aos professores e demais funcionários do PPGHCS/COC-Fiocruz, pelo acolhimento, pelo respeito, e pelo grande aprendizado dos últimos anos. Em especial, agradeço à prof<sup>a</sup>. Ana Venancio, por sua presença constante e orientação cuidadosa; à prof<sup>a</sup>. Dilene do Nascimento, por ter me dado o incentivo que precisava para transformar uma coletânea de fontes em projeto de doutorado, e pela troca de ideias ao longo desses anos.

Aos participantes da minha banca, por aceitarem o compromisso de fazer a leitura crítica deste estudo: professores(as) Cristiane Facchinetti, Dilene do Nascimento, Yonissa Marmitt Wadi, Teresa Ordorika Sacristán, Pedro F. Neves de Muñoz e Luiz Otávio Ferreira.

Aos dedicados profissionais dos diversos arquivos que consultei – Arquivo Nacional; MIS; AGCRJ; Biblioteca do IPUB; Biblioteca Maguinhos etc. –, cujo trabalho é fundamental para nós, historiadoras. Em particular, quero agradecer ao pessoal do IMASNS com quem tive longa e próxima convivência – Nayara E. Lamb, Danielle Ribeiro, Fernanda de Souza e os vários estágios que me auxiliaram no dia a dia da coleta de documentos.

Aos queridos colegas e amigos que me apoiaram ao longo desta jornada, tornando-a mais leve e rica. Em particular, manifesto minha gratidão à Danielle Fiallo, a quem devo a alegria de participar do grupo Lanche de Estudos e o estímulo a prestar exame para o PPGHCS. E à querida amiga Stella Maris, pela paciência na revisão e copidescagem atentas desta tese.

À minha família, pela compreensão por tantas ausências e por torcerem por mim, mesmo à distância.

Ao meu amor, Carlos, que muito tem me alegrado e apoiado nos últimos anos.

*Logo, quando os corredores ficarem vazios,  
e todo o Sanatório adormecer,  
a febre dos tísicos entrará no meu quarto  
trazida de manso pela mão da noite.*

*Então minha testa começará a arder,  
todo meu corpo magro sofrerá.  
E eu rolarei ansiado no leito  
com o peito oprimido e de garganta seca.*

*Lá fora haverá um vento mau  
e as árvores sacudidas darão medo.  
Ah! os meus olhos brilharão procurando  
a Morte que quer entrar no meu quarto.*

*Os meus olhos brilharão como os da fera  
que defende a entrada do seu fojo.*

Ascânio Lopes

## RESUMO

Neste estudo, examinamos como a tuberculose e a alienação mental estiveram entrelaçadas no Hospício Nacional de Alienados (HNA), e para além dele, durante a Primeira República (1890-1930). Tendo a instituição um caráter duplo, científico e assistencial, investigamos como a tuberculose permeou essas duas faces – interligando aspectos institucionais internos e observando suas conexões com o contexto de transformações da cidade do Rio de Janeiro e com as teorias e práticas médico-científicas sobre a doença, em curso no país e em âmbito internacional. Assim, mergulhamos na história do HNA para esmiuçar o processo de criação e as transformações do serviço de assistência especializada aos alienados tuberculosos. Sobretudo, tomamos como foco os pavilhões de isolamento da tuberculose feminina – Pavilhão Jobim, Pavilhão De Simoni e Pavilhão Alaor Prata – que fizeram parte da 4ª Seção de moléstias infectocontagiosas do HNA. Para tanto, analisamos grande variedade de fontes (jornalísticas, administrativas, produção científica, expedientes clínicos etc.), combinando abordagens quantitativas e qualitativas, para compreender os múltiplos ângulos da problemática da tuberculose no hospício. Ao longo da tese, pela vertente da história institucional, demonstramos como o manicômio esteve interligado, de forma dinâmica, às questões científicas, assistenciais, sociopolíticas, legais e urbano-sanitárias da época.

Palavras-chaves: 1. Assistência à Saúde Mental. 2. Hospitais Psiquiátricos. 3. Tuberculose. 4. História do Século XIX. 5. História do Século XX. 6. Brasil.



## **ABSTRACT**

In this study, we explore how tuberculosis and insanity were interlaced at the Hospital Nacional de Alienados (HNA) and beyond that, during the First Republic (1890-1930). The institution had a scientific and medical care character. Then, we investigate how tuberculosis permeated these two faces, linking internal institutional issues - and observing its connections with the context of transformations at the city of Rio de Janeiro - to the medical-scientific theories and practices on tuberculosis, ongoing in the country and internationally. Through the course of the institutional history, we scrutinize the process of creating and transforming the specialized assistance service for tuberculosis patients. Above all, we focus on the isolation pavilions of female tuberculosis - Pavilhão Jobim, Pavilhão De Simoni and Pavilhão Alaor Prata - which were part of the 4th Section of infectious diseases at the HNA. To this end, we have analyzed a wide variety of sources (journalistic, administrative, scientific production, clinical records, etc.) combining quantitative and qualitative approaches, to understand the multiple angles of the problem of tuberculosis at HNA. Thus, throughout the thesis, we demonstrate how the asylum was dynamically linked to a series of other issues of the time: scientific, healthcare, socio-political, legal, and urban-sanitary.

Keywords: 1. Mental Health Assistance. 2. Psychiatric Hospitals. 3. Tuberculosis. 4. History of the 19th century. 5. History of the 20th century. 6. Brazil.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Figuras

Figura 1 - A mortalidade da tuberculose no Rio de Janeiro – 1890 .....	26
Figura 2 - Projeto da fachada do Pavilhão de Hidroterapia do Hospício Nacional .....	103
Figura 3 - Pavilhão de Hidroterapia do Hospício Nacional.....	103
Figura 4 - Vista panorâmica do Hospício de Alienados [Fundos], 1903.....	105
Figura 5 - Pavilhão Jobim .....	107
Figura 6 - Planta das enfermarias de moléstias contagiosas.....	107
Figura 7 - Pavilhão De Simoni (para alienadas tuberculosas).....	114
Figura 8 - Galeria aberta para alienadas tuberculosas.....	115
Figura 9 - Vista interior de uma varanda - Asile de Gartloch, Edimburgo.....	115
Figura 10 - Pavilhão Sigaud (masculino) .....	115
Figura 11 - Pavilhão Sigaud (para alienados tuberculosos).....	117
Figura 12 - Varanda do Pavilhão Sigaud .....	118
Figura 13 - Sala interna do Pavilhão Sigaud .....	118
Figura 14 - Tenda de verão para pacientes tuberculosos - Manhattan State Hospital (USA) .....	121
Figura 15 - Tenda de inverno para pacientes tuberculosos - Manhattan State Hospital (USA) .....	121
Figura 16 - Enfermaria masculina da Santa Casa.....	130
Figura 17 - Estalagmômetro de Traube.....	202
Figura 18 - Ilustração da tuberculose pulmonar .....	212
Figura 19 - Somatose.....	225
Figura 20 - Registro térmico de M.C.....	228
Figura 21 - M.C. ao dar entrada no Pavilhão de Simoni .....	229
Figura 22 - M.C. ao ter alta do Pavilhão de Simoni .....	229
Figura 23 - O Hospital Nacional de Alienados em foco.....	256
Figura 24 – Homenagens prestadas a Juliano Moreira por ocasião do 84º aniversário do HNA .....	269
Figura 25 – Projeto da prefeitura para modificações no entorno do HNA (PA - Rua Emílio Berla). .....	274
Figura 26 - As modificações na entrada do Túnel Novo .....	277
Figura 27 - O hospício cresce.....	280
Figura 28 - Grupos de homens posando para foto no Pavilhão Alaor Prata, no HNA .....	283
Figura 29 - Hospital dos Alienados, visita do prefeito A. Prata.....	283
Figura 30 - Pavilhão Alaor Prata – frente.....	284
Figura 31 - Aspecto interno do Pavilhão Alaor Prata, no Hospício de Alienados.....	285
Figura 32 - Foto aérea da Praça Juliano Moreira, de parte dos fundos do HNA, do Campo do Botafogo, da Rua General Severiano, da Avenida Wenceslau Braz.....	286

## Gráficos

Gráfico 1 - Frequência de causa mortis no HNA por agrupamento de moléstias (em 1893, 1898 e 1899).....	54
Gráfico 2 - Frequência das principais causas de óbito no HNA (em 1893, 1898 e 1899).....	56
Gráfico 3 - Pacientes com tuberculose (TB) e outras doenças infectocontagiosas isolados (ODI) na 4ª Seção do HNA (entradas entre 1890-1907) (%).....	110
Gráfico 4 - Comparação entre as frequências de entrada de pacientes no HNA e a dos alienados identificados como tuberculosos (entradas entre 1903-1907).....	111
Gráfico 5 - Comparação entre as frequências de pacientes homens e mulheres tuberculosos no HNA (entradas entre 1903-1918).....	131
Gráfico 6 - Procedência das pacientes tuberculosas do HNA (entradas entre 1890-1918) (%).....	148
Gráfico 7 - Comparação entre pensionistas e indigentes tuberculosas que passaram pelo isolamento da 4ª. Seção de moléstias infectocontagiosas no HNA (entrada entre 1890-1918) (%).....	157
Gráfico 8 - Passagem das pacientes tuberculosas pelo isolamento da 4ª. Seção de moléstias infectocontagiosas no HNA (entradas entre 1890-1918) (%).....	158
Gráfico 9 - Período de permanência das pacientes tuberculosas no HNA antes de irem a óbito (entradas entre 1903-1918) (%).....	160
Gráfico 10 - Faixa etária das pacientes tuberculosas que foram a óbito no HNA (entradas entre 1890-1918) (%).....	164
Gráfico 11 - Distribuição dos pacientes tuberculosos por cor no HNA (entradas entre 1890-1918) (%).....	168
Gráfico 12 - Distribuição por faixa etária das pacientes tuberculosas no HNA (entradas entre 1890-1918) (%).....	170
Gráfico 13 - Frequência dos diagnósticos mentais das pacientes tuberculosas do HNA (entradas entre 1890-1918).....	178
Gráfico 14 - Diagnósticos mentais dos doentes que passaram pelos pavilhões de isolamento da tuberculose (1908-1918), segundo o Dr. Almeida (%).....	185
Gráfico 15 - Frequência dos diagnósticos das tuberculosas do Pavilhão De Simoni (1908-1918).....	188
Gráfico 16 - Comparação entre as frequências de pacientes homens e mulheres tuberculosos no HNA (entradas entre 1919-1930).....	290
Gráfico 17 - Procedência das pacientes tuberculosas do HNA (entradas entre 1919-1930) (%).....	293
Gráfico 18 - Condição civil das pacientes tuberculosas (entradas entre 1919-1930) (%).....	294
Gráfico 19 - Distribuição das pacientes tuberculosas por cor no HNA (entradas entre 1919-1930) (%).....	294
Gráfico 20 - Faixa etária das pacientes tuberculosas ao darem entrada no HNA (1919-1930) (%).....	295
Gráfico 21 - Período de permanência das pacientes tuberculosas no HNA antes de irem a óbito (entradas entre 1919-1930) (%).....	295
Gráfico 22 - Número de passagens das pacientes tuberculosas pelo isolamento da 4ª. Seção/Seção-lazareto do HNA (entradas entre 1919-1930) (%).....	297

## Quadros

Quadro 1- Indicação dos graus da tuberculose pulmonar.....	87
Quadro 2 - Pavilhões da 4ª. Seção de moléstias infectocontagiosas intercorrentes do HNA (1905-1918)...	116
Quadro 3 - Trajetórias possíveis das alienadas tuberculosas do Hospital Nacional de Alienados.....	143
Quadro 4 - Produção científica analisada sobre estados mentais e tuberculose.....	194

## Tabelas

Tabela 1 - A mortalidade de homens e mulheres por tuberculose na capital federal .....	132
Tabela 2- Comparação de moléstias mentais e lesões tuberculosas em autopsias do HNA .....	239
Tabela 3 - Casos de Tuberculose no Rio de Janeiro (1922-1926).....	291

## LISTA DE SIGLAS

AGCRJ	Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
FMRJ	Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro
HNA	Hospício Nacional de Alienados/Hospital Nacional de Alienados
IMASNS	Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira
LBCT	Liga Brasileira Contra a Tuberculose
MIS	Museu da Imagem e do Som
MJNI	Ministério da Justiça e Negócios Interiores
MPA	Medical-Psychological Association of Great Britain and Ireland
AMPA	American Medico-Psychological Association
AMSAII	Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane
PAP	Pavilhão Alaor Prata
PO	Pavilhão de Observação
SMCRJ	Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b>		1
<b>Capítulo 1</b>	<b>No final do século XIX, isolamento e desinfecções contra o “invisível inimigo”</b>	25
1.1	As muitas dimensões da tuberculose no discurso médico-científico	29
1.2	Das muitas moléstias intercorrentes aos chalés para os tuberculosos no Hospício Nacional	45
1.3	A tuberculose e as instituições para alienados: um debate internacional	60
<b>Capítulo 2</b>	<b>A nova face do velho hospício: a 4ª Seção de moléstias infectocontagiosas intercorrentes (1903-1918)</b>	79
2.1	A tuberculose segue surda e insaciável: entre mudanças legais, ações sanitárias e discussões abstratas	84
2.2	Entre a modernização do Hospício Nacional e a realidade da tuberculose na capital	101
<b>Capítulo 3</b>	<b>Dentre a população de alienados fímatosos, as tísicas da Praia da Saudade (1890-1918)</b>	137
3.1	As trajetórias institucionais das tísicas da Praia da Saudade	142
3.2	O retrato social das tísicas da Praia da Saudade (1890-1918)	166
3.3	Entre tantos diagnósticos mentais: o lugar nebuloso da tuberculose	174
<b>Capítulo 4</b>	<b>As múltiplas questões da tuberculose: de objeto a experimento científico (1905-1925)</b>	192
4.1	A relação tuberculose e doença mental como objeto científico: definição, identificação e diagnóstico	195
4.2	A terapêutica antituberculosa	209
4.3	O estado mental na tuberculose	230
<b>Capítulo 5</b>	<b>“No Antro do Sr. Juliano”, a criação do Pavilhão Alaor Prata (1919-1930)</b>	246
5.1	O Hospício Nacional declina...	251
5.2	No “rasgar de sedas” políticas: o Hospício Nacional recebe novas benfeitorias	266
5.3	O Pavilhão Alaor Prata – lugar de doidas tuberculosas	280
5.4	O fluxo da tuberculose no HNA e as tísicas da Praia da Saudade	289
<b>Conclusão</b>		303
<b>Referências</b>		310
<b>Anexos</b>		343

## Introdução

E quanta vez, construindo castelos de venturas na imaginação fantasiosa, sucumbe o infeliz doente, rápido, num acesso de tosse extenuante, ou lavado em sangue que se projeta em borbotões pela boca, desenhando, então, a flor dos lábios, um sorriso que traduz uma esperança, que de todo ainda não se dissipara! Lúgubre contraste! (GUEDES, 1925:116)

Nos últimos anos, caminhamos entre a tuberculose e a loucura, refletindo sobre o entrelaçamento dessas duas enfermidades no Hospício Nacional de Alienados (HNA) e para além dele. O estímulo inicial dessa investigação se deu a partir de 2014, quando da ameaça de demolição da edificação que, hoje, abriga o salão de exposições da Casa da Ciência, espaço de popularização científica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), localizado no Campus da Praia Vermelha. Naquele ano, a preocupação com a história da Casa veio à tona com a proposta de remodelação arquitetônica de uma extensa área do Campus, para fins culturais, que implicaria na substituição da nossa sede por um edifício mais moderno e amplo. Mas, a possibilidade de destruição de uma estrutura antiga fez emergir algumas perguntas sobre o seu passado, até então totalmente desconhecido. Qual seria o seu valor histórico? Quando teria sido construída? Com qual função? E, assim, as perguntas começaram a se multiplicar.

A princípio, o objetivo era encontrar documentos que ajudassem a estimar o seu valor histórico e justificar sua preservação. A partir daí, com a missão de encontrar a planta da edificação, partimos para nossa caça ao tesouro em arquivos da UFRJ e da cidade do Rio de Janeiro, sobretudo no Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro (AGCRJ), no Arquivo Nacional, no Núcleo de Arquivo e Documentação do Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira (IMASNS), entre outros ambientes de pesquisa. Logo, cientes de que se tratava do Pavilhão Alvor Prata (PAP), setor de isolamento de pacientes mulheres do HNA, alienadas e tuberculosas, passamos a coletar documentos que julgávamos úteis e esclarecedores sobre o antigo manicômio da Praia Vermelha e sobre a tuberculose.

O ensejo de avançar a fundo na investigação, acerca do processo de instauração do PAP e da experiência no isolamento de sua população feminina, nos levou ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, em 2016. No entanto, a execução do projeto dependia do acesso à documentação clínica do hospício e, para isso, foi necessário inscrevê-lo na Plataforma Brasil, para ser avaliado por dois comitês de ética em pesquisa – da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz/RJ e da

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/SMS/RJ —, cuja aprovação só ocorreu no final de maio de 2018, sob o registro 60817316.4.3001.527.

Durante esse trâmite burocrático, seguimos coletando diversas outras fontes primárias, lendo os relatórios da Assistência a Alienados e nos aprofundando na historiografia da tuberculose e do hospício. A certa altura, conscientes de que tínhamos em mãos toda uma faceta desconhecida do HNA, optamos por seguir pela vertente da história institucional. O que nos levou a essa escolha foi entender que o PAP era parte de um processo que se constituiu muitos anos antes. Algumas fontes nos fizeram recuar ao final do século XIX, para dar conta das primeiras iniciativas de isolamento da tuberculose no hospício, e melhor compreender as transformações da instituição no atendimento aos pacientes tuberculosos, particularmente a partir da inauguração da 4ª. Seção de moléstias infectocontagiosas, em 1905, nos fundos do terreno da Praia da Saudade, sob a direção de Juliano Moreira (1903-1930). Assim, em vez de nos limitar ao universo do PAP, o objeto da pesquisa tornou-se a própria tuberculose dentro do HNA, entre 1890 e 1930, em sua dupla face: assistencial e científica.

Neste redimensionamento, a análise de uma possível história das mulheres alienadas tuberculosas ganhou menos investimentos, tendo em vista à necessidade de compreender primeiro os aspectos macros da constituição, da orientação e do dinamismo institucional sobre o atendimento aos pacientes fímatosos, e não só a respeito da população tuberculosa feminina. Desde o final do século XIX, os casos de moléstias infectocontagiosas, dentre os quais os afetados pela tuberculose, vinham passando por intervenções médico-administrativas dentro do hospício, tanto em relação ao lugar quanto aos meios de tratamento, como veremos. Além disso, o acesso tardio aos prontuários, devido às normativas para pesquisa das fontes clínicas, somou-se ao enorme tempo necessário para o trabalho artesanal de consulta a um grande volume de documentação, para nela, então, garimpar os casos de fímatosos. Os dados aqui produzidos, referentes à população feminina, são pontos de partida para futuras pesquisas na perspectiva específica de uma história das mulheres.<sup>1</sup>

Deste modo, o objetivo geral da pesquisa foi reorientado para analisar como a problemática da tuberculose se inseria na história institucional do HNA, durante o período da primeira república, tendo como foco: os processos de criação e de funcionamento dos seus pavilhões femininos de isolamento (Jobim, De Simoni e Alaor Prata); os entrelaçamentos das questões médico-científicas, assistenciais, sociopolíticas, legais e urbano-sanitárias, próprias da

---

<sup>1</sup> Certamente novas análises merecem ser produzidas em vista da enorme produção historiográfica sobre história das mulheres e história do gênero, a começar pelos clássicos trabalhos de Rachel Sohier (1989;1997). Há também toda uma bibliografia sobre a loucura feminina, a exemplo do trabalho de Wadi (2006; 2009; 2010).

capital à época; e, os pontos de conexão das questões locais com preceitos médicos e assistenciais de outros países.

De início, é importante mencionar que o HNA foi a primeira instituição para tratamento da alienação mental do país, com atuação significativa na cidade do Rio de Janeiro e, mesmo, em âmbito nacional. Por décadas, foi grande a participação de seus dirigentes e membros do corpo médico na construção de um olhar especializado sobre a loucura, atuando na formação médica psiquiátrica, na formulação de leis e políticas assistenciais sobre a matéria no Brasil. O tema por certo envolve uma longa discussão sobre a apreensão histórico-cultural da loucura como doença mental e suas construções nosológicas. Abordaremos algumas questões conceituais que nos ajudem a entender a história do HNA em relação à assistência conjunta da alienação<sup>2</sup> e da tuberculose.

Com ares de palácio, o Hospício de Pedro II (HP II) foi inaugurado em 5 de dezembro de 1852, com a pompa de um grande marco civilizatório, inspirado no Hospital Charenton, referência do alienismo francês. Situado à Praia da Saudade, o palácio admitia de início cerca de 300 leitos (para homens e mulheres), ficando sob a gerência da Santa Casa da Misericórdia. Porém, com a instauração da República (1889), o novo governo retirou o HP II da esfera da entidade religiosa, em 11 de janeiro de 1890, pelo Decreto nº 142–A, e o colocou na alçada do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (MJNI), sendo nomeado Hospício Nacional de Alienados (HNA). Novas leis surgiram para demarcar a circunscrição da loucura pelo poder público e pela ciência, como o Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganiza a Assistência a Alienados – para a criação de serviços especializados e a formação profissional de médicos e assistentes voltados para o atendimento a alienados.

De modo geral, a historiografia situa a criação do HNA, pelo Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, como um dos primeiros atos do Imperador D. Pedro II. Tal Decreto tem origem nas denúncias das más condições em que viviam os loucos da cidade (sob a custódia da Santa Casa ou soltos pelas ruas) e na campanha em defesa de um espaço asilar apropriado para o tratamento da alienação mental, encabeçada por membros da Academia Imperial de Medicina e pelo próprio provedor da Misericórdia, José Clemente Pereira. (ENGEL, 2001: 190-193; RIBEIRO, 2016: 24-25; OLIVEIRA, 2013: 29-30; GONÇALVES, 2011: 30; 2013: 61).

---

<sup>2</sup> É notável nas fontes primárias consultadas a existência de várias categorias para designar a loucura como doença mental – alienação, doenças nervosas, moléstias mentais, psicopatias – mas, por uma questão de maior permanência do termo “alienação mental” em muitas de nossas fontes, seguiremos utilizando essa categoria.



Entretanto, as leituras sobre a instituição divergem em relação ao seu papel de assistência aos alienados e ao seu lugar na conformação da ciência psiquiátrica brasileira.

A partir da década de 1970, alguns estudiosos analisam o HPII como lugar de exercício do saber-poder psiquiátrico, muito sob a influência teórico-metodológica de Foucault, rompendo com os estudos pioneiros que exaltavam a história da psiquiatria e seus grandes personagens. Se por um lado, abriram-se novas possibilidades críticas de investigação, com a incorporação de novas fontes, a instituição manicomial acabou sendo circunscrita a um modelo disciplinar da sociedade burguesa e como um braço de controle social dos estados nacionais (VENANCIO & CASSILIA 2010:28-30).

Inaugurando esta vertente no Brasil, Roberto Machado *et al.* (1978) analisam o HPII como proposta de intervenção terapêutica, baseada no modelo francês de Pinel e Esquirol. O isolamento seria, então, justificado pela necessidade de afastar o louco dos estímulos que o levaram à perda da razão. Como uma instituição fechada, atendia a alguns princípios, a saber: a organização espacial; a separação dos doentes; a vigilância e controle constante do alienado; e o uso proveitoso e educativo do tempo para a sua reinserção na sociedade (em especial para os pobres). Todavia, conforme Machado, tais princípios ordenadores não teriam sido implantados aos olhos dos próprios médicos, já que o HPII se constituía em lugar impróprio aos preceitos terapêuticos, determinado por regras religiosas, assistido por funcionários não-qualificados, propenso à desordem (como a violência, o suicídio e a evasão), tornando-se, de fato, um ambiente marcado por conflitos – entre alienistas, enfermeiros e religiosas –, onde o poder médico era algo rarefeito e burocrático. Portanto, o HPII não se realizaria como lugar de conhecimento da loucura e restabelecimento da saúde mental (MACHADO, 1978: 423-492).

Na mesma linha, Cunha (1986; 1990) e Engel (2001) analisam a configuração do hospício dentro de um processo sociopolítico, delineado a partir do século XIX, de transformação da loucura em doença mental, bem como da constituição da prática psiquiátrica brasileira, centrando maior atenção ao período da Primeira República. Nessa ótica, os novos parâmetros psiquiátricos iriam contribuir para um projeto político mais amplo, de controle social e normatização do espaço urbano. Contudo, enquanto Cunha se dedicou mais ao Hospício Juquery (em São Paulo), Engel se voltou para o HPII/HNA.

Num trabalho de fôlego, que vai de 1830 a 1930, Engel (2001) defende que a criação do HPII estava vinculada a interesses específicos, como: intento político de imprimir uma feição moderna e civilizatória ao Estado; esforço de assegurar um espaço para o poder médico alienista/psiquiátrico e seu projeto de medicalização da loucura, buscando sensibilizar outros

setores sociais e construindo alianças, em especial no âmbito jurídico-político; e, normalização do espaço urbano, segundo padrões burgueses, na qual a segregação dos loucos era parte de um conjunto de estratégias de controle e disciplina da população mais pobre, vista como uma ameaça à ordem social (2001: 201-330). A autora entende que o anseio dos alienistas se realizou de fato no período republicano, quando os governos se tornaram mais sensíveis às solicitações dos psiquiatras e o papel do HNA foi redirecionado por novas instruções legais que atendiam à noção médica de que “os loucos não deveriam circular pelas ruas da cidade” (2001: 254-255), sendo a sequestração dos indivíduos garantida pela lei até o fim da década de 1920. Os internados seriam definidos por sua periculosidade (delinquentes e criminosos), por sua condição social (pobres, miseráveis, sem trabalho), pela imoralidade (comportamentos sexuais desviantes) ou pela contestação à ordem estabelecida (líderes e contestadores político-sociais). Os argumentos para a sequestração seriam semelhantes aos do período imperial: de proteger a sociedade, garantindo a tranquilidade e a moral públicas (2001: 263-279).

Para Engel, as reformas que tiveram curso na gestão de Juliano Moreira (1903-1930), levaram à sofisticação do espaço asilar, com modificações, divisões e subdivisões, a fim de atender não só diferenças em relação ao sexo e à condição social, mas à complexificação dos diferentes tipos e manifestações da doença mental. Contudo, a eficácia da crescente especialização da instituição<sup>3</sup>, enquanto hospital central (voltado para casos agudos e reativação de crônicos e dos inadaptáveis para o trabalho), passou a depender da expansão e abertura de novas unidades de assistência especializadas – como as colônias Conde de Mesquita e São Bento e depois a criação da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro – que, por sua vez, pudessem absorver o contingente de doentes crônicos, aptos para o trabalho agrícola e em oficinas. Tais reformas contemplavam as reivindicações médico-psiquiatras pela modernização institucional, o que incluía colônias para epiléticos, alcoolistas e criminosos, com apoio de outros setores intelectuais (como juristas e jornalistas) (2001: 286-289). Contudo, enquanto instituições disciplinares, seu alcance jamais chegaria a ser absoluto, pois “os andarilhos dos duvidosos caminhos fronteiriços entre o delírio e o delito não seriam retirados, nem completa, nem definitivamente, das ruas da cidade.” (2001: 333).

---

<sup>3</sup> Observando a década de 1920 a autora menciona os seguintes setores do HNA: seções Pinel, Esquirol, Morel e Calmeil e do Instituto Teixeira Brandão – compreendendo os pavilhões que constituíam a clínica psiquiátrica –; o Pavilhão Bourneville para as crianças; os Pavilhões Griesinger e Guislain para os epiléticos; os Pavilhões Sigaud e De-Simoni para tuberculosos; o Pavilhão Márcio Néry para leprosos; os Pavilhões Jobim e Francisco Castro destinados às doenças infecciosas intercorrentes; o Ambulatório Afrânio Peixoto, onde era realizado o serviço de consulta a doentes externos; e a Seção Militar Nina Rodrigues, criada em dezembro de 1922. (ENGEL, 2001: 287)

Alguns estudos sobre a instituição em sua fase imperial contribuíram também para nossa reflexão acerca de seus elementos constituintes. Neste sentido, Teixeira (2000) e Teixeira & Ramos (2012) observam o HPII como uma arena de disputas, entre o poder religioso e administrativo da Santa Casa e a visão científica dos médicos (2000: 85; 2012: 367-369). E, entre 1870 e 1880, os autores indicam o esboço de um novo projeto institucional por atores – como Nuno de Andrade<sup>4</sup> e Teixeira Brandão<sup>5</sup> – que queriam a modernização do hospício, a ampliação e especialização do seu corpo clínico, a criação de uma cátedra voltada para as moléstias mentais na Faculdade de Medicina etc. (2012: 369). Além disso, os autores identificaram uma assistência elitista, vinculada a interesses das elites mercantis e rurais, que atenderia as camadas médias da população fluminense (2012: 377).

No sentido oposto, Edler e Gonçalves (2009) e Gonçalves (2011; 2013) afirmam a maior presença de africanos no HPII, cuja redução com o fim do tráfico e o comércio interno de escravos, na década de 1870, não justificaria o caráter elitista do hospício (2009: 400; 2011:41). Também, se opõem à visão de uma instituição meramente segregadora, devido a vários fatores: a demanda por vagas (não só da Corte, mas de outras províncias e até de países vizinhos), após a abertura do HPII; o envio de loucos indistintamente para o Rio, gerando problemas para as autoridades locais e déficits nas contas da instituição (2009: 397); a objeção dos médicos ao envio excessivo de doentes (muitos incuráveis) para o HPII e o anseio pela configuração de um espaço de cura dos alienados; além dos interesses divergentes de familiares, senhores de escravos e setores do governo etc. (2009: 401; 2013: 64-74).

Próxima de Engel, Alves (2010) discute o perfil dos pacientes do hospício, entre 1883-1910, observando a prevalência de “indivíduos socialmente marginalizados” (internados via polícia) e a inserção da instituição em um sistema de ordenamento e controle social. Se por um lado, a autora admite a impossibilidade de comprovar a prática da higiene social por parte do Estado; por outro, conclui que a reclusão de tais indivíduos “poderia representar para a política

---

<sup>4</sup> O Dr. Nuno Ferreira de Andrade (1851-1922) formou-se, em 1875, na FMRJ, com a tese “Do diagnóstico e tratamento das nevroses em geral; Chloral; Polypos naso-pharyngeanos; Ataxia muscular progressiva”. Foi lente substituto de ciências médicas (1877), lente de higiene (1884-1888) e o primeiro catedrático de Clínica Psiquiátrica (1881-1883) da FMRJ. Atuou como Inspetor Geral de Saúde dos Portos, diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública (1897-1903), presidente da Academia Nacional de Medicina (1900-1903) etc. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br> Acesso em: 22 de agosto de 2019.

<sup>5</sup> Teixeira Brandão (1854-1921) formou-se pela FMRJ em 1877. Após concurso, foi nomeado, em 1883, para lente da cadeira de Clínica Psiquiátrica e de Moléstias Nervosas da FMRJ. Foi diretor do Hospício Nacional de Alienados (1887-1897), idealizador e diretor do Pavilhão de Observação. Entre 1903 a 1921, desligou-se da cátedra e da direção do Pavilhão para ocupar o cargo de Deputado Federal (MATHIAS, 2017: 14). Foi presidente de honra da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, membro Academia Brasileira de Medicina e da Société de Psychiatrie de Paris e da Société Médico-Psychologique etc. Disponível em: <http://acamerj.org/index.php?caminho=academico.php&id=302> Acesso em: 22 de agosto de 2019.

estatal um caminho de controle de desordenamentos sociais, bem como a depuração de elementos indesejáveis de determinados cenários coletivos.” (2010: 109).

Já Ribeiro (2015; 2016) afirma o influxo de vários projetos de asilamento em curso: do Imperador em busca da modernização do Império; dos médicos em defesa do caráter científico e curativo da loucura; da Santa Casa com sua visão religiosa de assistência<sup>6</sup>; dos assistidos e familiares desejosos de um lugar de cuidado (2015: 26-28). Além disso, ressalta o processo dinâmico de entrada na instituição, influenciado pelos diversos atores em cena; o erro de associar a entrada de doentes indigentes ao patrulhamento das ruas, pois, pela lei, a internação dependia de um mediador (um familiar, agente particular, amigo ou patrão), cabendo ao chefe de polícia a remessa dos doentes, não oriundos da Corte, para o HPII (2015: 41; 2016: 114-117); e o uso de estratégias sociais pelos familiares para obter uma vaga no hospício, recorrendo às autoridades (médicas, políticas ou policiais), dentro da lógica clientelista da época, ou apelando para a caridade (2015: 178-180; 2016: 71-136). De acordo com as especificidades de cada período, Ribeiro situa a instituição como parte de um contexto complexo, “na relação com o seu entorno social e como parte dele.” (2015: 180).

A título introdutório, optamos por destacar ainda as interpretações específicas sobre o Pavilhão de Observação (PO), uma espécie de setor de triagem do hospício, desde 1894, por meio do qual as enfermas tuberculosas entravam na instituição. O PO foi criado pelo decreto nº 896, de 29 de junho de 1892, como porta de entrada para os pacientes indigentes do HNA. Ao mesmo tempo, funcionava como espaço de ensino/aprendizado da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), ficando a cargo do lente responsável pela clínica psiquiátrica e de moléstias nervosas.

Segundo Engel (2001), a instituição teria sido parte integrante de uma estrutura de poder, voltada para a manutenção da ordem da cidade do Rio de Janeiro, entrelaçada por três instituições: a Polícia, a Faculdade de Medicina e o HNA. Serviria também como observatório dos indigentes loucos, reunindo “verdadeiras cobaias humanas”, e ao ordenamento social das populações mais pobres (ENGEL, 2001: 136 e 273).

Venancio (2003), por sua vez, destaca que o PO se encontrava subordinado administrativamente ao HNA e, ao mesmo tempo, se constituía como lugar de produção e socialização da medicina mental da época tendo em vista servir ao ensino da matéria aos alunos da FMRJ. Entretanto, no cenário do início do século XX, a ciência psiquiátrica que se destacou

---

<sup>6</sup> De “tratar os doentes, vestir os nus, alimentar os famintos, dar de beber aos sedentos, abrigar os viajantes e os pobres e sepultar os mortos.” (RIBEIRO, 2015: 27).

foi aquela produzida e capitaneada por Juliano Moreira no HNA, a partir de 1903, e não especificamente a partir do PO, dirigido por Henrique Roxo. Portanto, possíveis influências da FMRJ ficaram subsumidas à preeminência das diretrizes assistenciais e científicas propagadas pela direção do HNA (2003: 898).

Muñoz, Facchinetti e Dias (2011), partindo do arcabouço conceitual de Foucault, analisam o PO como parte da rede psiquiátrica da cidade do Rio de Janeiro, formada pelas mesmas instituições de que trata Engel. Os autores defendem que havia um projeto comum de legitimação profissional do campo psiquiátrico, envolvendo apoio mútuo, divergências teóricas e práticas. Cada instituição buscava também sua validação institucional. O PO cumpria, então, “o papel fundamental de ensino e triagem de pacientes” (2011: 97). Dias (2011), em *Entre el pabellón y el hospicio: problemas y conflictos en la asistencia psiquiátrica en Rio de Janeiro de principios del siglo XX*, explora conflitos e disputas entre Teixeira Brandão, chefe do PO, e Dias de Barros, diretor do HNA. Disputas que envolviam as normas internas do PO e a autoridade sobre os seus funcionários. Para o autor, Brandão buscava expandir a autonomia do PO e da Clínica Psiquiátrica da FMRJ, como espaço de produção e reprodução do conhecimento psiquiátrico. Deste modo, suas ações estariam inseridas dentro do processo de legitimação da especialidade médica, em defesa de uma jurisdição profissional (2011: 127).

Mais próximo de Engel, Oliveira (2017) destaca o PO como um espaço que servia tanto a “uma estratégia de intervenção sistematizada”, entrelaçando “ordem, ciência e assistência”, quanto à articulação entre o saber e a prática médica, tornando-se efetivamente local de experimentação, a partir das mudanças legais de 1903. Assim, o PO absorvia “dezenas de indivíduos recolhidos nas ruas ou apresentados na repartição da polícia – velhos, crianças, brancos, negros, prostitutas, alcoólatras, homossexuais, dentre outros – reunidos por um único motivo: perturbarem a ordem.” (2017: 111). O autor ressalta, também, o papel do PO na triagem dos pacientes “afetados por moléstias infecciosas e parasitárias”, a fim de evitar o contágio dos já internados, “especialmente os pensionistas.” (OLIVEIRA, 2017:107).

Já Mathias (2017) enfatiza a função do PO no processo de construção e disseminação do ensino e pesquisa da medicina mental, dentro da FMRJ e na relação com a Assistência aos Alienados. Sendo assim, a instituição é vista como um espaço de articulação entre teoria e prática psiquiátrica, basilar na formação de vários especialistas que atuaram na construção e consolidação do saber psiquiátrico local, como Teixeira Brandão, Marcio Nery e Henrique Roxo (2017: 20).

Nos propomos, contudo, a explorar outros ângulos desse entrelace de instituições, do qual o PO fazia parte, levando em conta alguns aspectos, sobretudo em relação ao período de Juliano Moreira. Primeiro, o fato de que o encaminhamento dos pacientes indigentes passava pela intermediação do chefe de polícia da capital ou por ordem do ministro do Interior, como previsto no regulamento da Assistência Médico-Legal de Alienados. Portanto, colocamos em dúvida a ideia difundida pela historiografia, de que os loucos enviados para o PO provavam o poder da vigilância das ruas por praças policiais. Soma-se a isso o peso das famílias nas requisições de internação, que se viam obrigadas a recorrer à polícia e outras estratégias para conseguir uma vaga no hospício, a exemplo do que aponta Ribeiro (2015: 178-179; 2016: 71-110) durante o período imperial. Além disso, o excessivo número de doentes encaminhados ao PO pela polícia era fortemente criticado pelo diretor-geral da Assistência, como menciona Oliveira (2017: 110). E, considerando as condições lastimáveis em que muitos doentes chegavam diariamente às portas do PO e depois encaminhados para o Hospício, reconhecemos a relevância do PO na triagem dos pacientes, particularmente dos que apresentavam enfermidades infecciosas. Tal aspecto, não aprofundado por Oliveira (2017), nos parece importante em vista dos inúmeros doentes internados com sintomas de moléstias epidêmicas ou contagiosas, como observamos em nossas fontes.

A partir de 1903, com a direção de Juliano Moreira, o HNA passou por uma série de reformas, tanto na estrutura hospitalar quanto na prática científica e assistencial. Sobre este período, mediante a análise de notícias jornalísticas da época (1903-1911), Venancio e Saiol (2017) consideram que os primeiros anos da direção de Juliano Moreira corresponderam a uma reinvenção republicana do HNA, moldada aos novos parâmetros para a modernidade urbana, a ciência e a assistência. Conforme os autores, o manicômio se beneficiou com as transformações promovidas pela Reforma Passos. Sua estrutura física e seus métodos terapêuticos se modernizaram aos olhos da imprensa e da população, tornando-se um símbolo positivo de organização da saúde pública e do avanço médico-científico. As notícias veiculadas sobre a instituição – mesmo as negativas – teriam contribuído para assegurar o lugar social do HNA e para delinear o perfil dos alienados (VENANCIO; SAIOL, 2017: 200).

Há uma série de outras análises a respeito do período republicano, sob a direção de Juliano Moreira, que apenas tangenciam a questão institucional, com as quais dialogamos mais apropriadamente ao longo da tese, na medida em que se mostram relevantes para refletirmos sobre o nosso objeto de estudo. São teses e artigos que tratam de objetos diversos e específicos. Um aspecto importante da gestão de Moreira foi a introdução de novos parâmetros científicos,

baseados no experimentalismo e organicismo da psiquiatria alemã. Tais parâmetros impulsionaram estudos locais, embates teóricos e novas classificações das doenças mentais. São representantes dessa linha de investigação as análises de Oliveira, Dalgalarrodo e Nogueira (2003), Venancio e Carvalho (2005), Oda (2010), Caponi (2011), Facchinetti e Muñoz (2011; 2013), as quais discutem a influência dos conceitos de Emil Kraepelin na reconfiguração da ciência psiquiátrica brasileira do período, antes sob maior influência do pensamento francês. Há diversos trabalhos correlatos que analisam a presença do diretor Juliano Moreira na cena constituinte da psiquiatria brasileira, como pode ser visto em Oda e Dalgalarrodo (2000), Portocarreiro (2002), Venancio (2005), Muñoz (2015) etc. Cabe frisar ainda, entre várias outras contribuições, os estudos envolvendo pacientes do hospício, como a discussão de Facchinetti, Ribeiro e Muñoz (2008) sobre a relação entre gênero e loucura, a partir das insanas do hospício; e Facchinetti e Cupelo (2011: 717) ao analisarem o processo de diagnóstico das psicopatas dos HNA no período de Moreira etc. Enfim, são muitos os autores com quem dialogamos ao longo da tese.

Apesar desse grande interesse sobre a história do HNA e temas afins, até o momento, a tuberculose é quase uma página em branco. Quando muito é mencionada como um dos aspectos observados pelos clínicos na anamnese dos pacientes ou como uma das doenças que mais ceifava a vida dentro do hospício, como indicado por Facchinetti, Ribeiro e Muñoz (2008: 236), a partir do levantamento e análise de prontuários do PO. Facchinetti *et al.* (2010: 741-747) também pontuam esse aspecto ao analisar a tipologia dos inúmeros documentos referentes ao HNA (protocolos clínicos, periódicos, relatórios, leis, decretos e imagens). Encontramos ainda breves referências à existência de pavilhões voltados para os pacientes tuberculosos. Caetano (1993: tomo II) menciona a existência dos pavilhões Sigaud e De-Simoni no seu estudo arquitetônico do Palácio, assim como Engel (2001:287). Facchinetti *et al.* (2010: 764) e Facchinetti e Cupelo (2011: 717) observam em nota a existência do Pavilhão Alaor Prata, na década de 1920.

Em suma, são muitos os autores que tratam de temas pertinentes ao universo da loucura e do HNA, mas faltam investigações que tenham como foco questões institucionais, particularmente análises sobre a interface ciência/assistência, em especial as voltadas para a questão das doenças contagiosas entre os alienados internados. Nesse sentido, a partir do estudo da problemática da tuberculose no HNA, buscamos reduzir essa lacuna historiográfica.

Portanto, em diálogo com a bibliografia secundária e elementos fornecidos por nossas fontes, levantamos algumas hipóteses que pretendemos discutir e atestar ao longo da tese.

Primeiramente, nos perguntamos se a falta de instituições especializadas na assistência da tuberculose e o abarrotamento de doentes nos hospitais da capital e no interior do estado não teriam produzido um contexto político-social extrínseco, por vezes, levando o PO a servir como porta de emergência de saúde pública e o HNA a assumir o papel de um hospital geral. Em decorrência disso, questionamos se muitos enfermos não estariam passando por tais instituições, no fim de suas vidas, por falta de leitos em outros estabelecimentos, contrariando a legislação, a sua especialidade institucional e os diretores da Assistência. Igualmente, consideramos a possibilidade de que indivíduos afetados por moléstias diversas – em estado febril e delirante – fossem tomados como dementes e levados ao hospício. Além disso, ante a dificuldade de lidar com questões de toda ordem, colocados pela sociedade para os setores policiais, assistenciais e/ou sanitários, poderiam alguns dirigentes institucionais estar agindo deliberadamente no sentido de transferir o problema para outra instituição diversa da sua. Assim, nos parece plausível que a criação de pavilhões especializados na tuberculose acabou tendo efeito adverso, acentuando o envio de doentes fímatosos para o HNA. O isolamento da tuberculose, por sua vez, contribuiu para o maior interesse dos estudiosos locais em conduzir pesquisas teóricas e práticas sobre a doença, alargando as possibilidades de intercâmbio científico da instituição. Por fim, aventamos a hipótese de Juliano Moreira, bem como alguns dos seus pares, ter atuado politicamente no intuito de angariar benefícios para a expansão da Assistência a Alienados, mas os constantes obstáculos – burocráticos, econômicos e políticos – encontrados na execução dos projetos propostos demonstram o quanto as alianças políticas eram temporárias e frágeis. Neste sentido, vemos o HNA menos como um instrumento de poder do Estado e mais como uma ilustração de suas fragilidades diversas – política, econômica, assistencial, burocrática e executiva.

Essas hipóteses e achados advieram da grande quantidade de fontes levantadas, que nos demonstraram o entrecruzamento de uma variedade de aspectos (administrativos, político-econômicos, científicos e sociais), indicando relações intramuros múltiplas e complexas, atreladas a diversas outras dinâmicas extramuros, nos planos da assistência e da ciência, tanto em relação à cidade do Rio de Janeiro quanto em níveis internacionais. Em vista disso, na historiografia sobre as instituições manicomiais, encontramos em Ablard (2008), Campos Marín & Huertas (2008) e Ríos Molina (2013), entre outros autores, argumentos pertinentes ao entendimento de tais instituições, considerando-se as especificidades nacionais e a rede complexa de atores sociais e relações de interdependências institucionais, que nos fazem ver os muitos limites colocados ao dito poder psiquiátrico, nas alçadas médica, administrativa, política



e burocrática. A complexidade dessa rede de relações aparece nas tensões diversas, incoerências, contradições e interesses dispares, num jogo incessante de avanços e retrocessos.

Ablard (2008) estuda profundamente os processos de constituição do Hospício de las Mercedes (para homens) e do Hospital Nacional de Alienadas (para mulheres), entre 1880-1983. Ao observar as relações interinstitucionais e científicas desses e de outros espaços de assistência, conclui que vários fatores moldam as experiências de médicos, funcionários, pacientes, familiares. E diante dos limites colocados ao exercício profissional nos manicômios, o autor percebe que os psiquiatras de tais espaços buscavam novos planos para dar conta dos problemas existentes. A agenda médico-psiquiátrica portenha se expandia nesse processo. Ablard, ao demarcar as discrepâncias entre os projetos de modernização institucional e seus resultados, questiona o poder disciplinador do Estado e os manicômios como instrumentos de controle social. Propõe pensar o controle em suas manifestações isoladas de poder, através de seus atores, e não como um sistema burocrático eficiente.

Campos Marín & Huertas (2008) confrontando também as proposições de Foucault, afirmam que os estudos genealógicos expropriaram o caráter científico do espaço manicomial, reduzindo-o a um “espaço de poder”, de elaboração e exercício de técnicas de disciplinamento, tomando-o como uma ordem acabada, desconsiderando tanto as instâncias políticas e administrativas quanto os debates científicos internos e seu contexto geo-histórico de desenvolvimento. Neste sentido, apontam “a hipervalorização da loucura como um problema político e que anexo a essa interpretação se tem superestimando também o papel de controle do manicômio.” (2008: 479)

Observando o caso espanhol, no século XIX, os autores afirmam a falta de um saber especializado, tal como referido por Foucault, pois além da influência religiosa, a prática médica estava voltada para atender casos de doenças comuns nos pacientes internados. Ademais, não se chegou a constituir uma rede pública de assistência, prevalecendo algumas instituições privadas. Já nas primeiras décadas do século XX, a incorporação das propostas de prevenção e assistência à doença mental, como política de Estado, mesmo frente a intenções de controle social, não pode ser reduzida à adoção de técnicas disciplinares, levando-se em conta a complexidade da questão, considerando-se as deficiências sociais e terapêuticas de uma instituição que não foi capaz de cumprir sua promessa inicial (2008: 477). Mesmo a ideia de que a instituição manicomial atuava mais no nível simbólico, como defendido por Castel (1980), no sentido de ser exemplar para os que ousassem transgredir as regras da normalidade, é considerada exagerada pelos autores.

Ríos Molina (2013), por sua vez, analisa o Manicomio General la Castañeda, durante o período da Revolução Mexicana (1910-1920), como parte do projeto de nação do governo ditatorial de Porfíro Díaz, com o fim de alçar a capital do México ao nível do modelo parisiense de civilização, do início do século XX. O autor demonstra o paradoxo existente entre a proposta de reclusão dos sujeitos tidos como “anormais”, vistos como ameaças ao projeto modernizador, e as circunstâncias de debilidade do Estado associadas aos limites do poder médico-psiquiátrico no seio da instituição. Quer dizer, a dinâmica de enclausuramento e a própria definição de loucura passava usualmente pela atuação de instâncias externas ao hospício – como familiares, setores políticos e o próprio curso da revolução. Assim, o Estado se apresenta não como uma entidade coesa, uniforme e lógica, pois “na realidade existem políticas incoerentes, funcionários com agendas próprias e um sem número de procedimentos extralegais. Portanto, a unidade do Estado só existe como ‘ideia’, nas mentes dos sujeitos que se relacionam com diversas instituições de poder.” (2013: 190) É partindo da ideia que fazem do Estado que os atores compreendem as instituições estatais e interagem com elas.<sup>7</sup>

Vários outros estudos contribuem para nossas reflexões na medida em que afirmam a heterogeneidade como marca da realidade manicomial – como tratam Ríos Molina (2004: 25); Ablard (2005: 206); Sacristán (2009:181), Rivera-Garza (2011: 26), Wadi (2010: 333). Quer dizer, consideramos que o hospício podia exercer uma multiplicidade de funções, estipuladas socialmente, a exemplo de: um cárcere provisório para bêbados; um local de trabalho; um espaço de correção para os que confrontavam as normas políticas e sociais; um centro de beneficência para os pobres; e até mesmo um refúgio da difícil realidade familiar ou da vida na mendicância.

Nesta perspectiva, vemos que o HNA podia ser algo bem mais que um lugar de doidos retirados das ruas ou espaço de domínio do saber psiquiátrico. O exame de nossas fontes em diálogo com a bibliografia acima citada nos aproxima mais da percepção de que a instituição manicomial foi um espaço onde se sobrepunham várias realidades, mormente conflitantes, que não eram necessariamente excludentes. Se por um lado, havia o esforço interno de construir uma instituição voltada para a produção científica e a assistência psiquiátrica; por outro, o abarrotamento do hospício (com doentes de todo o tipo) impunha à direção e aos facultativos

---

<sup>7</sup> Ríos Molina (2013) observou que o grau de estabilidade do Estado influía no número de internamentos e de alta, no Manicômio General la Castañeda. Porém, isto se daria menos por conta do poder de controle estatal e mais por intervenção familiar. O autor atesta que houve um maior número de pedido de alta pelos familiares, para os seus doentes mentais, em face à maior fragilidade do Estado frente à revolução; já com o aumento da solidez do poder central, as famílias decidiram que poderiam levar seus loucos, porque ao nível simbólico entendiam que o bom funcionamento da instituição estaria assegurado.

muitos desafios ao exercício profissional, levando-os a propor novos projetos para dar conta de uma realidade interna dilacerante. Ao mesmo tempo, ao serem executados tais projetos acabavam acentuando e/ou expondo os limites da instituição.

No que tange ao HNA como lugar de ciência, nos apoiamos em Fleck (2010) que entende a produção do conhecimento como uma empresa social, no âmbito de uma comunidade interativa de cientistas. Assim, conhecimentos são incorporados aos anteriores, gerando novos fatos científicos. No caso da medicina, o autor aponta duas particularidades em relação às ciências naturais: primeiro, o interesse dessa disciplina é voltado para os estados doentes dos organismos, para as suas irregularidades; segundo, é um saber prático que busca o controle desses estados patológicos. Como explanam L. Schäfer e T. Schnelle (2010), a título de introdução, na visão de Fleck, o saber médico vive “numa tensão permanente entre o desejo de homogeneização teórica, que só pode ser alcançada através da abstração, e a necessidade da concretização das proposições, que exigem um grande número de abordagens concorrentes.” (2010: 13).

Fleck concebe dois conceitos-chave para definir o universo de produção do fato científico: o de *coletivo de pensamento*, que pressupõe a existência de uma unidade social no campo da ciência, enquanto disciplina, que se desdobra em *estilos de pensamento*, que são apropriações particulares por diferentes grupos científicos do *coletivo de pensamento*. Fleck ressalta a importância dos meios de divulgação especializados (livros didáticos, manuais, periódicos etc.) e das estratégias de comunicação, pelos quais o fato científico é partilhado para fora de seus limites iniciais, sendo, assim, assimilado e reformulado por outros estilos de pensamento. Portanto, o saber científico tem uma base histórico-cultural e uma circularidade social, fundamentais para sua renovação, o que lhe garante uma dimensão universal (FLECK, 2010: 81-86).

Do mesmo modo, incorporamos em nossa análise o entendimento de Latour e Woolgar (1997): para além de um empreendimento social, o fazer ciência pressupõe menos colaboração e mais competitividade e interdependência. Ou seja, os cientistas precisam uns dos outros para garantir, ao mesmo tempo, a troca de informações críveis e a credibilidade necessária para a manutenção do próprio empreendimento científico (1997: 270). É uma disputa que se dá na “fronteira do conhecimento”, entre cientistas, laboratórios e instituições, segundo sintetiza Hochman (1994: 215). Mas é relevante dizer que, aqui, o laboratório não pode ser entendido no sentido restrito do termo, pois o espaço de observação e análise de muitos estudiosos eram as instituições hospitalares e seus inúmeros doentes.

As referidas competitividade e interdependência científica também se fazem por meio de uma história que cruza fronteiras, entrelaçando o fazer local a contextos intelectuais mais amplos quanto à produção e circulação do conhecimento científico. Como afirma Salvatore (2007), em proximidade com Latour, as condições locais são decisivas para o estabelecimento e a expansão de certas empresas de conhecimento, que se afirmam por meio da atuação em rede, envolvendo contatos e trocas transnacionais entre indivíduos, práticas e instituições. Assim, o jogo de validação da ciência local se faz numa relação complexa e de interdependência com certos empreendimentos internacionais e de largo alcance intelectual (2007: 13).

No processo de conformação da medicina mental, lembrando Birman (1978), o lugar do psiquiatra era o de afirmação da racionalidade científica, ou seja, de tomar a doença mental como “objeto científico” (1978: 18). Desse modo, pensamos a análise da tuberculose, oriunda da experiência médico-psiquiátrica, como parte desse exercício de racionalidade científica. Isso não significa deslocar o psiquiatra do universo cultural de sua época ou assumir a sua crença na neutralidade da ciência, mas entender que o seu olhar médico-psiquiátrico estava permeado por noções próprias a seu círculo científico.

Incorporando tais noções ao nosso estudo, acreditamos que a tuberculose, como elemento problema (teórico e prático) da ciência médica, gerou perspectivas singulares, em especial, ao ser apropriada e debatida por especialistas do campo da medicina mental. Ademais, a especificidade do HNA, como lugar de elaboração científica e de assistência, nos permitiu examinar de que modo a problemática da tuberculose entrelaçou essas duas faces institucionais, em consonância ou em divergência com o pensamento médico circulante sobre as correlações entre as duas doenças.

Para dar conta das diversas implicações institucionais da tuberculose no terreno da medicina mental, organizamos um banco de dados a partir da coleta de uma variedade de fontes, abrangendo o período de 1890 a 1930. Num primeiro momento, lançamos mão de uma única planilha, discriminando a data de produção do documento, os dados arquivísticos, o tipo de fonte e o conteúdo disponível. Tal recurso nos permitiu observar elementos convergentes, num mesmo ano/período, verificar possíveis entrecruzamentos de dados, cronologicamente, e perceber recorrências temáticas.

Nesta planilha relacionamos os relatórios da Assistência a Alienados, enviados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (MJNI), entre 1890-1930, disponíveis no site *Central for Research Libraries*. Visando à prestação de contas, tais relatórios permitiram acessar muitos dados administrativos (como o movimento de pacientes, atividades laborativas

e de tratamentos, ganhos e gastos), além de identificar atores e repartições da organização hospitalar. Também, foi possível elucidar parte do cotidiano do HNA, os entraves políticos e burocráticos para implementação de novos projetos assistenciais, as demandas e realizações administrativas etc. Incluímos, ainda, outras fontes oficiais, localizadas no Arquivo Nacional, no AGCRJ e no IMASNS, que tratam de problemas administrativos ou dão diligência a projetos em execução no HNA e em outras unidades da Assistência a Alienados. Por exemplo, ofícios trocados entre o diretor Juliano Moreira e o MJNI, bem como entre outros órgãos públicos e atores institucionais, de 1903 a 1930.

Igualmente, registramos os regulamentos oficiais que identificamos como pertinentes a nossa temática de pesquisa, publicados no Diário Oficial da União (DOU), disponíveis online, e no Boletim da Prefeitura da Capital Federal (consultado no AGCRJ). Essas fontes sinalizam as medidas legais e suas atualizações, implementadas para sustentar projetos governamentais, municipais e federais, relativos a questões urbanas, sanitárias e de assistência médica que afetaram direta ou indiretamente o HNA.

Na planilha foram incluídas matérias jornalísticas, que abordam vários aspectos: o problema hospitalar e da tuberculose na capital; observações e críticas médicas sobre suas condições sociais e sanitárias; visitas de autoridades oficiais à Assistência; discursos políticos e administrativos de autoridades da época; iniciativas do governo contra a doença; questões administrativas, problemas estruturais e sanitários do HNA, entre outras questões institucionais. Estas fontes foram localizadas na Hemeroteca da Biblioteca Nacional (BN), por meio da associação de palavras, como: hospício + nacional + tuberculose; isolamento + tuberculose; tuberculose + capital; Pavilhão + Simoni; Pavilhão + Alaor + Prata; etc.

Para contextualizar tais fontes, recorreremos a Sodré (1999), Martins e Lucas (2006) e Barbosa (2007), buscando entender o papel da imprensa e o lugar que cada veículo representava no jogo político-social na sociedade da época. No início do século XX, a imprensa entrou numa fase de transição, passando do jornalismo individual para a formação dos primeiros conglomerados empresariais e maior profissionalização da atividade jornalística (SODRÉ, 1999: 288; MARTINS e LUCAS, 2006: 37; BARBOSA, 2007: 18).<sup>8</sup> Barbosa caracteriza as transformações na maneira de se fazer o jornalismo a partir da década de 1910, quando as extensas deambulações políticas, dos períodos anteriores, começaram a dar lugar às manchetes

---

<sup>8</sup> Seguindo a linha de análise marxista, Sodré (1999: 275) identifica a transição do jornalismo, na virada do século XIX para o XX, como empreendimento individual para a empresa, dotada de equipamentos gráficos e estrutura para o exercício do jornalismo profissional, no âmbito do processo de ascensão da sociedade burguesa e das relações capitalistas de produção. Já Martins e Lucas (2006) e Barbosa (2007) atualizam a discussão sobre a imprensa carioca na vertente da história social, observando as relações internas e externas da atividade jornalística.

e às fotografias dos “horrores do cotidiano”, numa relação de retroalimentação com os leitores. A preferência de alguns jornais por expor as tragédias humanas, numa mesclagem de realidade e ficção, formatada ao gosto popular – com manchetes curtas, seguidas de subtítulos que acenam resumidamente o conteúdo a ser descortinado por sujeitos sem muita intimidade com as letras – criaram um estilo sensacionalista, que requeria do jornalista a habilidade de capturar o leitor para algo já de alguma forma conhecido (BARBOSA, 2007: 49-55).

Podemos situar uma boa parte de nossas fontes jornalísticas dentro desse caráter sensacionalista, mas com posicionamentos políticos diferenciados. Da imprensa oposicionista, incluímos matérias dos seguintes jornais: *A Rua* (1914-1927) *O Brasil* (1922-1927) *A Noite* em sua 1ª fase (1911-1925); *A Crítica* (1928-1930); *A Esquerda* (1928-1931); *Correio da Manhã* (1901-1974), *Diário Carioca* (1928-1934), *O Imparcial* (1912–1929), e *O Jornal* (1919-1974). Na perspectiva conservadora e/ou situacionista, temos: *A Razão* (1916-1921); *A Noite* na sua segunda fase (1925-1931). Já o *Jornal do Brasil* (fundado em 1891) passou por várias fases, sendo que, nas primeiras décadas do século XX, buscou manter certa neutralidade e/ou moderação no plano político, assumindo um caráter mais informativo.<sup>9</sup>

Incluímos várias imagens relativas ao HNA, entre outras, que ilustram aspectos originais de suas estruturas edificadas, sobretudo, os pavilhões da tuberculose e seu entorno. As fotos foram localizadas no Museu da Imagem e do Som; na Hemeroteca/BN (na imprensa leiga e em periódicos científicos); e em relatórios administrativos. Juntamos algumas plantas que informam estratégias de utilização do espaço e questões geográficas. Entendemos que o discurso imagético do espaço e de sua funcionalidade não é neutro. Segundo Monteiro (2006:19), as imagens, recortes da realidade, são intermediadas pela ação humana e carregadas de sentido cultural e histórico. Refletindo intencionalidades próprias, devem ser analisadas dentro do seu contexto de produção.

Além disso, relacionamos várias fontes médico-científicas sobre a correlação entre tuberculose e doença mental. Os estudos brasileiros foram localizados na base da Biblioteca de Manguinhos/Fiocruz, com consulta presencial às obras de nosso interesse; na base Minerva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); no Google Scholar; na Hemeroteca/BN. Além das palavras chaves acima, buscamos pelos nomes de alguns médicos que foram surgindo no processo da pesquisa, visto sua ligação com a questão das doenças infectocontagiosas no hospício – a exemplo dos doutores Márcio Nery, Waldemar Almeida, Rocha Vaz, Antonio

---

<sup>9</sup> Para maiores detalhes vide Sodré (1999), Barbosa (2007), Martins e Lucas (2006). Muitos verbetes sobre a imprensa brasileira podem ser consultados em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/arquivo>

Austregesilo, Juliano Moreira, entre outros. Deste modo, identificamos alguns estudos relacionados ao nosso objeto nos seguintes periódicos: *Brazil-Medico*, *Archivos Brasileiros de Medicina*; *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal*; *Revista dos cursos da Faculdade Medicina de Porto Alegre*.

No plano internacional, foi de grande valia o estudo de Grigg (1955), *Historical and bibliographical review of tuberculosis in the mentally Ill*, que trata da produção de conhecimento sobre a coexistência entre a tuberculose e as doenças mentais. Em sua longa digressão, que remonta à antiguidade clássica, Grig observa as diversas tentativas teóricas, presente em diferentes culturas, de explicar ou dar unicidade a essa dupla condição doentia. Além do amplo panorama a respeito do assunto, suas indicações foram essenciais para o rastreamento de alguns artigos médicos internacionais, publicados entre o final do século XIX e início do XX, sobre o papel das instituições asilares na interface entre a tuberculose e a alienação mental. Tais artigos foram localizados no site Internet Archive, nos seguintes periódicos: *American Journal of Psychiatry*; *Medical Record*; *Journal of Mental Science*; *Archive de Neurologie*. Situaremos, oportunamente, os periódicos nacionais e internacionais.

Criamos, então, uma segunda planilha com a produção científica, anotando os seguintes critérios: referências bibliográficas; o autor e seu vínculo institucional; o tipo de obra (artigo científico, comunicação, relatório, conferência); as principais referências internacionais e nacionais, mobilizadas pelo estudioso; os eventos científicos e instituições mencionadas, as perguntas centrais do estudo e os argumentos científicos do autor; e, por fim, suas conclusões. Desta forma, buscamos observar os pontos em comum e os divergentes dessa produção.

Os dossiês de pacientes formam outro conjunto de fontes que foram acessadas, parcial e manualmente, a partir de junho de 2018, no Fundo Hospício Nacional de Alienados do IMASNS. Trata-se de um enorme banco de dados, no qual a tuberculose não está discriminada como diagnóstico, mas aparece, nos protocolos administrativos do HNA, como *causa mortis*. Como não haveria tempo hábil para averiguar todos os dossiês de nosso recorte temporal (1890 a 1930), priorizamos os casos de tuberculose e os registros de passagem pelos pavilhões de isolamento da 4ª Seção de doenças infectocontagiosas, entre 1903-1930, durante a direção de Juliano Moreira. Isso nos levou à redução do universo documental de aproximadamente 16.200 dossiês para cerca de 13.660 dossiês, a ser verificado um a um. Assim, para trabalhar com cada um desses dossiês, observamos tanto as datas de entrada quanto de saída dos pacientes. Na prática, nosso estudo acabou incorporando a consulta a uma parcela de pacientes que entrou

antes de 1903 e que seguiu internada no período Juliano Moreira (280 pacientes entre 1.766 indivíduos, com entrada entre 1890-1902).

Tendo em vista esse enorme conjunto, seguimos tentando privilegiar mais detidamente a análise dos casos femininos, por ser a população alvo do Pavilhão Alaor Prata. Contudo, os investimentos concretos e realizados não poderiam ser maiores do que os obtidos. Deste modo, procuramos estimar a doença dentro da instituição tentando compensar a falta de dados gerais sobre a população tuberculosa masculina e feminina do hospício – para o recorte temporal proposto.<sup>10</sup>

Deste modo, lançamos mão de informações registradas em tais dossiês, segundo os documentos neles agrupados: guia de internação policial ou de alguma direção hospitalar, guia do PO, ficha da seção do HNA, atestado de insanidade, carta compromisso de pagamento de pensão etc. Em tais expedientes, encontramos a identificação dos casos de tuberculose em diferentes modos de registros: primeiro, como *causa mortis*, aspecto que nos permitiu dimensionar o contingente de pacientes que foram a óbito por conta da infecção bacilar; segundo, por meio da inscrição “transferida por ser tuberculosa”, indicando que a presença da moléstia podia ser determinante para a trajetória institucional do doente; e, muito raramente, a inscrição “Koch positivo”, indício do exame feito para confirmar a presença da doença. De modo geral, esses dossiês de internação reúnem informações diversas, como: dados de identificação; naturalidade; procedência; classe; transferências entre as unidades internas; procedimentos efetuados, como atendimento cirúrgico e oftalmológico; endereço de correspondência; comunicado de falecimento, observações clínicas, diagnósticos etc.<sup>11</sup>

Além dos dossiês, os registros clínicos eram lançados em livros de observações das respectivas seções do hospício, como averiguamos no Livro de Observações de 1909-1911, nos quais também eram anexados os exames anatomopatológicos, feitos no processo de diagnose dos pacientes – como urina, sangue, escarro, antropométrico, entre outros. Apesar de sua importância, não houve tempo para avançarmos no levantamento dos livros de observações.

No dizer de Bertolli (1996), os prontuários são expressões do discurso médico, resultante de processos institucionais, em que as mensagens emanadas pelo corpo enfermo são “lidas e registradas pelos médicos especialistas” (1996: 18). Ou seja, são protocolos que podem fornecer, por via indireta, fragmentos de diferentes vozes, seja por seus documentos anexos

---

<sup>10</sup> O trabalho de rastreamento cuidadoso desse universo de fontes exige um investimento bem maior, por parte de uma equipe de trabalho, dado à riqueza de elementos médico-institucionais e à variedade de problemas assistidos nos pavilhões de doenças infectocontagiosas do hospício.

<sup>11</sup> Vide anexos (4,5,6,7 e 8).



(cartas e guias de outras instituições) seja como anamnese do paciente. Como afirma Huertas (2012), são fontes que contribuem para revelar as normas de funcionamento institucional, os meios de ingresso dos pacientes, as relações com outros estabelecimentos, os indicadores sociodemográficos etc. Também, através dos prontuários, é possível alcançar a complexidade do ato clínico, as possíveis influências teóricas, permeada por dogmas e doutrinas muitas vezes conflitantes, os descompassos entre teoria e prática, as frustrações terapêuticas etc. (2012:155-159).

Para a nossa pesquisa, essa documentação serviu para a construção de quantitativos da população alvo, o entendimento dos trâmites burocráticos interinstitucionais, o mapeamento das trajetórias das internas tuberculosas e a análise de casos a partir da visão dos médicos. Contudo, o banco de dados do Fundo do Hospício Nacional de Alienados do IMASNS permitiu-nos obter apenas algumas informações básicas - nome, sexo, cor, idade, data de entrada, data de saída, seção, pavilhão de observação, diagnóstico, entre outras informações de localização e estado do documento, pelo menos até 1918.<sup>12</sup> A partir desse banco, organizamos o nosso de pacientes tuberculosos (com 842 sujeitos tuberculosos, sendo 455 mulheres e 387 homens), acrescentando o motivo da saída e lançando a informação dos pavilhões de isolamento da tuberculose (masculino e feminino) onde estiveram internados, quando obtido o registro desse dado.

A partir deste universo de pacientes tuberculosos, construímos um banco de dados específico sobre a população feminina tuberculosa no HNA (com 455 entradas), bem mais completo e minucioso, com as informações administrativas, identitárias e observações clínicas. Ainda que tenhamos demarcado o período de 1903 a 1930 para a coleta de dados, como dito acima, uma parte dos pacientes entrou antes de 1903 e chegou a passar pelas mudanças implementadas por Juliano Moreira. Portanto, para efeito de análise, levantamos os casos de tuberculose (feminino e masculino) pelo período de entrada, seguindo a dinâmica da história da instituição e, além disso, realizamos de modo mais aprofundado a coleta de dados dos casos femininos. Deste modo, o total de doentes tuberculosos (homens e mulheres) foram agrupados em cinco conjuntos, cujos períodos cronológicos obedecem a distintos processos institucionais de assistência à tuberculose no HNA:

---

<sup>12</sup> A partir de 1919, embora conste todos os dossiês disponíveis e as respectivas datas de entradas no Fundo, as informações restantes estão incompletas e não puderam ser preenchidas. Devido ao volume de documentos, privilegiamos lançar os dados dos pacientes tuberculosos.

- 1º grupo (1890-1902) – 54 pacientes (27 mulheres e 27 homens) deram entrada no período em que o HNA passava por graves problemas sanitários e foram implementadas as primeiras medidas de isolamento dos alienados infectocontagiosos.
- 2º grupo (1903-1907) – 141 pacientes (77 mulheres e 64 homens) entraram no período das grandes reformas e da criação da 4ª Seção das moléstias infectocontagiosas, onde os enfermos tuberculosos eram isolados juntos com outras intercorrências infecciosas. O recorte se justifica também pelas mudanças nos protocolos institucionais, tanto do HNA quanto do Serviço Médico Legal da Repartição Central da Polícia da capital.
- 3º grupo (1908-1918) – 345 pacientes (176 mulheres e 169 homens) deram entrada no HNA quando a 4ª. Seção foi ampliada, com a abertura de dois pavilhões de isolamento especializados no tratamento da tuberculose e o aumento do número de leitos para os tuberculosos de ambos os sexos. O recorte é informado também pela publicação do estudo do Dr. Waldemar de Almeida (1919) sobre os pacientes atendidos no Pavilhão De Simoni e no Pavilhão Sigaud.
- 4º grupo (1919-1925) – 204 pacientes (137 mulheres e 67 homens) entraram em um momento em que o HNA sofria um processo acentuado de declínio sanitário. Neste período foram também efetivadas novas diretrizes políticas para a tuberculose, com a ampliação de leitos para fímatosos na capital, e aconteceram mudanças na Assistência a Alienados.
- 5º grupo (1926-1930) – 98 pacientes (38 mulheres e 60 homens) entraram no período em que houve o início das atividades do Pavilhão Alaor Prata, com melhores condições e ampliação de leitos para as alienadas tuberculosas do HNA.

A documentação foi analisada em etapas: primeiro, nos concentramos na década de 1920, observando os relatórios ministeriais e, depois, cotejando-os com as informações jornalísticas referentes ao HNA e a várias outras questões da cidade. Desta forma, compreendemos que a questão da tuberculose dentro do hospício estava profundamente atrelada a uma nova configuração da assistência à tuberculose na capital, a novos projetos da Assistência a Alienados e ao processo de urbanização da cidade. A partir de então, aprofundamos a análise das fontes administrativas e dos marcos legais das mudanças sanitárias da capital, recuando no tempo, para dar conta do processo de isolamento da tuberculose implementado no HNA. Em paralelo à produção de dados dos expedientes clínicos, analisamos a produção científica. A partir do entrecruzamento dos elementos desses diferentes conjuntos de fontes, optamos por uma produção textual que respeitasse, ao mesmo tempo, aspectos temporais e temáticos. Em

vista disso, a tese foi dividida em cinco capítulos, nos quais contemplamos algumas das questões que surgiram no processo investigativo.

Diante de indícios de que o processo de isolamento da tuberculose foi anterior ao PAP, nos perguntamos: quando a prática institucional de separação dos alienados tuberculosos dos demais doentes foi proposta no HNA? A resposta para essa questão a encontramos em alguns relatórios administrativos e artigos médicos do final do século XIX, quando as primeiras iniciativas de enfrentamento das moléstias infecciosas intercorrentes demarcaram um outro espaço de isolamento, para fora dos limites estruturais do grande Palácio, ainda que dentro do terreno do hospício da Praia da Saudade. Espaço destinado às intercorrências vistas como uma ameaça à população de alienados. De imediato, outras perguntas vieram à tona: por que tal isolamento passou a ser praticado nesse período? Como se deu esse processo? Ao buscar responder tais indagações, nos deparamos com um cenário bem mais complexo do que julgávamos de início. Primeiro, porque a tuberculose estava atrelada a uma multiplicidade de outras questões internas ao HNA, abrangendo pormenores administrativos, estruturais, arquitetônicos, questões profissionais e interinstitucionais. Segundo, porque a recente revolução pasteuriana, ao propor mudanças na compreensão da etiologia das doenças, desencadeou processos socioculturais com desdobramentos científicos, jurídicos, políticos, socioeconômicos e assistenciais, que incidiam sobre várias doenças infecciosas.

Deste modo, no 1º capítulo, para responder tais perguntas, buscamos traçar qual era o conhecimento sobre a alienação e a tuberculose em debate, no final do século XIX, considerando a repercussão dos novos preceitos bacteriológicos na esfera do pensamento psiquiátrico e das instituições de assistência aos alienados. Não obstante, tanto no plano do discurso quanto da prática, o isolamento da tuberculose estava atrelado a um processo mais amplo, que incluía o debate e as transformações colocadas pela noção de contagiosidade das doenças. Várias proposições surgiram sobre a tuberculose, a assistência hospitalar aos acometidos pelo bacilo de Koch, as medidas preventivas contra a infecção etc. Todavia, a percepção da infecção e do contágio de algumas moléstias (por um agente invisível) não significou necessariamente a exclusão de outras teorias científicas circulantes sobre a etiologia das doenças, como veremos adiante. Em vista da circulação de novos fatos científicos, discutimos de que forma a tuberculose permeou o debate médico-científico nacional e internacional, sem perder de vista o contexto assistencial da doença na capital. Apuramos, em especial, como a realidade hospitalar estava sendo observada por médicos e psiquiatras, e quais profiláticas eram indicadas para o combate à afecção tuberculosa.

No capítulo 2, assinalamos as transformações institucionais do HNA, ocorridas de 1903 a 1918, quando houve a criação e o alargamento da 4ª Seção de moléstias infectocontagiosas, incluindo os pavilhões especializados no isolamento da tuberculose. Antes de tudo, apuramos o contexto das reformas legais, urbanas e sanitárias, empreendidas durante os governos de Pereira Passos e Rodrigues Alves, entre 1902 e 1906. Delineamos como tais reformas contemplaram o isolamento da tuberculose na capital e quais as concepções científicas e assistenciais do período influíram na configuração da 4ª Seção do HNA. Para o período em questão, o fluxo de pacientes tuberculosos encaminhados para o hospício também foi observado, verificando o contexto da assistência à tuberculose na capital, e algumas reflexões locais acerca da profilaxia dessa enfermidade. Assim, veremos como a assistência prestada pelo hospício se vinculava de forma dinâmica a outras instituições da cidade do Rio de Janeiro, como o frequente trânsito de pacientes de unidades da Misericórdia para o HNA.

No capítulo 3, a partir de uma análise quantitativa e qualitativa do conjunto de pacientes fimatosos, homens e mulheres, com entrada entre 1890 e 1918, nos propomos compreender melhor as relações institucionais do HNA e as práticas clínicas do hospício. Tal recorte temporal se explica pelos limites colocados por nossas fontes, devido tanto à indisponibilidade dos dados gerais do Fundo do Hospício Nacional de Alienados do IMASNS (que só está completo até 1918) como pelos estudos médicos do período, que também nos fornece dados dos doentes isolados até 1918. Além do mais, apresentamos e discutimos mais detalhadamente o universo da tuberculose feminina (do qual temos dados mais completos) e, quando os dados o permitem, comparamos com o grupo de tuberculosos masculino, como nos casos de distribuição por cor e idade. Também, buscamos cotejar as informações extraídas dos prontuários com elementos da produção científica local, especialmente com o estudo do Dr. Waldemar Almeida, cuja análise sobre os pacientes do Pavilhão De Simoni (feminino), entre 1908-1918, e Sigaud (masculino), entre 1910 e 1918, permite mensurar os doentes tuberculosos assistidos nesses dois setores, e ter uma ideia do tipo do tratamento proposto nesses pavilhões.

Algumas personagens femininas tuberculosas foram elencadas para ilustrar os possíveis trajetos institucionais até a internação no HNA e dentro da Assistência a Alienados. Refletimos sobre seus estados orgânicos e psíquicos, os diagnósticos clínico-psiquiátricos e o enfrentamento da doença. Para tanto, valemos também da bibliografia secundária. Vale dizer que comporemos um mosaico de fragmentos de vidas humanas, sempre filtradas pelo olhar médico, pois não encontramos registros pessoais das pacientes – nem uma única carta que nos desse pistas dos anseios e angústias da experiência vivida no isolamento.

Dando sequência, procuramos explorar a produção científica local sobre a tuberculose e a alienação. A partir de nossa pesquisa observamos uma concentração de publicações sobre o assunto no período entre 1905 a 1925.<sup>13</sup> A longo do capítulo 4, portanto, tratamos de cerca de 16 estudos do campo da medicina mental sobre a tuberculose, todos produzidos por estudiosos ligados ao círculo científico de Juliano Moreira. Identificamos as questões motivadoras de cada científico, os diálogos com suas referências intelectuais, nacionais e estrangeiras, as práticas engendradas, o raciocínio acerca do objeto investigativo e as conclusões propostas por cada um, sem deixar de situar seus vínculos e interações institucionais. Todos os estudos científicos locais foram produzidos após a criação dos pavilhões de isolamento das doenças infectocontagiosas. A maior parte foi publicada na década de 1910, em um número especial sobre a tuberculose, no *Archivos Brasileiros de Medicina*, entre outros periódicos, que abordaremos com mais detalhes no capítulo. Buscamos também examinar o significado do HNA para a prática médico-hospitalar e para a produção interna de conhecimento científico sobre o tema.

No último capítulo, entre 1919 -1930, delineamos a atuação de Juliano Moreira na luta contra o declínio sanitário do HNA e na melhoria da assistência aos alienados, com ênfase nas mudanças institucionais para o cuidado da tuberculose. Após a I Guerra Mundial e a pandemia espanhola de 1918, o declínio do hospício da Praia da Saudade agravou-se, mas sua 4ª. Seção ganhou um espaço mais moderno para as enfermas tuberculosas, o Pavilhão Alvor Prata (PAP), entre outras mudanças nas unidades da Assistência a Alienados. Ao entender que o PAP estava inserido numa história institucional mais longa e num novo contexto político-assistencial, emergiram duas questões: o que sua existência revela sobre a realidade da época? O que significou a criação do PAP dentro do HNA? Neste capítulo, contemplamos tais perguntas. Em vista disso, nosso objetivo maior é compreender como se deu esse processo de mudanças e como isso refletiu na assistência às pacientes tuberculosas do HNA. Enfim, retomamos a análise do fluxo de pacientes tuberculosos para o HNA e o perfil das pacientes tuberculosas, buscando averiguar possíveis permanências e mudanças, em relação ao período anterior (1890-1918).

---

<sup>13</sup> Fora isso, três artigos da década de 1930 não foram incluídos no conjunto, por se tratar de outro contexto político, científico e assistencial. São eles: *O Ambulatório antituberculoso como fator coadjuvante da profilaxia mental*, de Mario Reis (1934); *Homicídio praticado, em impulsão psicomotora, por individuo acometido de tuberculose pulmonar...*, de Heitor Carrilho (1938); *Tuberculose e doenças mentais*, de Pacheco e Silva (1941).

## Capítulo 1

### **No final do século XIX, isolamento e desinfecções contra o “invisível inimigo”**

Ao findar o século XIX, no hospício da Praia da Saudade, descortinamos a execução de um isolamento ainda mais contundente para os alienados afetados por moléstias infectocontagiosas, incluindo os doentes tuberculosos, em nome do bem coletivo e do próprio indivíduo doente. Por uma série de elementos conjugados, as primeiras iniciativas de isolamento da tuberculose ocorreram dentro de um amplo processo de práticas científicas e debates sobre a contagiosidade das doenças, bem como os meios profiláticos para combatê-las.

Deste modo, nas próximas páginas, procuramos alcançar três objetivos: traçar o painel da tuberculose na capital e seu lugar na conformação do pensamento médico-científico da época; avaliar em que medida as especulações teóricas dos psiquiatras locais e as iniciativas de isolamento introduzidas no HNA estavam inseridas dentro do debate das doenças epidêmicas que assolavam a cidade do Rio de Janeiro; e, no plano internacional, compreender as especulações teóricas sobre a coexistência entre a tuberculose e as perturbações mentais no âmbito das instituições para alienados, observando aproximações e distanciamentos com as práticas científicas e assistenciais locais.

Para tanto, elegemos alguns estudos historiográficos que contribuem mais de perto para entender as teorias e práticas científicas em debate sobre a tuberculose no período – a exemplo de Sheppard (2001), Nascimento (2002; 2005) e Espinoza (2008). Também, buscamos trazer à discussão algumas fontes primárias para aclarar aspectos que terão desdobramentos ao longo da tese, como a assistência médico-hospitalar aos tísicos e o debate de por que e como isolar os alienados tuberculosos, entre outros pontos tangenciais ao nosso objeto de estudo. Antes, porém, buscamos contextualizar brevemente a tuberculose na cidade do Rio de Janeiro.

\*\*\*

Sabem os leitores que a tuberculose sob várias formas, mas sobretudo sob a forma da tísica pulmonar, é a mais terrível das enfermidades, e assegura-se que esta é a que maior número de vítimas faz. A estatística demonstra irrefragavelmente este fato. (TISON, 1890:1).

Como uma das faces da tuberculose, a tísica<sup>14</sup> designava um estado de decaimento do indivíduo, cujas forças orgânicas sucumbiam em meio à febre, à sudorese e frequentes acessos de tosse, com expectorações purulentas ou sanguinolentas (hemoptise), levando-o a apresentar uma palidez mortal. Por suas características, a moléstia também era conhecida como "peste branca", "mal do peito", "galopante" (versão rápida e fatal da doença), entre outras denominações.

As vítimas da tuberculose e de dezenas de outras moléstias eram contabilizadas nas páginas da imprensa, nos registros demográficos da Inspetoria Geral de Higiene<sup>15</sup> ou em algum estudo científico singular. A figura 1 ilustra a gravidade da tísica no Rio de Janeiro, tanto pelo peso do acometimento dos pulmões, em relação as outras formas de manifestação da infecção, quanto por seu potencial de propagação e seu caráter mortífero em relação a outras moléstias epidêmicas, comuns no final do século XIX. Além disso, o texto do Dr. Portugal ilustra uma prática científica frequente à época: a busca por traduzir a realidade das doenças em números. Como veremos em outros momentos, a estatística se tornou uma ferramenta muito utilizada no campo da saúde e da higiene pública.

Figura 1 - A mortalidade da tuberculose no Rio de Janeiro – 1890

Para mostrar quanto pesa a tuberculose na mortalidade geral do Rio de Janeiro basta dizer que nos ultimos trinta annos ella produziu quasi tantos obitos quanto produziram a febre typhoide, a febre amarella, malaria e as febres exanthematicas reunidas (4).

No anno de 1890 registrámos 2.202 obitos produzidos pela tuberculose, assim discriminados:

De tuberculose pulmonar.....	1.982	
» » das meningead.....	16	
» » do peritoneo.....	82	
» » de outros orgãos.....	70	
» » generalisada.....	52	2.202

Fonte: Portugal (1890: 91)

<sup>14</sup> De acordo com Bertolli (2001), a descrição mais apurada da moléstia remonta a Hipócrates, que observou a doença como fenômeno da natureza. O termo tísica deriva do grego *phthiso*, importado da Índia, que significa decair, consumir, definhar. Na Idade Média, a palavra *phthisis* ganhou, em latim, o sinônimo de *consumptio*, doença que levava o indivíduo à morte, devido à inanição e ao debilitamento de suas forças orgânicas. Coube a Francisco La Boe (Franciscus Syvius), em 1679, a primeira descrição da presença de tubérculos no pulmão. Posteriormente, novos estudos anatômicos e fisiológicos ampliaram a compreensão da doença (2001:32-35). Vide também *Linguagem Médica*, 2004. Versão online disponível em: <http://www.jmrezende.com.br/>.

<sup>15</sup> A Inspetoria foi criada em 1890, transformada em Diretoria Sanitária em 1893, e renomeada como Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) em 1897.

De acordo com Santos (2015), a estatística foi incorporada como recurso auxiliar à intencionalidade política de retratar as condições de salubridade da cidade e de saúde da população, a fim de embasar ações intervencionistas de higiene sobre o meio ambiente urbano e aferir o resultado de tais ações.<sup>16</sup> A recém criada Inspetoria Geral de Higiene tratou de constituir seu setor de estatística, ocupado por “médicos demografistas”, responsáveis por fornecer dados objetivos para ações sanitárias (SANTOS, 2015:193). Observando o plano nacional, Camargo (2015) indica que, além de limites estruturais para coleta de dados e debilidades técnicas, interesses e usos políticos contribuía também para gerar conflitos em torno dos estudos estatísticos. Para o autor, no final do século XIX, a estatística não teria sido muito mais que um artifício descritivo, assumindo um caráter problematizador e de elemento de articulação das questões nacionais apenas a partir da segunda década do século XX (CAMARGO, 2015: 83-88).

Independente da confiabilidade dos números, o fato é que as doenças infectocontagiosas eram predominantes nos quadros estatísticos da época. E a tísica se destacava na ceifa dos mortos. De tempos em tempos, a febre amarela ou alguma outra moléstia epidêmica assumia o 1º lugar na lista de *causa mortis* da capital. Esse aspecto marcou a segunda metade do século XIX (MARCÍLIO, 1993: 62) e adentrou o século XX (NASCIMENTO, 2002: 26; 2005: 47).<sup>17</sup>

O contexto da cidade carioca ajuda a explicar o porquê dessa prevalência. Enquanto polo portuário, econômico e centro político administrativo, o Rio moldava-se em uma urbe multicultural, com influências liberais, socialistas, positivistas, anarquistas, entre outras. (CARVALHO, 2015: 79). A modernização do capital avançava sobre as velhas estruturas coloniais, repercutindo na infraestrutura urbana e ampliando os contrastes socioeconômicos e a exclusão social, levando a massa de desvalidos (ex-escravos e imigrantes) a se adensar em algumas freguesias e a se submeter a condições de vida degradantes (DIAS, 1977: 45; SOLIS e RIBEIRO, 2003:118; ABREU, 2013: 38-57). Os lugares de moradia dessa grande massa eram vistos como nefastos por higienistas e políticos, sendo as “condições de vida nos cortiços” apontadas como uma das principais razões para as moléstias epidêmicas que assolavam o Rio, além de irradiar vícios e imoralidades. (BENCHIMOL, 2003: 238-240; CHALHOUB, 1996: 30-32; COSTA, 2002: 66).

---

<sup>16</sup> Trazida da Europa como recurso auxiliar de saúde pública, a estatística foi introduzida no período imperial. Santos observa que a atribuição foi indicada a cargo de um médico, no relatório ministerial de 1882, como “um organizador da estatística demógrafo-sanitária” (SANTOS, 2015: 185).

<sup>17</sup> Vide anexo 3.



Na análise de Pereira (2016), em a *Mortalidade entre brancos e negros no Rio de Janeiro após a abolição*, negros e pardos eram os que mais pereciam, visto a correlação com outras doenças – como a febre tifoide e a disenteria – em que uma infecção podia diminuir as defesas do organismo contra outras, resultando em óbito (2016: 450). Em decorrência do “efeito Mills-Reincke”<sup>18</sup>, a tuberculose “além de ser a doença mais letal do período, especialmente entre a população negra, teve seu efeito amplificado, resultando em um aumento de mortalidade por outras doenças” (PEREIRA, 2016: 453).

Deste modo, ameaçando tornar-se “moléstia endêmica no país”, a tísica era uma prova do aumento da penúria das camadas mais pobres da sociedade, associada às condições de miséria em que vivia a população, tomada como um “mal social” pelo saber médico (ABREU, 2003: 212; BERTOLLI, 2001: 13; CHALHOUB, 1996: 32; NASCIMENTO, 2005: 49; SOLIS e RIBEIRO, 2003: 118; 49). Nas palavras do Dr. Godinho (1904), em *A tuberculose do ponto de vista social*, essa era “a praga do pobre” (GODINHO, 1904 *apud* SHEPPARD, 2001: 175).

Não obstante, numa perspectiva mais ampla, como analisa Costa (1988), dois fatores podem ser observados: de um lado, o impacto da industrialização nos índices de mortalidade por tuberculose de cada país; e, posteriormente, a tendência de declínio da infecção, como parte de um fenômeno global, em razão dos avanços no entendimento da causalidade das doenças e outras possíveis variantes.<sup>19</sup> Na comparação da tuberculose da cidade do Rio de Janeiro com os da Inglaterra, de 1840 a 1980, guardadas as devidas diferenças urbanas e socioeconômicas, “a magnitude da doença no Rio de Janeiro sempre foi muito maior que na Inglaterra” (COSTA, 1988: 402).

E o que era feito para minorar tal estado de coisas? Os estudos focados nas questões relativas à saúde pública percebem as intervenções nas condições de salubridade da capital estreitamente vinculadas a interesses locais e externos. Pois, como cidade-porto, o Rio era para muitos navios estrangeiros parada obrigatória e alvo para vários negócios internacionais. A preocupação em se proteger de epidemias que circulavam mundo afora e de controlar as que grassavam internamente já vinha do período monárquico, sobretudo a partir de meados do

---

<sup>18</sup> No início de 1893, a partir do estudo de várias comunidades, Mills (EUA) e Reincke (Alemanha) chegaram à mesma conclusão: que a saúde coletiva melhorava significativamente quando trocada a fonte de abastecimento, de água contaminada por água purificada, devido à eliminação de doenças transmissíveis pela água, sobretudo a febre tifoide. Esta descoberta foi denominada de fenômeno Mills-Reincke. Em 1904, Allen Hazen confirmou – no International Engineering Congress, em St. Louis – que o tratamento da água de abastecimento poupava a vida de três indivíduos por outras doenças, para cada morte por febre tifoide (SEDGWICK e MACNUTT, 1910: 490).

<sup>19</sup> Após um período de crescimento da tuberculose, em vista das condições sociais das sociedades capitalistas, o decréscimo de óbitos da doença ocorreu em grandes centros urbanos - como Paris, Nova Iorque e Roma –, se acentuando com a introdução da vacina BCG e dos quimioterápicos, a partir de 1945. Contudo, houve alguns episódios de recrudescimento, como no período das duas grandes guerras mundiais (COSTA, 1988: 399).

século XIX, quando surtos de febre amarela passaram a ceifar corpos, dos mais ricos aos mais pobres, levando o governo imperial a tomar várias medidas de saneamento e higiene pública – como a secagem de pântanos; abertura de novas ruas; construção de novas edificações e residências em locais mais salubres; melhoria no abastecimento de água e canalização de esgotos; construção de cemitérios públicos; estabelecimento de um hospital de isolamento fora do centro, etc. (BENCHIMOL, 2011: 284; MARCÍLIO, 1993: 56; MARQUES, 1995: 55).

Na visão de Chalhoub (1996), a configuração da ideologia da higiene, pelas elites intelectuais, contribuiu para moldar ações concretas, no âmbito da capital, a partir do encastelamento de engenheiros e médicos nas esferas do poder político e da administração pública, justificadas pelo dever de colocar o país no “caminho da civilização” (CHALHOUB, 1996: 35). Logo, “os cientistas da Higiene” construíram políticas públicas de salubridade para a capital, priorizando a luta contra doenças que afetavam a saúde e os interesses de um certo setor da população, eminentemente branco, atrelada ao propósito econômico de substituição da mão de obra negra. Neste curso, foi dada prioridade ao combate da febre amarela, “flagelo dos imigrantes”, em detrimento da tísica, que afetava os mais pobres. E, a pretexto da cientificidade e neutralidade das decisões administrativas, o discurso médico-científico corroborava decisões eminentemente elitistas e excludentes (CHALHOUB, 1996: 56-59).

À vista disso, à identificação das áreas malsãs da cidade se atrelavam projetos de saneamento, engenharia urbana e social, a fim de transformar a feição insalubre da cidade, gerando polêmicas próprias a cada tema. Parece que as medidas sanitárias se mostravam, contudo, sempre insuficientes frente à expansão populacional.<sup>20</sup> Neste contexto, no campo médico-científico, muitos atores direcionavam seus estudos para a tuberculose, buscando alargar o entendimento da doença e encontrar formas de combatê-la. É este fluxo que seguiremos daqui para a frente, procurando destacar alguns veios e reentrâncias do vasto debate sobre a tuberculose de final do século XIX, e que continuou pautando as discussões científicas no início do século seguinte.

### **1.1 As muitas dimensões da tuberculose no discurso médico-científico**

No final do século XIX, ao mesmo tempo que o agente da tuberculose, o bacilo de Koch, fazia cada vez mais vítimas, junto aos habitantes da cidade, seduzia membros da elite intelectual

---

<sup>20</sup> Haja vista os dados analisados por Marcílio: a população mais que dobrou entre o final do Império e os primeiros anos da República: em 1870, a população somava 235.381 indivíduos; em 1890 já contava 522.651; em 1906, eram 811.443 habitantes (MARCILIO, 1993: 56).

e política para a sua veracidade. Em vista das discussões sobre as moléstias infectocontagiosas e a prática do isolamento no âmbito do HNA, não podemos deixar de considerar sua estreita relação com os debates científicos mais amplos, nos planos nacional e internacional. Tendo como foco a tuberculose, vemos que as vozes dos doutores e suas práticas científicas retratavam tanto a realidade hospitalar como um determinado olhar médico, a exemplo do que sugere Faure (2008). Trata-se de um longo processo de mudanças conceituais e da própria atividade científica, que identificamos em planos discursivos dos estudiosos locais. Recheadas de controvérsias, as reflexões perpassavam da compreensão fisiológica da doença – muito influenciada pelos estudos anatomoclínicos – à definição de sua etiologia, além dos métodos profiláticos e terapêuticos preconizados.

No curso dos acontecimentos, desde o fim do século XVIII, o ambiente hospitalar assumia outros papéis. Além do acolhimento dos necessitados, passou a servir como recurso terapêutico e meio de intervenção sobre o doente. Isto implicava, pelo menos conceitualmente, em desaglomerar, higienizar e disciplinar os corpos enfermiços. O hospital ressignificado seria espaço projetado com leitos individuais, atividades rotineiras de desinfecção, procedimentos de triagem etc. Afinal, um “laboratório” de observação e estudos das doenças, um espaço de formação médica. (CORBIN, 1987: 139; FOUCAULT, 1984: 99; RISSE, 1999: 300; FAURE, 2008: 20) Na expressão de Risse (1999), os hospitais tornaram-se lugar privilegiado para levantar informações sobre a degradação moral e física da população pobre (1999: 300).

Com a disseminação das autopsias, os estudos anatomopatológicos possibilitavam novas aproximações científicas sobre as doenças. (RISSE, 1999: 313; FAURE, 2008:21). Na França, no início do século XIX, nas enfermarias hospitalares e nas salas de autópsia, os tísicos e seus corpos tornaram-se objeto de estudos de Gaspar Bayle (1774-1819) e Théophile Laennec (1781-1826), seguidos por estudantes a examinar os doentes e tomar notas. Bayle e Laennec travaram uma das primeiras disputas do século em torno da fisiologia da tuberculose: para o primeiro, existiam seis espécies de tísica; para o segundo, a doença manifestava-se de duas formas, uma granulosa (tubérculo isolado) e outra infiltrada (tuberculose caseosa), ambas como parte do mesmo processo tuberculoso (BERTOLLI, 2001: 37; ESPINOZA, 2008:39). Laennec marcou também o campo do diagnóstico com a invenção do estetoscópio, mas para o médico a tísica era um ‘mal incurável’, sem solução medicamentosa (BERTOLLI, 2001: 37).

Segundo Sylvia Machado (2016), ainda na primeira metade do século XIX, Laennec afirmaria como causas mais plausíveis para esse mal a hereditariedade, que comumente atingia vários membros da mesma família; as “paixões tristes” que frequentemente acometiam as

peças dos grandes centros urbanos; e os maus hábitos e comportamentos. Neste sentido, descartara a ideia do contágio e associava as possíveis causas da doença à essência do indivíduo (MACHADO, 2016: 22).

Por trás do postulado de Laennec, havia uma duradoura disputa sobre a constituição das doenças, conforme esclarece Costa (1997). Por um lado, a ideia de contágio, reformulada a partir de Fracastoro, no século XVI, cuja obra *Contágio* (1546) definira a doença como uma corrupção causada por partículas imperceptíveis, denominadas *semminaria*, que atingia portadores e receptores. Nesta visão, o contágio podia originar-se no próprio corpo, ser transmitido pelo ar, pântanos e outras fontes, podia passar de pele a pele ou através de objetos. (COSTA, 1997:80). Por outro lado, no século XVII, houve a renovação da teoria hipocrática, que afirmava a doença como um desequilíbrio da *physis*, fruto de um processo intrínseco à constituição humana, que se compunha de uma totalidade e não como algo localizado em alguma parte. O médico inglês Thomas Sydenham (1624-1689) contribuiu para trazer à tona o neo-hipocratismo, defendendo que saúde e doença formavam uma relação dinâmica entre forças da natureza que, frente a uma matéria mórbida vinda do exterior, se combatiam para expulsá-la. A epidemia seria, portanto, resultante da interação entre as qualidades físicas da atmosfera e as influências ocultas, “provenientes dos intestinos da terra” (COSTA, 1997:78-83).

Em suma, duas correntes se destacaram sobre a percepção da doença. Para os contagionistas, havia um princípio causal para cada moléstia; para os anticontagionistas, as doenças seriam resultantes do desequilíbrio das constituições atmosférica e corporal. Isso não colocava a teoria do contágio em oposição à teoria miasmática, ainda corrente no século XIX. Ambas viam a ameaça vinda do exterior, porém para cada princípio explicativo derivavam estratégias e propostas diferentes de combate às doenças: os contagionistas defendiam a institucionalização da quarentena e práticas de controle do indivíduo; os anticontagionistas advogavam estratégias que passavam pelo controle ambiental (COSTA, 1997: 84).

Ao embate de Bayle e Laennec se juntaram novos atores e teorias, porém alguns estudos marcaram posições emblemáticas no entendimento da tuberculose. Em 1865, o francês Jean-Antoine Villemin (1827-1892) divulgou o resultado de suas experiências com a inoculação da tuberculose em animais sadios, utilizando material extraído de fímatosos, afirmando ser a doença transmissível. Na mesma linha de investigação, Julius Conheim (1839-1884) provocou lesões na íris de animais, utilizando material tuberculoso puro, não tendo o mesmo resultado com o uso de material impuro. Na década de 1860, Pasteur (1822-1895) comprovou a existência de organismos microscópicos vivos, que circulavam no ar, e passou a aconselhar a

esterilização pelo calor (inclusive de instrumentos médicos e hospitalares). Em 1972, Jacques Joseph Grancher (1843-1907), após pesquisas com a textura granulosa da tuberculose, reafirmou a teoria unicista de Laennec. Vários patógenos começaram a ser identificados e descritos como princípio causal de determinadas doenças, cabendo a Robert Koch a identificação do bacilo responsável pela infecção tuberculosa, em 1882 (ESPINOZA, 2008:38-40; BERTOLLI, 2001: 36-38).

Não podemos esquecer a criação da tuberculina por Koch, uma substância feita a partir de um extrato glicerinado de culturas puras do bacilo da tuberculose, vendida como promessa de cura para a moléstia. Segundo Rosemberg (1999), a tuberculina foi propagada por Koch no XI Congresso Médico Internacional de Berlim, em 1890. O seu anúncio causou um alvoroço no meio médico-científico e levou a uma corrida de doentes para Berlim, em busca do remédio milagroso. Mas, na prática, os resultados se mostraram desanimadores e o método redundou em muitas controvérsias. A técnica acabou se mostrando útil no processo de diagnóstico da infecção pelo bacilo de Koch (ROSEMBERG, 1999: 16). Como veremos no capítulo 4, a substância foi utilizada no HNA.

No plano da assistência médica, a promiscuidade<sup>21</sup> de doentes com enfermidades contagiosas nos hospitais foi denunciada pelos médicos franceses Fauvel e Vallin, no Congresso Internacional de Higiene de Paris, em 1878. Novamente, em 1887, no Congresso Internacional de Higiene de Viena, os doutores defenderam suas ideias profiláticas: declaração obrigatória das moléstias infecciosas; isolamento indispensável, em hospitais especiais, dos doentes infecciosos que não podiam ser isolados em suas residências; a existência de um hospital especial ou pavilhões de isolamento em todas as grandes cidades; e a divisão dos hospitais de isolamento, com pavilhões separados por tipo de afeção e provido com material e pessoal próprios (ESPINOZA, 2008: 99).

No Brasil, essas e outras teorias reverberavam na produção científica nacional. Como veremos adiante, no final do século XIX, há indícios de que os alienistas da Assistência estavam atualizados em relação aos debates do campo bacteriológico, mas não encontramos artigos escritos por eles sobre a tuberculose. Contudo, na historiografia observamos que havia um amplo debate sobre a doença em curso. Em vista disso, retomamos as principais discussões científicas do período, alguns personagens e suas teorias, os intercâmbios e inserções em redes mais amplas de produção de ciência, e os meios de veiculação de conhecimentos especializados

---

<sup>21</sup> Na época, a palavra era muito utilizada para indicar a mistura (indevida), podendo ser aplicada em vários contextos, não tendo necessariamente a conotação de depravação sexual, muito utilizada hoje.

nacionais e internacionais. Para tanto, destacamos algumas análises historiográficas que chamam a atenção para o tipo de conhecimento que estava sendo produzido sobre a tuberculose em círculos científicos nacionais.

Na primeira metade de século XIX, Oda (2004) e Lima (2019) indicam que, no contexto da escravidão, a tísica foi tema de debate na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro<sup>22</sup>, vinculada aos miseráveis e escravizados e à sua singularidade no Brasil. José Martins da Cruz Jobim (1802-1878), médico brasileiro formado em Paris, se destacou por ser um dos primeiros a buscar responder questões científicas através do estudo de necrópsias, em suas experiências na Santa Casa de Misericórdia. Jobim colocou em discussão se o quadro mental de um doente, acometido de “insânia”, seria devido à infecção pulmonar, comprovada por autópsia. Este é um raro indício de que a relação entre a tuberculose/alienação mental foi debatida no cenário científico brasileiro, ainda no período imperial. Outros aspectos que geraram discussão foram as más condições de atendimentos aos loucos da Santa Casa, que redundou no processo de criação do Hospício de Pedro II.

Sheppard (2001) informa sobre as teses de medicina brasileira, entre 1870 e 1940. Ao examinar suas fontes, observa que, em 1868, no Brasil, o Dr. Otto Wücherer<sup>23</sup> foi o primeiro médico a contrariar a ideia reinante na Europa de que a tísica era pouco comum nos trópicos; e a considerava uma doença típica das cidades, associada à suscetibilidade dos indivíduos, de caráter hereditário, frente às condições de pobreza. Outros estudos<sup>24</sup> seguiram ao do Dr. Otto, buscando entender o aumento da tuberculose no país, como o do Dr. Alves da Silva (1878) que acusou, com horror, a condição endêmica da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro, por causa da pobreza, da falta de higiene e da nutrição inapropriada de grande parte da população, aumentando a suscetibilidade à doença. O crescimento da tísica foi, então, relacionado a fatores sociais e ambientais, como fruto das condições de vida dos mais pobres, por vezes associadas à concepção hereditária. A leitura racial só passou a ser encontrada a partir de 1918, ligada às

---

<sup>22</sup> A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi fundada por Cruz Jobim, José Francisco Xavier Sigaud, Luís Vicente de Simoni, entre outros, em 1829. A Sociedade foi reconhecida pelo decreto imperial de 15/01/1830. Em 1835, por outro passou a ser denominada Academia Imperial de Medicina. Disponível em <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/socmedrj.htm> Acesso em: 20 abr. 2020.

<sup>23</sup> Otto Edward Henry Wücherer (1820-1873) nasceu no Porto, formou-se pela Faculdade de Medicina de Tübingen, na Alemanha, e voltou à Bahia (onde morara quando criança) para exercer a profissão de médico, sendo um dos primeiros a praticar a medicina experimental no país, e a investigar doenças endêmicas. Dr. Otto fez parte do grupo de médicos voltados para a “medicina tropical”, formado em Salvador, em 1865, com membros oriundos da Faculdade de Medicina da Bahia e alguns médicos estrangeiros.

<sup>24</sup> Como: Alves da Silva (1878); Francisco da Rocha Lima (1880); Victor Godinho (1904), Azevedo Lima (1905) etc. (SHEPPARD, 2001:174).

teses psiquiátricas eugenistas, quando o paradigma darwinista nos Estados Unidos já havia entrado em declínio (SHEPPARD, 2001:174).

Espinoza (2008) também traz à luz o universo das ideias e das práticas médicas sobre a tuberculose, porém, extraído das páginas do *Brazil-Médico* e dos debates científicos da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ), com o fim de comparar a luta contra a tuberculose nas cidades de Lima e do Rio de Janeiro (1882-1919). Como analisa o autor, as diversas teorias em torno da tuberculose agitaram a intelectualidade médica no final do século XIX e início do XX.

Primeiro, convém sublinhar os papéis da SMCRJ e do *Brazil-Medico* na produção científica nacional. Ferreira, Maio e Azevedo (1998) inserem a criação da SMCRJ dentro do movimento de renovação da medicina brasileira<sup>25</sup>, em 1886, cujo mérito estaria na construção de uma rede institucional com identidade própria. Assim, buscando afirmar uma produção científica autônoma e nacional, a SMCRJ atuou no fomento dos primeiros congressos médicos brasileiros, que se tornaram o “fórum mais importante de discussão dos principais temas da ciência médica e da saúde pública no Brasil.” (1998: 488). Já o *Brazil-Medico* surgiu, em janeiro de 1887, pelas mãos do Dr. Azevedo Sodré, médico e professor, vinculado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ) e à SMCRJ. Era um veículo de caráter profissional, que se dedicava ao debate de casos corriqueiros da medicina e, ao mesmo tempo, colocava as incertezas e aguçava a curiosidade, fazendo da anormalidade “um grande espetáculo”. Do mesmo modo, buscava divulgar estudos médicos internacionais e traduzir trabalhos e resumos de congressos médicos e científicos europeus (SCHWARCZ, 1993: cap.6; ESPINOZA, 2008: 86).

Espinoza (2008) demonstra como os debates acerca da etiologia da tuberculose colocou em campos opostos vários dos científicos brasileiros. Em defesa da teoria da hereditariedade, por exemplo, se levantaram os doutores José de Almeida e Cypriano de Freitas. Para Espinoza, Cypriano foi uma voz importante na difusão da teoria hereditária, por sua atuação como professor de Anatomia e Fisiologia Patológica da FMRJ. O médico concebia três vias possíveis de transmissão: uma seria a passagem dos patógenos dos pais para os descendentes, podendo ser espermática, sanguínea ou ovular – em doenças como a varíola, o sarampo ou a febre tifoide, a mãe seria a transmissora; em outras, como a sífilis, a lepra ou a tuberculose, ambos podiam

---

<sup>25</sup> Segundo os autores, o movimento iniciou-se no Rio de Janeiro e na Bahia, a partir da década de 1870, com várias inovações, a saber: reformas do ensino médico (1879 e 1884), criação do Instituto Pasteur do Rio de Janeiro (1888), criação da Policlínica (1882), mudanças na legislação sanitária (1882 e 1884), a circulação do *Brazil-Medico* (1887) (FERREIRA, MAIO, AZEVEDO, 1998: 482).

ser responsáveis. A outra referia-se à predisposição do indivíduo para desenvolver a doença. E, uma terceira, seria a imunidade, herdada de um dos progenitores, anteriormente acometido pela doença – mesmo não tendo sido identificado nenhum caso de tuberculose neste sentido (ESPINOZA, 2008: 87).

Em defesa da teoria do contágio se pronunciaram jovens médicos, como Francisco Fajardo, Victor Godinho e Carlos Seidl. Recém-formados pela FMRJ<sup>26</sup>, os três se engajaram na pesquisa bacteriológica e na investigação da tuberculose, ocupando posteriormente postos-chaves em órgãos de saúde e assistência pública.<sup>27</sup> O que nos leva a pensar que, em oposição ao professor Cypriano, os jovens formavam uma geração<sup>28</sup> mais receptiva aos novos conceitos.

Fajardo defendia que os esputos secos dos fímatosos circulavam pelo ar, principalmente no momento da varredura ou quando sacudidos e, então, acabavam sendo aspirados como poeira, nos espaços hospitalares, casas e ruas (ESPINOZA, 2008: 96). Para Godinho (1899), por sua natureza contagiosa, um filho jamais receberia o micróbio do pai por herança, no máximo a predisposição. Além de comungar a visão de Fajardo sobre a disseminação da doença pela poeira seca, Godinho defendia também a absorção do bacilo de Koch pela via gástrica, sobretudo através do consumo de leite e carnes de animais infectados (ESPINOZA, 2008: 101).

Deste modo, a proposição de uma teoria não eliminava necessariamente a outra. Para resumir esse universo de ideias circulantes, entre o final do século XIX e o início do século XX, é ilustrativa a síntese do Dr. Plácido Barbosa (1902), que destacou cinco teorias científicas sobre a propagação da tuberculose, entre outras não mencionadas: 1) pela via pulmonar, com a aspiração de poeira seca; 2) pela via gástrica, com o consumo de alimentos contaminados; 3) por via cutânea, através da inoculação; 4) pela herança; 5) pela poeira bacilosa úmida – gotículas infectuosas de escarro e saliva, que se espalhavam pela tosse, espirro, riso, fala e bocejo (BARBOSA, 1902:1-3).

Um ponto que nos importa ressaltar na produção científica nacional e estrangeira é o olhar crítico sobre o ambiente hospitalar, que averiguamos ao retomar alguns dos escritos desses

---

<sup>26</sup> Fajardo se formou em 1887, Godinho em 1888, Seidl em 1892.

<sup>27</sup> Fajardo dedicou-se ao estudo do hipnotismo e da bacteriologia. Em 1893, tornou-se membro da Academia Nacional de Medicina com o ensaio “O Micróbio da Malária”. Amigo de Carlos Seidl, com quem organizou um laboratório bacteriológico no Hospital São Sebastião, onde Seidl era diretor. Godinho ingressou no Serviço Sanitário da cidade de São Paulo, posteriormente fundou e dirigiu a Revista Médica de São Paulo (1898-1914), foi diretor do Hospital de Isolamento (1915-1919) e da Liga Paulista Contra a Tuberculose. Disponível: <http://www.anm.org.br/> e <http://oswaldocruz.fiocruz.br/index.php/acervos/correspondencias/correspondencia-cientifica/victor-godinho> Acesso em: 5 fevereiro de 2020.

<sup>28</sup> O conceito é emprestado de Sirinelli (2003:254-255), para agrupar aqueles intelectuais afinados por referências em comum, sensibilidades, representações e vivências sociais compartilhadas, não tanto pelo aspecto cronológico.



notáveis médicos do período. Na cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, Sodré (1888) chamava a atenção para os problemas das enfermarias da Misericórdia:

Raro é o dia no qual não entram para o Hospital Geral da Misericórdia um ou mais doentes afetados de tuberculose; rara é a enfermaria em que não estejam em tratamento tuberculosos, mormente as de mulheres, que estão repletas: ali vivem elas promiscuamente, sem cuidados de asseio, rodeadas de atmosfera viciada, com alimentação deficiente, imprópria, etc. (SODRÉ, 1888: 326)

Após referências elogiosas ao provedor da Misericórdia pela criação de uma enfermaria de tuberculose em Cascadura, somente para homens, mas “limitado número de leitos”, o médico conclamou que as mulheres tivessem semelhante espaço de cuidado especializado. E, “que neles bem como nos demais serviços hospitalares se proceda a uma desinfecção completa dos escarros, roupas e cama dos tuberculosos” (SODRÉ, 1888: 326).

O Dr. Fajardo (1893) foi além e se propôs a investigar a presença do bacilo de Koch nas dependências da Santa Casa (na sala da maternidade e nas enfermarias de medicina, clínica médica e propedêutica), no ensaio *O bacilo da tuberculose nas enfermarias de clínica do Hospital da Misericórdia*. Para tanto, tomou como referência principalmente as investigações do Dr. Cornet<sup>29</sup> que, ao examinar 21 salas de tísicos, em 7 hospitais de Berlim, identificou 15 salas com indícios de contaminação, cujo “caldo virulento” levava à morte 20 animais, entre 94 inoculados. Na visão do Dr. Fajardo, o Hospital da Misericórdia era uma amostra daquilo que não poderia se admitir em termos de regras higiênicas e de precauções de contágio. Sobre os hospitais brasileiros, o médico descreveu o seguinte cenário:

Ora, nos nossos hospitais gerais, nem ao menos existe, em qualquer um, uma estufa de desinfecção das roupas dos doentes de moléstias infectuosas agudas! Aí os tuberculosos misturam-se, sem a menor precaução, com outros doentes; e ainda mais, no Hospital da Misericórdia verifica-se o hábito altamente anti-higiênico de fazerem *deitar ao chão* os doentes que chegam às enfermarias em número excedente ao que elas comportam. Por onde se vê que é até um luxo falar-se na adoção de medidas sanitárias que tendam a isolar os tísicos nos hospitais brasileiros.

No Hospital da Misericórdia as escarradeiras e outros vasos permanecem junto do doente sem uma substância bactericida ou ao menos uma tampa, já não falando em lençóis, cobertores, colchões etc. que passam de uns a outros doentes indistintamente (FAJARDO, 1893: 160).

---

<sup>29</sup> De origem germânica, Georg Cornet passou por várias instituições científicas europeias, chegou a ser assistente de Hermann Brehmer (1826-1889), em 1885, especialista em doenças dos pulmões e trabalhar com Robert Koch (1843-1910), com quem comprovou a existência do bacilo de Koch fora do corpo, no Institut für Infektionskrankheiten (Instituto de Doenças Infecciosas). Dedicou-se à investigação da tuberculose em contextos bacteriológicos, clínicos, estatísticos e profiláticos.

Disponível em: <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/60.html> Acesso em: 21 jun. 2019.

O eminente “caçador de micróbios”<sup>30</sup> terminou seu artigo recomendando, entre outros pontos, as seguintes medidas: adotar enfermarias separadas nos hospitais para isolar os enfermos tuberculosos; proibir a admissão desses doentes em enfermarias gerais de medicina ou cirurgia; desinfetar rigorosamente seus aposentos; popularizar as regras ou preceitos da boa higiene; proibir o uso de escarradeiras a seco, devendo conter tampas e líquidos esterilizadores; proibir a varredura das enfermarias e ruas da cidade a seco. (FAJARDO, 1893: 159; ESPINOZA, 2008: 96).

Os doutores Godinho e Alvaro (1899) retomaram o tema, alguns anos depois, observando o hospital como um lugar de alto risco de contaminação, devendo as medidas profiláticas serem tomadas para resguardar a saúde de todos que ali trabalhavam ou eram assistidos. Por suas palavras:

Triste é a contingência dos pobres que procurando os hospitais para obter alívio e cura de moléstias benignas e de duração pequena, saem deles contaminados pela moléstia que lhes transmitiu o vizinho do leito. Este facto não é raro hoje, infelizmente, nos hospitais do Brasil, que na mesma sala, lado a lado, recebem doentes de moléstias contagiosas e daquelas que não o são. Em nome da humanidade, essa prática deve cessar.

Pelo menos assim deve ser feito entre nós, e enquanto a construção de hospitais para tísicos pobres não for feita, que algumas salas dos atuais hospitais sejam para eles reservados.

Nos hospitais a prática das medidas profiláticas da tuberculose é o único meio de garantir a saúde dos médicos, dos enfermeiros, do pessoal do estabelecimento e dos enfermos que os habitam (GODINHO e ALVARO, 1899: 95).

Carlos Seidl foi outro defensor da separação dos doentes infectocontagiosos. Após a experiência como interno da Santa Casa de Misericórdia, Seidl tornou-se diretor do Hospital São Sebastião - instituição fundada em 1889, voltada para o isolamento da febre amarela e da varíola -, onde buscou aplicar as recomendações da higiene hospitalar, como a esterilização e a ventilação adequada. O trabalho *Do isolamento nosocomial: contribuição para o estudo da profilaxia defensiva no Rio de Janeiro*, de 1897, garantiu-lhe uma vaga para a Academia Nacional de Medicina (ESPINOZA, 2008: 98). Para Seidl, a falta de ação da Diretoria de Higiene e Saúde Pública estava na deficiência do regulamento sanitário, que não incluiu a tuberculose entre as moléstias a serem submetidas ao regime de notificação obrigatória e isolamento – por receio de alguns de limitar a liberdade individual (ESPINOZA, 2008: 99).

Em suma, as enfermarias da Misericórdia eram o destino usual de tísicos em estágio final de vida, os quais acabavam propagando a moléstia para outros pacientes. Tantos os

---

<sup>30</sup> Expressão criada por Paul de Kruif (1926), usada para caracterizar um fenômeno coletivo do final do século XIX, a caça aos seres microscópios, considerados os novos vilões das doenças.

procedimentos de desinfecção quanto os de isolamento ainda não eram práticas correntes, embora fossem reivindicadas – a exemplo do que já se fazia em hospitais franceses e ingleses. Na capital brasileira, apesar do aumento das instituições hospitalares<sup>31</sup>, na segunda metade do século XIX, os leitos disponíveis não eram suficientes para as vítimas das constantes epidemias e endemias que grassavam a cidade. O fato é que, a despeito do grande número de tuberculosos, não havia nem hospitais especializados nem leitos reservados para tais enfermos nos hospitais da cidade. E, pelo visto, a situação era ainda mais graves para as mulheres tuberculosas.

No caso do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia<sup>32</sup>, inaugurado em 1852, Oliveira (2005) afirma que ele foi construído segundo as exigências higiênicas da época, com sala de operações, recursos de desinfecção, enfermaria para infectuosos e mais 28 enfermarias, com cerca de 1015 leitos (2005: 46). Isto nos leva a pensar que a instituição passava por problemas semelhantes aos que veremos mais adiante no HNA, como superpopulação e falta de estrutura para tantos casos infectocontagiosos, entre outras dificuldades administrativas.

Observamos, portanto, que esses estudiosos não só debatiam as diversas teorias científicas sobre a tuberculose como alguns buscavam comprová-las em sua prática profissional, além de seguirem passo a passo a produção de conhecimento sobre o assunto. A preocupação com a moléstia seguia crescendo nos círculos intelectuais, brasileiros e internacionais, a ponto de torna-se tema central de vários eventos científicos. Os organizações médico-científicas se dedicavam ao combate à tuberculose – como analisa Sylvania Machado (2016) em sua pesquisa sobre as ações do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose (1892-1917), e Nascimento (2002), ao tratar da constituição da Liga Brasileira Contra a Tuberculose (LBCT).

Na visão de Machado, alguns encontros tiveram mais visibilidade do que outros<sup>33</sup>, a exemplo do 4º Congresso para o Estudo da Tuberculose, ocorrido em Paris, em 1898, quando se tratou da etiologia da tuberculose e sua dimensão social. No evento, as principais abordagens

---

<sup>31</sup> Na 2ª metade do século XIX, houve uma expansão expressiva do número de hospitais no Rio, como segue: Hospício de São João Baptista da Lagoa (1852); Hospital Paula Cândido (1853); Hospício de Nossa Senhora da Saúde (1853); Hospício de Nossa Senhora do Socorro (1855); Policlínica Geral do Rio de Janeiro (1882); Hospital de Nossa Senhora das Dores (1884); Hospital de São Sebastião (1889); Hospital Copacabana (1890); Hospital Evangélico do Rio de Janeiro (1896); Policlínica de Botafogo (1899) (SANGLARD: 2007: 260).

<sup>32</sup> Segundo Sanglard (2003), a Santa Casa era o principal *locus* da assistência, ao mesmo tempo médica, social e filantrópica, decorrente da tradição luso-brasileira, ligada à Igreja católica e baseada no princípio da caridade cristã. Os hospitais da Misericórdia dependiam de recursos caritativos e filantrópicos, próprio da organização assistencial do período. No Rio de Janeiro, a Santa Casa era mantida pela Irmandade de Nossa Senhora, Mãe de Deus, Virgem Maria da Misericórdia (SANGLARD, 2003: 1096). Com a implementação do Estado republicano, contudo, as ações filantrópicas voltadas para a saúde pública começaram a tomar um caráter mais científico.

<sup>33</sup> A autora comenta que há divergências historiográficas sobre os primeiros congressos da tuberculose. Possivelmente, houve um primeiro congresso em Paris, em 1867; e, um segundo, na mesma cidade, em 1888. (SYVIA, 2016:45).

chamaram a atenção para as condições de vida da maioria dos tuberculosos, que facilmente acabavam transmitindo a infecção, e apontaram a falta de acesso a estabelecimentos de assistência. Os congressistas defenderam a expansão da consciência sobre a doença e a mobilização geral do público e da classe médica, para a construção de estabelecimentos voltados para tais doentes (MACHADO, 2016:45).

Outro evento de destaque foi o Congresso para a Luta contra a Tuberculose de 1899, ocorrido em Berlim, divulgado pelo *Brazil-Medico*. No Congresso se reuniram representantes da Alemanha, Inglaterra, França, Suíça, entre outros países, para discutir a contagiosidade da doença e sua disseminação. A tuberculose foi, então, definida como uma doença social, que se propagava mais facilmente entre os indivíduos que viviam e trabalhavam em lugares insalubres. Reforçou-se a importância da abertura de instituições populares para o tratamento e a cura da doença (MACHADO, 2016:45; NASCIMENTO, 2002: 18). Lembra Nascimento (2002) que, no relatório final de Gerhardt (Lubeck-Alemanha), o Estado foi chamado a assumir o dever social de lutar contra a propagação da doença, particularmente junto às classes operárias, promovendo os meios necessários para reerguer a saúde dos trabalhadores, incluindo o suporte para tratamento dos doentes pobres em sanatórios. (NASCIMENTO, 2002: 17-18).

Além disso, ao averiguar os diversos temas discutidos à época, cabe sublinhar as propostas de intervenções sobre o indivíduo tuberculoso, suas secreções (do trato respiratório) e seu ambiente de circulação, em especial os coletivos, como os locais de trabalho e de assistência médica. Apesar das defesas acaloradas do isolamento do doente, não havia consenso como prova o debate sobre a “Profilaxia da tuberculose nos hospitais”, no qual o Sr. Lazarus (de Berlim) defendeu o tratamento em sanatórios para os casos incipientes e em hospitais para os doentes em estágio avançado. Assim, expôs suas conclusões:

Os tuberculosos, tratados em hospitais, devem ser isolados? O orador julga ser inútil tal isolamento. Em primeiro lugar, porque as medidas profiláticas são suficientes para evitar a contaminação dos não tuberculosos pelos acometidos. Em segundo lugar, porque os doentes jamais consentirão permanecer nestes serviços especiais, uma vez cientes da sua incurabilidade. (BRAZIL- MEDICO, 1899: 323).

O sanatório foi defendido como um recurso terapêutico essencial, tanto para conter a propagação da tuberculose como para recuperar o doente. Neste sentido, tal recurso deveria ser pensado para atender às diferentes classes sociais, mas principalmente os operários e pobres, mais afetados pela doença. Projetos e experiências de pavilhões especiais para tuberculosos, em hospitais e sanatórios, foram apresentados por autoridades médicas de diversos países (como Suíça, Áustria, Noruega, Bélgica e França), cada qual exaltando suas iniciativas nacionais,

fazendo referências às qualidades dos espaços e ambientes – amplos, arejados, rodeados de área verde – aos equipamentos hidroterápicos, móveis e utensílios para recolher os escarros e aptos para a devida higiene; os procedimentos de desinfecção de objetos e roupas de cama; e a oferta de terapêutica dietético e higiênica (BRAZIL-MEDICO, 1900: 48-49).

Ponto nodal das discussões científicas do período era o da curabilidade da tuberculose. Tema que foi tratado pelo Dr. Curschmann (de Leipsig), no tópico “Tratamento – Curabilidade da tuberculose humana”, o qual afirmou que a cura total da tísica era um fato raro, ocorrendo somente em casos de infecções incipientes. Quando muito se conseguia “a cura relativa”, através do tratamento dietético e higiênico, situação que permitia o sujeito trabalhar para a sua subsistência (BRAZIL-MÉDICO, 1899: 391).

Essa perspectiva do cientista de Leipsig, contudo, distinguia-se relativamente da visão de outro eminente estudioso, o professor Grancher, notório entre os médicos brasileiros. Segundo Godinho e Alvaro (1899), o Dr. Grancher, em relatório à Academia de Medicina de Paris, em 1899, via nas provas bacteriológicas amostras da frequente curabilidade da tísica. Os progressos da moléstia seriam indicados pelo maior volume de bacilos de Koch nos excreta do doente e sua diminuição, a indicação do caminho da cura. De modo geral, a regressão bacilar seria vista como decorrente do afastamento do indivíduo infeccioso do lugar de contaminação, da aplicação de cuidados higiênicos e da rotina saudável ao ar livre em sanatórios especializados na tuberculose (1899: 55). Godinho e Alvaro destacaram a visão de Grancher em caixa alta, como a anunciar uma certeza de que todos deveriam estar conscientes. Assim:

O indivíduo, em cujo escarro foi encontrado o gérmen da tísica, e que vê o número deles diminuir e por fim desaparecer, coincidindo esse facto com a cessação da tosse, o aumento das forças, desaparecimento do fastio, a ausência da febre e dos suores noturnos, não pôde deixar de considerar-se curado, si essa transformação se mantém por muito tempo. Esses factos dão-se diariamente. (...)

A TUBERCULOSE É COM CERTEZA CURÁVEL, INFINITAMENTE MAIS DO QUE ACREDITÁVAMOS OUTRORA; É PRECISO REPETI-LO BEM ALTO, PROCLAMA-LO BEM ALTO; ELA É — EU ESCREVO SEM RECEIO — A MAIS CURAVEL DAS MOLÉSTIAS CRONICAS, MAS AINDA É MAIS FACILMENTE EVITÁVEL (GODINHO e ALVARO 1899: 56-57). [grifo no original]

Independente das divergências teóricas, a dimensão da doença continuava preocupando as autoridades científicas. Em 1900, no Congresso Internacional de Higiene e Demografia, em

Paris, a tuberculose foi afirmada como uma pandemia por Landouzy<sup>34</sup>, cujo crescimento vinculava-se à maior densidade das aglomerações humanas (NASCIMENTO, 2002: 18). Nesse evento, a percepção do valor da assepsia e do maior rigor sobre o indivíduo enfermo se fortalecia. Landouzy e Mosny (1901) defenderam as seguintes medidas antituberculosas: “declaração obrigatória de todos os casos de tuberculose comprovada”, para a devida instrução dos enfermos e seus familiares; desinfecção dos locais contaminados; adoção de escarradeiras coletivas (em espaços públicos) e individuais (fixas ou portáteis); emissão de parecer médico para casamentos, evitando uniões que pudessem gerar uma descendência maculada pela predisposição à tal enfermidade; impedimento do exercício de atividades profissionais que colocassem em risco a contaminação de produtos alimentícios (1901: 5). A defesa do isolamento social foi, assim, colocada:

Nas coletividades, os chefes de repartições, patrões e médicos devem combinar seus esforços para evitar todo contato suspeito, toda a promiscuidade perigosa. É preciso saber, em tais casos, sacrificar o indivíduo à coletividade, e não se deve esquecer que qualquer negligência, qualquer complacência, não prestando ao doente os serviços materiais ou morais que são esperados, expõem gravemente a saúde dos que dele se aproximam.

É preciso excluir resolutamente os tuberculosos das escolas (quer sejam mestres ou alunos), das oficinas, das fábricas, das creches, impedir que eles se empreguem nos armazéns, nas repartições públicas, nos hospitais. (...)

Nas prisões, o isolamento dos tuberculosos e a desinfecção das suas células são medidas que se impõem.

Nos hospitais e nos hospícios, onde a presença do tuberculoso em salas comuns é causa tão frequente da contaminação dos seus vizinhos não tuberculosos, dos enfermeiros e dos médicos, é preciso praticar o isolamento em quartos facilmente desinfetáveis e frequentemente desinfetados, sem prejuízo da aplicação rigorosa da assepsia individual, cujos princípios já resumimos precedentemente. (LANPOUZY e MOSNY, 1901: 5-6)

Desse modo, a preocupação com o contágio levou os médicos a estender suas orientações sobre a separação dos doentes tuberculosos e outros cuidados profiláticos a vários outros ambientes sociais – como escolas, fábricas, asilos, recolhimentos, quartéis, prisões etc. Logo, a defesa da profilaxia da tuberculose começou a ser ampliada para todos os ambientes e coletividades através de instrumentos legais. Como partidários da criação de espaços com fins educativos e de isolamento, os doutores demandaram a intervenção dos poderes políticos pertinentes para colocar em prática o arsenal de defesa contra a tuberculose. Deste modo: “ao Estado e às administrações públicas ou particulares pertencem aplicação desses princípios, a

---

<sup>34</sup> Neurologista francês de Reims, Landouzy passou boa parte de sua carreira na Universidade de Paris, tornando-se professor de terapia (em 1893) e reitor (em 1901). Sua principal área de pesquisa foi a tuberculose, sobre a qual participou como membro de vários comitês internacionais.

promulgação ou edição das leis, decretos, regulamentos administrativos ou de polícia sanitária, destinados a assegurar a execução rigorosa das medidas por ela preconizadas.” (LANPOUZY e MOSNY, 1901: 6). Sobretudo, a reafirmação de que a tuberculose era um problema de ordem pública também indica o quanto médicos e cientistas, nacionais e estrangeiros, se sentiam impotentes diante da dimensão social da doença.

Na mesma época, em junho de 1900, no 4º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia a comunidade científica votou uma série de medidas profiláticas contra a tuberculose, a fim de orientar às autoridades competentes sobre diretrizes preventivas para “a mais curável de todas as moléstias crônicas” (BRAZIL-MÉDICO, 1900: 297). O tom otimista em defesa da curabilidade da tuberculose, mediante a adoção de medidas profiláticas e terapêuticas, denota o entusiasmo com a teoria de Grancher. Embora esta última contrastasse com a prudência germânica, era notável em ambas a mesma preocupação em propor mecanismos para identificar qualquer ameaça de infecção bacilar e de assistência às suas vítimas, o quanto antes. Portanto, na visão médica, o prognóstico da doença dependia muito do estágio da mesma e da prontidão do tratamento terapêutico.

As medidas aconselhadas tangiam questões legais, médicas, pedagógicas e assistenciais, semelhantes às orientações internacionais, como seguem: a regulação do casamento civil (com a obrigatoriedade de apresentação de certidão de vacina e exame médico antes do casamento); exame médicos periódicos para as coletividades (como escolas, quartéis, fábricas e asilos); o cumprimento das leis e posturas relativas à higiene e ao asseio dos locais de agrupamentos humanos; o uso de escarradeiras e desinfetantes; educação higiênica; fiscalização dos gêneros alimentícios etc. Para rastrear, eliminar e afastar qualquer ameaça do bacilo, propuseram exames bacteriólogos de rotina em alimentos, animais e pessoas; notificação compulsória dos casos de tuberculose; criação de laboratórios bacteriológicos; desinfecções em locais e objetos possivelmente contaminados etc. (BRAZIL- MEDICO, 1900: 297-298).

Os congressistas brasileiros também propuseram a estruturação da assistência aos tuberculosos, através de diferentes mecanismos: “a fundação de sanatórios, quer para as classes abastadas, quer para os indigentes”; a criação de “caixas de socorro contra a moléstia e a invalidez” para os operários; a construção de sanatórios, em locais de “clima apropriado, pelos diretores das grandes fábricas; e, em vista da falta de sanatórios, o isolamento dos enfermos tuberculosos nos hospitais (BRAZIL- MÉDICO, 1900: 297; ESPINOZA, 2008:103).

Em resumo, como aborda Nascimento (2002), no final do século XIX, o debate médico brasileiro sobre a tuberculose consistia em chamar a atenção para a magnitude do problema na

capital, criticar a falta de ações do poder público contra a doença, além de reclamar medidas sanitárias e preventivas contra a proliferação da tísica. Portanto, havia o reconhecimento de que o cenário da doença era grave e que exigia respostas do Estado, mas nenhum plano estatal contra a tuberculose foi promovido no período. Para a autora, o interesse do Estado sobre a tuberculose dera-se de forma isolada, sem gerar maiores ações e resultados (NASCIMENTO, 2002: 23-26).

Convém registrar, entretanto, que dentro da própria estrutura governamental havia a compreensão de que a tuberculose era uma ameaça sanitária, como indica a preocupação do Dr. Nuno de Andrade (1896: 9), diretor de Higiene e Assistência Pública do Estado do Rio de Janeiro (1881-1889). Por seu relatório, a população já teria ultrapassado a cifra de um milhão, não fossem as condições de insalubridade da cidade e a proliferação das moléstias infecciosas, especialmente a febre amarela e a tuberculose, que contribuíam para “a reputação infeliz” da capital. Portanto, mesmo a tuberculose não estando entre as prioridades do Estado, não podemos tomar a percepção histórica da insensibilidade política no trato dos problemas sociais da população mais pobre como a um total desinteresse dos poderes públicos em relação à tuberculose. Um fato que nos alerta para isso é o respaldo dado aos estudos sobre os avanços da ciência em torno da doença pelo governo federal, financiando viagens científicas e/ou fazendo o Brasil ser representado em congressos internacionais – a exemplo da própria Comissão Freire.<sup>35</sup>

Na falta de um plano de Estado contra a tuberculose, surgiu a LBCT por iniciativa da classe médica<sup>36</sup>, em 1900, a partir da proposta de Cypriano de Freitas, e apoio de membros dos setores científico, político, econômico, religioso, social e artístico, seguindo uma tendência internacional. Como ressalta Nascimento (2002), a LBCT assumiu o protagonismo das ações de combate à tuberculose, por meio da adoção de ações múltiplas, pautadas na ciência moderna, de cunho preventivo, educacional e assistencial. De início, a entidade buscou angariar recursos junto à sociedade e ao poder público, com o fim de colocar em prática seu amplo projeto que incluía a construção de sanatórios. Todavia, sempre às voltas com poucos recursos, apenas conseguiu erigir dois dispensários, Azevedo Lima (1902) e Viscondessa de Moraes (1911), que atuavam em várias direções: prestando consultas médicas, fazendo diagnósticos bacteriológicos, distribuindo remédios gratuitamente, escarradeiras de bolso e alimentos. Além disso, a Liga promovia propagandas maciças de conscientização dos meios de contágio e de

---

<sup>35</sup> Comissão designada pelo Ministro da Instrução Pública, sob a liderança de Domingos José Freire, para estudar o tratamento da tuberculose pelo método de Koch (uso da tuberculina), em Berlim, entre 1890/1891 (NASCIMENTO, 2002: 24).

<sup>36</sup> A Liga foi organizada a partir de uma comissão formada pelos médicos: Cypriano de Freitas, Carlos Seidl, Guedes de Mello, Ismael da Rocha e Azevedo Lima (NASCIMENTO, 2002: 30)



prevenção, através de jornais, revistas, folhetos explicativos, conferências (em fábricas, escolas, quartéis e clubes) e outros meios de alcance público, (NASCIMENTO, 2002: 60-65).

Um dos grandes desafios e limites para ações mais ambiciosas contra a tuberculose era a principal prescrição médico-terapêutica da época: “a terapia racional de Sabourin<sup>37</sup> ou higiênico-dietética de Brehmer e Dettweiler, composta de ar puro, repouso físico e moral e superalimentação” (BRAZIL-MEDICO, 1900: 297). Segundo a historiografia, Brehmer e Dettweiler foram os primeiros a estabelecerem as bases do tratamento sanatorial para a cura da tísica, em meados do século XIX. Em 1854, o médico tuberculoso Hermann Brehmer inaugurou o primeiro estabelecimento voltado para os tísicos, o Sanatório de Göbersdorf, nas montanhas da Silésia, a fim de se tratar e assistir outros doentes. Posteriormente, em 1876, o clínico Peter Dettweiler (discípulo de Brehmer) instalou outra casa de saúde em Falkstein, nas montanhas Taurus. A ‘cura nas alturas’ partia do pressuposto de que os habitantes das montanhas eram menos propensos à tísica, por conta das condições naturais em que viviam. Para Brehmer, a atmosfera das montanhas contribuía para ativar o coração, favorecendo o metabolismo orgânico, principalmente a circulação sanguínea nos pulmões. Visão que contribuiu para a ideia de que a permanência dos tísicos nas regiões mais altas poderia revitalizar o organismo, em especial os pulmões, e levar à cura. (BERTOLLI, 2001: 54-55; QUECEDO, 2011: 2018; ROTHMAN, 1994:194-195).

Para Quecedo (2011), a instituição fundada por Brehmer “se converteu em espaço para o desporto e o bem-estar imerso na natureza, mais parecido com um hotel do que hospital.” (2011: 218). Esse modelo de terapia estimularia o surgimento dos “jardins terapêuticos” em torno do sanatório, visto como essencial para a cura da tuberculose. Já o modelo arquitetônico e terapêutico de Dettweiler, mais econômico e funcional, converteu-se na “Meca dos tisiólogos” (KNOPF, 1895: 79 apud QUECEDO, 2011: 219). Seu modelo era também baseado no ar puro, independente da altitude, em conjunção com o repouso, a alimentação abundante e uma vida regrada por hábitos higiênicos, tudo supervisionado pelo olhar médico. A terapia pelo clima se difundiu pelo continente europeu, sendo aconselhada para o alívio dos sintomas e como prevenção ao avanço da enfermidade. (BERTOLLI, 2001:54-55; QUECEDO, 2011: 219) Tal terapia foi também difundida no Estados Unidos por Paul Kretzschman, paciente e discípulo de Dettweiler, que advogava o modelo institucional de seu mestre, reforçando a importância da supervisão médica e a adoção de uma rotina diária de exercício ao ar livre, administração de

---

<sup>37</sup> Charles Sabourin (1849-1920) foi um pneumologista francês que abriu um sanatório em Durtol (França) para tratar pacientes com tuberculose. Sobre o tema escreveu: *Traitement Rationnel de la Phtisie*, Paris, Masson, 1900.

estimulantes e reforço alimentar. Neste modelo, a figura do médico assumia dupla função: agente reparador e investigador científico (ROTHMAN, 1994:194-195).

Na cidade do Rio de Janeiro, contudo, na passagem do século XIX para o século XX, os sanatórios não eram mais que uma concepção científica. As vítimas do bacilo de Koch que almejassem se submeter à “terapia do clima”, em algum sanatório, deveriam seguir viagem para outras terras. Em Minas Gerais, havia uma possibilidade para as famílias com recursos financeiros. Segundo o *Brazil-Médico* (1889: 88), o primeiro sanatório brasileiro foi criado em Barbacena, em 1889, dirigido por Rodrigues Caldas.<sup>38</sup>

O Sanatório de Barbacena era uma construção particular, rodeada por muito verde e cascatas, que oferecia acomodações para cerca de 50 indivíduos, além de modernas instalações e aparatos de desinfecção, hidroterapia, sala de recreio e atividades físicas etc. (FONTES, 1890: 297-298). Curiosamente, ao lado, foi fundado um asilo para loucos, sob a chefia de Braule Pinto, “segundo os conselhos modernos da psiquiatria.” (BRAZIL-MEDICO, 1889: 172). Como veremos, ambos os médicos teriam, posteriormente, ligações estreitas com a história da Assistência a Alienados no Rio de Janeiro.

Enfim, no século XIX, as investigações e os debates científicos sobre a problemática da tuberculose seguiram extrapolando fronteiras teóricas, ampliando a compreensão da doença, mas ainda restava o desafio de transformar concretamente a realidade de milhares de infectados que sucumbiam à invasão do bacilo de Koch, consumidos por sintomas lancinantes, como a inapetência, a febre, a tosse e as expectorações sanguinolentas. E a melhor promessa terapêutica do período era algo muito distante para a grande massa da população carioca.

## **1.2 Das muitas moléstias intercorrentes aos chalés para os tuberculosos no Hospício Nacional**

Quase sempre o organismo sai vitorioso do invisível inimigo, mas ficou depauperado e sem forças para novo embate, e, o que é pior, com aumentada pré-disposição para nova infecção, que se dará fatalmente se persistir o enfermo no mesmo local. (NERY, 1894: 28; 1895: 276).

No contexto do HNA, a discussão bacteriológica aparece muito atrelada a uma questão da prática médico-assistencial: de como resolver o problema da disseminação de agentes invisíveis que estavam prostrando e ceifando a vida de muitos pacientes. O isolamento da

---

<sup>38</sup> Dado que contraria Bertolli (2001:139) que nos informa sobre a busca dos sanatórios por climas mais favoráveis para retomar a saúde, no final do século XIX, mas observa que o primeiro sanatório teria sido o Sanatório de Palmira (MG), inaugurado em 1920, seguido do Sanatório Vicentina Aranha, inaugurado em 1924, em São José dos Campos, pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia.

tuberculose foi implementado como uma resposta a essa questão, entre a virada do século XIX para o XX, após um processo de discussões internas em torno de surtos epidêmicos de outras doenças infectocontagiosas e de iniciativas de controle do contágio pela separação dos doentes infectados em locais afastados das grandes alas do hospício. O debate sobre os problemas epidêmicos enfrentados pelos alienistas e pela direção da instituição extrapolou o pequeno círculo científico interno para ser compartilhado com membros da SMCRJ e pelas páginas do periódico *Brazil-Medico*.

Seguindo este curso, identificamos que um surto epidêmico abateu numerosos pacientes do HNA em 1893. O “invisível inimigo” levou os acometidos a apresentarem sintomas clássicos da disenteria: cólicas, vontade frequente de esvaziar os intestinos, mas, evacuando custosamente uma porção mínima de um catarro espumoso ou fezes gelatinosas, estriadas de sangue ou completamente sanguinolentas, alterações da temperatura, fraqueza crescente até chegar ao marasmo... Muitos foram a óbito. O Dr. Marcio Nery (1894; 1895), chefe da Seção Pinel<sup>39</sup>, registrou o ocorrido em *A epidemia de disenteria no Hospital Nacional de Alienados*, artigo publicado no periódico semanal *Brazil-Médico*.

Márcio Nery (1865-1911) se formara alienista, três anos antes, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), defendendo a tese: *Da influência exercida pelas moléstias do aparelho circulatório quanto ao desenvolvimento das moléstias mentais*. E, em 1894, Dr. Nery prestou concurso para médico do HNA e para professor substituto da Cadeira de Psiquiatria e Doenças Nervosas, quando defendeu a tese *História e patogenia da paranoia*. Portanto, sua proposta de discutir os problemas internos do hospício estava dentro um esforço pessoal de seguir a carreira médico-científica no HNA e na FMRJ conjuntamente.<sup>40</sup>

Em seu artigo, Dr. Nery levantou o problema da epidemia de disenteria no HNA, afirmando que o germe da infecção dera entrada na instituição pelo menos dois anos antes, junto com algumas levas de enfermos, procedentes do “Asilo de Mendigos” (NERY, 1894: 28; 1895: 276). No auge da epidemia, o diretor da Assistência Médico-Legal de Alienados<sup>41</sup>, Teixeira

---

<sup>39</sup> No final do século XIX, o HNA estava dividido em quatro seções: duas para enfermos pensionistas, a Seção Morel (feminina) e Calmeil (masculina); e duas para os doentes indigentes, mantidos pelos cofres públicos, a Seção Esquirol (feminina) e a Seção Pinel (masculina) (BRANDÃO, 1893: 9-29).

<sup>40</sup> Com sua carreira médica e acadêmica consolidada, em 1900, Dr. Nery tornou-se membro titular da Academia Nacional de Medicina e, três anos depois, assumiu a direção do Pavilhão de Observação, em substituição a Teixeira Brandão (1854-1921), mas logo deixou o cargo para tornar-se diretor geral de Saúde Pública do Estado do Amazonas (MATHIAS, 2017: 39).

<sup>41</sup> Na virada republicana, o governo de Deodoro da Fonseca instaurou novos parâmetros legais de assistência aos doentes mentais, pelo Decreto nº 508, de 21 de junho de 1890. A Assistência Médico-legal de Alienados seria constituída com o Hospício Nacional (desanexado da Santa Casa da Misericórdia pelo Decreto nº 142-A, de 11 de

Brandão, convocou os médicos das quatro sessões do Hospício – Pinel, Esquirol, Morel e Calmeil – para discutir como “debelar a moléstia”. Os médicos reconheceram, então, três causas da persistência do flagelo. Em primeiro lugar, o fétido sistema de latrinas e esgotos, desprovido de sifão, onde as “matérias excrementícias” permaneciam sobre “bacias receptoras” – e sobre o qual o governo já declarara não ter verba para implementar melhoramentos. O segundo motivo dizia respeito à “falta, até então não sanada, de um pavilhão de isolamento com os requisitos exigidos pela moderna higiene”, para ambos os sexos. Por último, outras “causas secundárias de fácil remoção”, como o acúmulo de enfermos nas seções (NERY, 1894: 28; 1895: 276).

Na visão do Dr. Nery, a facilidade com que a desintéria se alastrara dentro do hospício também estaria ligada ao fato do alienado ter uma inclinação extra para as moléstias gastrointestinais, em vista do descuido com o preparo do bolo alimentar e do hábito de ingerir substâncias estranhas (como pontas de cigarros, cascas de frutas etc.), predispondo-o às enterites e enterocolites que, repetindo-se com frequência, vai diminuindo-lhe a resistência do aparelho digestivo, onde o “germe da desintéria encontra um terreno propício para o seu desenvolvimento.” (NERY, 1894: 28; 1895: 276).

No HNA, a deterioração da assistência aos doentes mentais suscitou pressões (internas e externas) sistemáticas por intervenções sanitárias, reestruturação na acomodação dos pacientes, melhoria das condições de trabalho e de atendimento clínico. Como elucida o relatório do Dr. Lúcio de Oliveira (1894), chefe da Seção Esquirol, as moléstias intercorrentes e infecciosas eram recorrentes no hospício. Tal seção acolhia um grande contingente de enfermas indigentes, muitas em “estado de miséria orgânica”, e sofria com os constantes surtos epidêmicos, como moléstias do aparelho gastrointestinal e do aparelho pulmonar (1894: 22). Segundo suas observações, embora as causas fossem numerosas e seu estudo complexo, era necessário intervir sobre os sistemas de esgoto, soalho e ventilação – particularmente das casas fortes e dos chalés externos, onde se davam os primeiros casos de disenteria. Para reforçar sua argumentação, o médico lembrou ao diretor do hospício que o pátio externo era “um verdadeiro pântano coberto; às menores chuvas transforma-se em diversas lagoas, que, por ocasião da seca,

---

janeiro de 1890), as colônias S. Bento e Conde de Mesquita, na ilha do Governador, e os asilos de mesma natureza que viessem a ser criados pelo Governo na Capital Federal, tendo o fim de “socorrer gratuitamente, ou mediante retribuição, os indivíduos de ambos os sexos, sem distinção de nacionalidade, que, enfermos de alienação mental, carecerem de tratamento.” (BRASIL, 1890, Art.º 1º).

dão emanações bastante nocivas à saúde.” (OLIVEIRA, 1894: 23). Então, o Dr. Oliveira defendeu a separação total dos casos infecciosos em chalés fora do edifício central. Nesse sentido registrou:

Agora, Sr. Diretor, permita-me que apresente à vossa deliberação algumas modificações, que julgo conveniente serem introduzidas na Seção Esquirol. Como objetos de primeira necessidade impõe-se a retirada da enfermaria de moléstias intercorrentes que acha-se dentro da Seção; sendo, porém, ela subdividida e indo ocupar dois ou três chalés externos que estiverem em consertos, sendo um deles destinado a moléstias infecciosas e o outro às moléstias de caráter não epidêmico; a outra medida será a substituição das latrinas, principalmente as das casas-fortes (OLIVEIRA, 1894: 23).

As falas dos doutores Nery e Oliveira fornecem alguns elementos para pensarmos sobre a prática médica e o cotidiano institucional do hospício da Praia da Saudade – seções internas estavam comprometidas pelo excesso de contingente; havia a percepção médica da necessidade de separar os afetados por moléstias comuns e infecciosas, com demandas clínicas diferenciadas dos demais alienados mentais; a constatação de uma falha de ordem estrutural e sanitária que afetava todo o estabelecimento (os primeiros casos de disenteria davam-se primeiramente nas casas-fortes e chalés externos, espalhando-se para outros dormitórios); os facultativos incorporavam de forma pragmática os debates correntes sobre a contagiosidade das doenças, pensando o ambiente de trabalho de forma ativa, sugerindo mudanças estruturais e clínicas.

Como já analisado por alguns historiadores, a falta de uma estrutura adequada que permitisse a devida separação dos doentes, segundo as características de suas moléstias, era apontada como um grande problema pelos alienistas desde o Império. Da mesma forma, se tornou corrente a reclamação do excesso populacional e do acúmulo de inúmeros doentes incuráveis, aspectos que muito cedo marcariam a instituição (ENGEL, 2001: 282; GONÇALVES, 2013: 64). O acúmulo de alienados, a cada ano, implicava em providenciar novas acomodações físicas e administrativas, o que extrapolava as possibilidades orçamentárias da Assistência, gerando déficits frequentes (ENGEL 2001: 210; ALVES, 2010: 87; EDLER e GONÇALVES, 2009: 402; 2011: 43).

Sob a percepção da bacteriologia, tais problemas assumiam dimensões ainda mais urgentes, pois tratava-se de impedir o alastramento das moléstias infectocontagiosas e de conter seu impacto sobre a taxa de óbitos da instituição. Sobre o surto epidêmico da disenteria, o Dr. Nery indica que Teixeira Brandão também teria encaminhado algumas providências administrativas para o isolamento dos doentes, em um chalé externo ao grande palácio, mas que não chegou a ficar pronto a tempo de atender os acamados por tal surto. “De sorte que a única medida tomada foi a transferência de alguns alienados para as Colônias, a desinfecção

minuciosa e diária das latrinas e a remoção de causas banais. A epidemia declinou ligeiramente, mas não se extinguiu.” (NERY, 1894: 28; 1895: 276). Conforme Engel (2001), em 1893, Teixeira Brandão tentou também diminuir a pressão populacional sobre o HNA, buscando estabelecer “um serviço de consultas externas com a finalidade de selecionar os casos cuja internação seria, de fato, indispensável”, mas sem muito êxito (2001: 303).

Um outro exemplo significativo das iniciativas do período vem do Dr. Julio Trajano de Moura, diretor do Museu Anatomopatológico da Assistência a Alienados (1894-1897). Ainda no curso da Escola Médica do Rio de Janeiro, o jovem estudante tornara-se preparador da Cadeira de Botânica e Zoologia e estabelecera contatos científicos no âmbito internacional, particularmente com o botânico Dr. Cogniaux – colaborador da *Flora Martius*<sup>42</sup> –, segundo noticiado no *Brazil-Medico* (1888: 249). De acordo com Keuller (2008), sua trajetória revela um contato próximo com a pesquisa médico-antropológica, voltada para os conhecimentos anatômicos e fisiológicos (2008: 80). Como ganhador do prêmio Gunning<sup>43</sup>, por sua dissertação *O homem americano* defendida em 1889, o Dr. Trajano de Moura visitara vários museus e laboratórios alemães, em 1890 (BRAZIL-MEDICO, 1890: 107). Chegou a participar do 10º Congresso Internacional de Ciências Médicas de Berlim, assumindo o papel de correspondente do *Brazil-Medico*. Em 1892, Trajano de Moura foi nomeado subdiretor da 4ª Seção de Antropologia, Etnografia e Arqueologia do Museu Nacional, onde buscou constituir um laboratório bem equipado, incluindo um gabinete de fotografia, chegando a assumir a 4ª Seção como diretor concursado, em 1894, cargo do qual se exonerou, em 1895, por problemas de saúde (KEULLER, 2008: 80-99). No HNA, ele ficou na direção do Museu Anatomopatológico até 1897, quando foi exonerado, e o Dr. Marcio Nery, designado para substituí-lo (DOU, 21/02/1897:1).

Em sua viagem internacional, o cientista teve a oportunidade não só de observar de perto as pesquisas germânicas de laboratório como chegou a acompanhar algumas discussões dos grandes pesquisadores da bacteriologia. De seus relatos como correspondente do *Brazil-Medico*, cabe destaque para algumas comunicações: *Estado atual da Bacteriologia*, de Robert

---

<sup>42</sup> Carl Friedrich Philipp von Martius, August Wilhelm Eichler e Ignatz Urban produziram um estudo profundo e amplo da *Flora brasiliensis*, entre 1840 e 1906, com a participação de 65 especialistas de vários países. “Contém tratamentos taxonômicos de 22.767 espécies, a maioria de angiospermas brasileiras, reunidos em 15 volumes, divididos em 40 partes, com um total de 10.367 páginas.” Disponível em: <http://florabrasiliensis.cria.org.br/index> Acesso em: 22 fev. 2020.

<sup>43</sup> De acordo com notícias da época, o prêmio Gunning fora instituído anos antes para os alunos da Faculdade de Medicina que mais se destacassem no estudo das ciências naturais. (BRAZIL-MEDICO, 1890: 107) A recompensa consistia em uma viagem à Europa, ofertada pelo filantropo Dr. Roberto H. Gunning, de quatro em quatro anos, e o aluno era escolhido por uma congregação da FMRJ (JORNAL DO COMMERCIO, 1890:2).

Koch; *Estado atual da cirurgia antisséptica*, do Dr. Lister; *Tratamento da tuberculose pulmonar*, pelo Dr. Weber; *Da ascite tuberculosa e seu tratamento*, do Dr. Koenig. (BRAZIL-MEDICO, 1890: 35). Vemos que Trajano de Moura teve um contato muito próximo com o universo das práticas e teorias científicas em voga sobre a tuberculose como, por exemplo, as descobertas de Koch sobre a cultura dos micróbios em meios sólidos; os métodos antissépticos que estavam sendo experimentados nos procedimentos cirúrgicos; a defesa do tratamento climático e dietético para os fímatosos, pelas estatísticas favoráveis de Brehmer e Dettweiller, dentre outros; e a defesa do sanatório e hospitais especializados no tratamento da tuberculose.

Logo, quando o Dr. Trajano de Moura assumiu a função de diretor do Museu Anatomopatológico do HNA já trazia no seu espírito os conceitos fundamentais da bacteriologia e dos argumentos a favor do tratamento sanatorial da tuberculose. Certamente, sua experiência teórica e prática, no exterior, o motivou a se voltar para a pesquisa bacteriológica, contribuindo para o desenvolvimento da prática de laboratório no hospício, somando seus próprios recursos tecnológicos aos da instituição. Assim, tornou-se mais um a se dedicar ao estudo microbiológico, incluindo a cultura do agente da tuberculose, segundo registrou em relatório (MOURA, 1894:32). Deste modo, não parece coincidência a introdução do recurso da prova de laboratório dentro do HNA, junto aos debates sobre a necessidade do isolamento dos doentes infectocontagiosos, como forma de proteção dos demais enfermos. São mudanças que estavam ocorrendo também em outras instituições para insanos, como veremos adiante.

De fato, as medidas de isolamento foram implementadas no curso de outra epidemia, bem mais severa, em fins de janeiro de 1895. O seu impacto positivo foi colocado em discussão pelo Dr. Nery (1895), em 27 de maio de 1895, na Sociedade de Medicina e Cirurgia, em sessão ordinária, como publicado em um segundo texto seu no *Brazil-Medico*, sob o título *Notas sobre a epidemia que reinou no Hospício de janeiro a abril de 1895*.

Novamente, a exemplo do primeiro artigo de 1894, o Dr. Nery buscou situar a origem da epidemia que afetara os alienados, pois, a seu ver, não era crível “que o germe patógeno surgisse espontaneamente dentro dos muros do Hospício.” (NERY, 1895: 264). Segundo suas especulações, talvez fosse devido ao descarte de cadáveres infectados (de homens e animais), lançados na baía, por navios provenientes de Buenos Aires (cidade assolada pela epidemia de cólera morbus) que aportaram em Copacabana e adjacências, localidades onde surgiram casos de uma moléstia suspeita; ou, devido à velha estrutura de esgoto do hospício. Uma vala que recebia as águas da lavanderia do Asilo de Santa Maria e, depois, toda sorte de detritos do

próprio HNA, indo desaguar na Praia da Saudade. A suspeita da origem da epidemia recaiu, então, sobre um doente com cólera que, escapando do cordão de isolamento (feito pelas autoridades sanitárias) e sendo internado na Santa Casa de Misericórdia, tivera suas roupas lavadas na lavanderia do Asilo (NERY, 1895: 264).

De acordo com suas *Notas* à comunidade de médicos e cientistas, o alienista expôs abertamente suas dúvidas quanto ao quadro sintomático dos internos enfermos: vômitos esverdeados, diarreia aquosa, enrugamento da pele, suores viscosos, temperatura baixa e grande prostração. As dúvidas também diziam respeito à natureza da epidemia, se palustre ou cólera morbus (semelhante ao ocorrido no Vale do Paraíba, em fins de 1894).<sup>44</sup> Para a comunidade médica, seu olhar experiente diria que os eventos epigástricos eram muito diferentes das inúmeras disenterias e diarreias que tantas vezes ocorreram no hospício. Dúvidas que também teriam assaltado o Dr. Sá Ferreira, levando ambos a imprecisões terapêuticas, as quais pouco valeram frente à voracidade da infecção. Foram mais de 130 enfermos mortos (85,4% do total de atingidos pela epidemia dentro do hospício), em menos de três meses, “em uma população de cerca de 700 almas” (NERY, 1895: 274).

Para atender os casos da epidemia, um pavilhão de isolamento foi criado em 28 de fevereiro de 1895, permanecendo em funcionamento por pouco mais de um mês. Somente nesse período, de 55 doentes (2 homens e 53 mulheres), 47 faleceram (46 mulheres e 1 homem). A maioria em algumas horas ou em poucos dias (NERY, 1895: 274). Do ocorrido, o médico compartilhou a seguinte conclusão com os seus colegas da Academia:

Enquanto o isolamento não foi completo a moléstia tendia a aumentar; logo que foi estabelecido com rigor ela principiou a declinar sensivelmente, sobretudo depois que fizeram-se rigorosas desinfecções nos aposentos, salas e finalmente seções em que se davam os casos.

Não há dúvida, portanto, que tratava-se de um agente infectocontagioso, que tendia a alastrar-se enquanto não se lhe opôs uma barreira eficaz para combater seus progressos (NERY, 1895: 275).

Segundo afirmou Bulhões de Carvalho (1896), demografista do Instituto Sanitário, “Só o contágio pode explicar a moléstia do Hospício Nacional de Alienados unicamente no compartimento ocupado pelas mulheres; sendo preservados os indivíduos do outro sexo por se acharem em aposentos totalmente separados.” (1896: 43). As observações do Dr. Carvalho eram relacionadas a dados estatísticos mais gerais, feitos a partir da apuração de mortos da

---

<sup>44</sup> Segundo Benchimol (1999: 251), trata-se da 5ª. pandemia de cólera do século XIX (1881-1896) que, em 1893, chegou ao Brasil, por meio dos fluxos migratórios e comerciais entre Europa, América e Oriente. Debelada no 1º. Surto, em São Paulo (quando fez 53 mortos), aparentemente reapareceu no Vale do Paraíba, em novembro de 1894.



Santa Casa (entidade que tinha o monopólio dos enterros) e demonstravam que, em 1895, na cidade do Rio, foram a óbito 473 indivíduos por cólera morbus. Se pensarmos que, deste montante, 130 ocorreram no hospício, comparativamente ao tamanho da população e à extensão territorial, a letalidade dentro do HNA teve ares de verdadeira tragédia humana, responsável por uma assustadora cifra de mais de 27% do total geral de óbitos da capital. Isso não é tudo: além do surto análogo ao do Vale do Paraíba, o Dr. Carvalho (1896: 62) deixa a pista de que o hospício também foi atingido por uma epidemia de varíola – o que teria levado à vacinação de mais de 500 alienados por uma equipe do Instituto Vacínico.

Quer dizer, no cerne da tal epidemia de “cólera morbus”, os sintomas da moléstia confundiam o saber médico, revelando não o agente da doença, mas a sua obscuridade. Devido ao erro inicial na prescrição médica, a melhor terapêutica conhecida não foi aplicada a tempo de salvar muitos dos que já estavam infectados. Foram as pacientes femininas indigentes da Seção Esquirol as que mais sucumbiram ao flagelo. As respostas encontradas, em 1895, para barrar a ação desses seres invisíveis foram o isolamento no sentido ainda mais radical, e a desinfecção rigorosa das seções e dos espaços contaminados. O pavilhão de isolamento, aberto para abrigar as vítimas do cólera de 1895, funcionou temporariamente, sendo desativado ao fim da epidemia (NERY, 1895: 274).

Os facultativos do hospício seguiam os rumos das discussões médico-sanitárias do período, envolvendo-se na diligência científica para a definição do agente etiológico de tão singular epidemia. Ao levantar a discussão dos acontecimentos epidêmicos do HNA, em círculos intelectuais mais amplos, contribuía para reforçar os argumentos em favor da bacteriologia e da prova de laboratório. Igualmente, recorriam aos recursos estatísticos para enquadrar as dimensões dos surtos epidêmicos internos, fornecendo dados para as avaliações demográficas e epidemiológicas do Dr. Bulhões.

Sobre a epidemia de cólera, em particular, Benchimol (1999) ressalta a sua relevância para a implementação da bacteriologia na saúde pública brasileira, no final do século XIX, especialmente com a criação do Instituto Sanitário Federal.<sup>45</sup> A epidemia gerou discussões e controvérsias na definição do seu agente etiológico, comprovado em laboratórios residenciais, de Chapot Prévost e Oswaldo Cruz, e definido como o “cólera asiático” pelo bacteriologista Francisco Fajardo, em relatório ao diretor-geral do Instituto, Francisco de Castro

---

<sup>45</sup> O Instituto Sanitário Federal foi criado em janeiro de 1894, com a fusão da Diretoria Sanitária e do Laboratório de Bacteriologia. A instituição tinha entre suas atribuições: a aplicação do conhecimento bacteriológico para estudos de interesse da saúde pública, como a investigação bacteriológica, parasitária, e “o estudo da natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das moléstias transmissíveis” (BENCHIMOL, 1999: 254).

(BENCHIMOL, 1999: 250-282). Ainda, o autor nos dá uma ideia dos esforços das autoridades sanitárias para evitar que a epidemia do Vale do Paraíba alcançasse a capital. E, nesse sentido, lançaram mão de estratégias diversas, como a formação de um “cordão sanitário” em torno das áreas atingidas pela epidemia, a organização de desinfetórios em estações ferroviárias, passaportes sanitários, isolamento dos casos suspeitos, visita domiciliares etc.

A afirmação da propagação de um agente específico revela tanto os rumos das discussões sobre a causalidade do mal que atingiu a capital, particularmente o HNA, como a atualização da “teoria do contágio”, que influenciou ações contra as epidemias em períodos anteriores, sendo parte de uma longa controvérsia sobre a origem das doenças, a exemplo do que discutimos anteriormente. Como assinalado por Cunningham (1992, cap. 4), o advento do laboratório transformou radicalmente a identidade das enfermidades, passando a ter um papel fundamental na definição da etiologia de doenças como a peste e a tuberculose, incidindo na forma de pensar e praticar a medicina. Ou seja, as doenças infecciosas começaram a depender da prova laboratorial para a sua definição, sendo cada uma definida por um agente singular, somente identificado no laboratório.

Por essa via, compreendemos que a incorporação dos princípios da bacteriologia pelos alienistas do HNA estava vinculada não só à formação dos facultativos, mas, sobretudo, à busca por respostas para questões de ordem prática na assistência aos alienados. O problema das moléstias intercorrentes entre os pacientes não era uma questão nova, mas estava tomando uma dimensão maior à medida que a instituição extrapolava cada vez mais os limites de sua capacidade de assistência, no findar do século XIX.

No período monárquico, sabemos da existência da tuberculose entre os loucos do Palácio, pelo artigo de Philippe-Marius Rey – *O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875)*. Rey, em uma longa visita ao manicômio em 1875, estudou vários aspectos da instituição, incluindo análises estatísticas de sua população e enfermidades. Das *causas mortis*, contabilizou alguns casos de “tubérculos pulmonares” – 3 homens e 1 mulher, entre 1869-1870; e 7 mulheres e 2 homens, entre 1873 a 1874. Sobre o problema, comentou: “Trata-se geralmente de doenças intercorrentes, para as quais existe, em cada divisão, um registro onde são anotadas as observações diárias.” Por ordem de frequência, as causas de falecimento eram: “a diarreia, as afecções intestinais, a tísica, a apoplexia cerebral, a febre tifoide, a pneumonia, as lesões do coração, as febres perniciosas.” (REY [1875], 2012: 399).

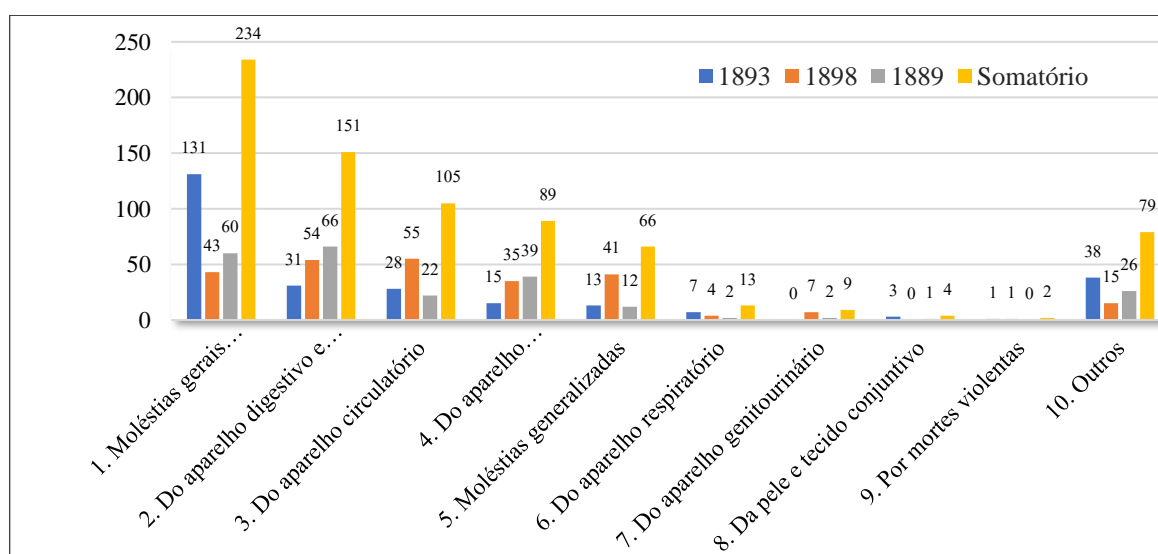
Ribeiro (2016) fez um levantamento dos diagnósticos atribuídos aos pacientes do Hospício Pedro II, entre 1860-1880, entre os quais menciona ter encontrado registros de

tuberculose e de outras doenças infecciosas – como hepatite, gastroencefalite, diarreia – no processo de internação do paciente. No seu estudo, a autora não precisa os números de intercorrências, visto que se concentrou nas classificações da alienação mental, mas afirma que “a tuberculose pulmonar e as diarreias registraram bastante incidência.” (RIBEIRO, 2016:160).

Para complementar dados a respeito da tuberculose e estabelecer parâmetros numéricos sobre essa infecção entre os internos, analisamos os relatórios ministeriais. Entretanto, a falta de uniformidade dos dados estatísticos do HNA dificultou a construção de um quadro comparativo, ano a ano, que indicasse o peso da tísica no conjunto de *causas mortis* entre os enfermos internos. Deste modo, podemos dimensionar as causas de óbitos apenas de três anos – 1893, 1898, 1899. Em função da extensa lista de moléstias, optamos por agrupá-las, utilizando os critérios estatísticos da época – o mesmo adotado pelo Dr. Bulhões de Carvalho em seus boletins demográficos da Cidade do Rio de Janeiro, publicados quinzenalmente no periódico *Brazil- Medico*.

Na organização do Dr. Bulhões, entre os diversos agrupamentos mencionados<sup>46</sup>, a tuberculose (em suas diferentes manifestações orgânicas) aparece entre as “moléstias gerais zimóticas”; quer dizer, junto às enfermidades consideradas de caráter epidêmico, a saber: febre amarela, disenteria, febre palustre, varíola, febre remitente, beribéri, tuberculose etc. A partir desse referencial, então, nos interessa, aqui, apenas compreender o grau de relevância da tuberculose no conjunto das principais causas de falecimento do HNA no período mencionado.

Gráfico 1 - Frequência de *causa mortis* no HNA por agrupamento de moléstias (em 1893, 1898 e 1899)



Fontes: Teixeira Brandão (1894: 13-29) e Epitácio Pessoa (1899: 225; 1900: 286).

<sup>46</sup> Além das moléstias citadas no gráfico 1, o médico menciona as moléstias puerperais, os vícios de conformação, as moléstias especiais da velhice, e moléstias não classificadas (CARVALHO, 1893: 370; 1895:339).

Dessa forma, complementando as informações apresentadas no gráfico 1, os primeiros 5 agrupamentos de *causa mortis* apresentaram, em maior incidência, as seguintes moléstias:

- 1- *Moléstias gerais “zymóticas”* (epidêmicas) (234 casos), em que a tuberculose – pulmonar, laríngea, mesentérica, enterite tuberculosa – obteve o primeiro lugar (com 134 casos, dos quais 122 do tipo pulmonar); seguida da disenteria (72), particularmente expressiva em 1893 (com 62 ocorrências), ano da epidemia disentérica descrita pelo Dr. Nery; da febre palustre (14 afetados), também conhecida por paludosa ou biliosa. As demais febres – septicemia, febre remitente e beribéri – tiveram pouca relevância.
- 2- *Do aparelho digestivo e anexos* (151), as enterites e enterocolites (29 em 1893; 48 em 1843; e, 62 em 1889) se sobressaíram, dentre outras enfermidades – como a cirrose, a mesenterite, e a gastroenterite.
- 3- *Do aparelho circulatório* (105), prevaleceram as doenças do coração (46) – como a síncope cardíaca, a lesão orgânica do coração e insuficiência da aórtica – e a arteriosclerose (41).
- 4- *Do aparelho cefalorraquidiano* (89), grupo com melhor distribuição de ocorrências, incluía amolecimento cerebral (16), meningite/meningoencefalite (15), epilepsia/mal epilético (13), paralisia geral dos alienados (12), entre outras.
- 5- *Das moléstias generalizadas* (66), o escorbuto (53) prevaleceu muito à frente da cloroanemia (7), seguida da caquexia sífilítica (2) etc.

Nos demais agrupamentos – 6. *Do aparelho respiratório* (13); 7. *Do aparelho geniturinário* (9); 8. *Da pele e tecido conjuntivo* (4); 9. *Por mortes violentas* (2) – as ocorrências foram menos relevantes em termos quantitativos. E, no último grupo, 10. *Outras causas* (79), o marasmo (78) assumiu total preponderância sobre o diabetes (1).

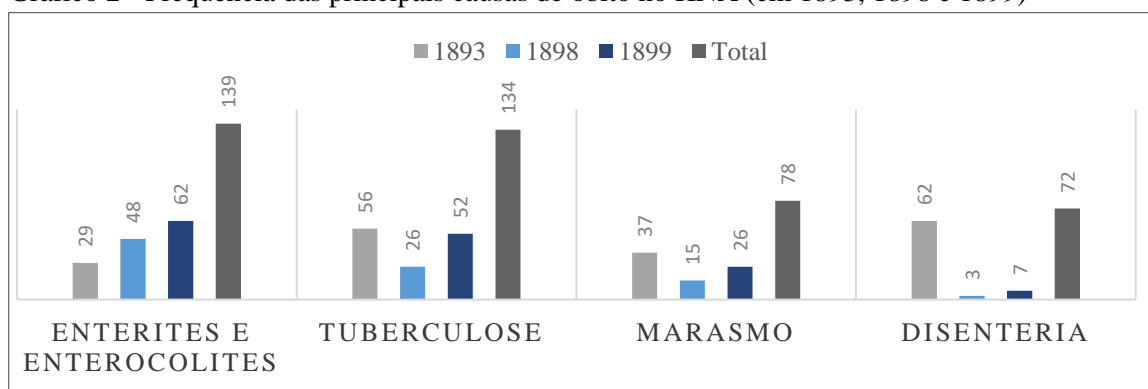
O que é notável nessa categorização do Dr. Bulhões de Carvalho é a duplicidade de critérios para o agrupamento das moléstias, determinados tanto pelo caráter infeccioso/epidêmico quanto pela natureza da afetação orgânica. Assim, mesmo atingindo em grande parte o aparelho respiratório, a tuberculose era classificada dentro do conjunto de moléstias gerais. Da mesma forma, a disenteria foi separada das enterites e enterocolites, sendo que todas afetavam o aparelho gastrointestinal e podiam ter um agente infeccioso de fundo.

Quando verificamos somente as quatro primeiras causas de óbito (gráfico 2) vemos que, numa tendência crescente e endêmica, as enterites e enterocolites matavam mais no hospício do que a tuberculose, cuja frequência era quase tão expressiva quanto aquelas moléstias do aparelho digestivo, porém de forma flutuante. Como terceira *causa mortis*, o marasmo apresentava-se com certa frequência, mas também de forma irregular. Já a disenteria teve um

caráter ocasional, com maior incidência em 1893. Dado que confirma a fala do Dr. Nery sobre o surto disentérico que se abateu sobre o HNA naquele ano. E a queda drástica da disenteria, nos anos de 1898 e 1899, também pode indicar que ocorreram novos casos da doença, mas que foram controlados logo no início, não chegando a se tornar um problema de maior gravidade. Nesse caso, é possível que novas iniciativas de isolamento tenham contribuído para isso, pois os debates científicos e as práticas experimentadas anteriormente indicavam seu devido valor.

Essas enfermidades responderam por mais de 56% do total de mortes no hospício (752), considerando os três anos avaliados. Tais moléstias realmente preocupavam a direção do hospício e os chefes das seções, pois o grande número de óbitos depunha contra a imagem da instituição.

Gráfico 2 - Frequência das principais causas de óbito no HNA (em 1893, 1898 e 1899)



Fontes: Teixeira Brandão (1894: 13-29) e Eptácio Pessoa (1899: 225; 1900: 286).

Tais eventos dizem muito sobre a realidade do HNA no último decênio do século XIX. Desse quadro sobressaem as velhas e ultrapassadas edificações do manicômio, que não comportavam mais o excessivo número de doentes mentais e muito menos as transformações sanitárias da época. Encontrar respostas para debelar as moléstias que ceifavam a vida de tantos doentes, além de preocupar dirigentes e alienistas era um desafio institucional e científico.

A incorporação da “teoria do germe” ao olhar médico-científico não tornava mais fácil a tarefa de desvendar o agente infeccioso e muito menos de encontrar a melhor terapêutica para combatê-lo, a tempo de salvar tantas vidas. Ao contrário, exigia um novo ambiente de trabalho, com maior suporte técnico e assistencial. Ao diretor do manicômio cabia buscar saídas financeiras e administrativas, que muito dependiam de esferas políticas e governamentais. Diante desse cenário, fica mais fácil compreender tanto a demanda dos médicos por melhoramentos no ambiente de trabalho, quanto as medidas administrativas da direção geral da Assistência para tentar conter o volume de óbitos do HNA e expandir suas dependências.

Fica claro que, no final do século, os diretores do HNA enfrentavam um problema de difícil solução: o número de habitantes do hospício. Como mencionado antes, as queixas sobre o acúmulo de doentes continuavam se repetindo nos relatórios administrativos do período (BRANDÃO, 1894: 3; 1895: 14; CAVALCANTI, 1898: 391; FERREIRA, 1896: 299; PESSOA, 1900: 281; 1901: 247). A distinção dos doentes, prevista nos estatutos do serviço de Assistência Médico Legal de Alienados (Decreto nº 896, de 29 junho de 1892, Seção II), não estava sendo respeitada e, assim, se defendeu Teixeira Brandão: “A separação dos pensionistas dos gratuitos, no momento atual, torna-se impossível, por causa da exiguidade relativa do Hospício e do seu sistema de construção (...)” (BRANDÃO, 1894: 6). Vendo o número de internos crescer a cada ano e, prevendo a saturação do manicômio, o diretor reivindicou a “atenção do governo para este assunto de interesse capital” (CAVALCANTI, 1898: 391).

Da mesma forma, a miséria orgânica de muitos daqueles que chegavam às portas do manicômio, encaminhados por autoridades oficiais, era razão de desagrado e protestos por parte da direção do HNA, como vemos em relatos administrativos ao Ministério da Justiça:

Só dos 33 doentes (21 homens e 12 mulheres) recebidos do Estado do Rio de Janeiro em 24 de fevereiro de 1894, faleceram, entre 21 dias e três meses de estada, um de tuberculose, um de lesão orgânica do coração (entrou em estado de anasarca), um de mal de Brigh, dois de enterocolite, dois de beribéri e um de polinevrite. Dos remetidos pela Polícia contam-se também doentes desta ordem, alguns sucumbindo em menos de uma semana. (BRANDÃO, 1895:14)

(...) a maior parte deles já entra com o organismo profundamente alterado pelo abuso de bebidas alcoólicas, pelas privações que acompanham a indigência, pelos penosos e constantes trabalhos a que são levados na luta pela vida, acontecendo ainda que a sua permanência em lugares pouco asseados e, em geral, em que a acumulação de indivíduos vai além do que pode compor o edifício, como nas cadeias, os corpos de guarda, sobretudo nas cidades do interior, muito deve concorrer para o desenvolvimento de moléstias em condições apropriadas para tomar caráter epidêmico, como mais de uma vez se tem dado, aparecendo de um dia para o outro casos diversos de escorbuto, beribéri, tuberculose, trazidos por doentes que acabavam de ser internados. (PESSOA, 1901: 243)

Não é sem razão a indisposição dos diretores do HNA para receber tantos doentes, muitos enfermos contagiosos e extremamente debilitados, justificada tanto pela falta de espaço quanto de recursos técnicos adequados para tratá-los. Não só a arquitetura do Palácio comportava uma quantia limitada de leitos como suas instalações e seu corpo assistencial não condiziam com os mais recentes parâmetros da psiquiatria e da bacteriologia. E como veremos a seguir, essa leitura do ambiente hospitalar para insanos era compartilhada igualmente por atores de várias outras instituições asilares, que enfrentavam problemas semelhantes.

E para tentar diminuir a propagação das moléstias infecciosas começou a ser efetuado internamente o isolamento de tais moléstias. Com relação à tuberculose, foi providenciado um chalé para dar conta do número expressivo de pacientes afetados por este mal, isto é, “a enfermaria de moléstias comuns estabelecida num prédio separado do corpo principal do edifício.” (PESSOA, 1901: 286). A princípio, o isolamento feito foi satisfatório, já que houve uma diminuição de ocorrências nos meses seguintes. Contudo, o volume de casos infectocontagiosos não demorou a voltar a crescer, levando o diretor geral a reivindicar ao Ministério da Justiça um novo setor de isolamento, “pois não havendo uma seção de convalescentes, onde, cercados de todos os cuidados, pudessem evitar os desvios de regime dietético e dos preceitos higiênicos, vão assim perdendo as forças, a resistência orgânica, até caírem no estado marasmático e sucumbirem.” (BARROSO JUNIOR, 1902: 190).

Em síntese, os mesmos problemas continuaram sendo reportados pelos diretores do HNA. As tentativas administrativas para redimir a calamidade assistencial eram sempre aquém das necessidades da instituição. Contudo, a mudança desse cenário de fim de século só ocorreria após a decadência da instituição ganhar as páginas da imprensa diária, escandalizar a sociedade carioca e produzir constrangimento público.

Houve uma onda de denúncias jornalísticas dos descabros do hospício, em 1896, quando a fuga de loucos perigosos contribuiu para manchar a imagem do HNA – tomada pela desordem e abandono administrativo – e jogar sombra sobre os esforços de Teixeira Brandão para modernizar a instituição. No início de 1902, outra onda de críticas jornalísticas, ainda mais contundentes, ocorreu contra o substituto de Brandão, Dr. Pedro Dias Carneiro. As acusações passavam por várias instâncias de responsabilidade – desvio de recursos financeiros do almoxarife; amontoado e abandono de doentes; maus tratos; falta de uso de desinfetantes etc. Junto com as denúncias, se deu o clamor pela inspeção das autoridades e demanda por reforma imediata. Tais denúncias contribuíram para a aposentadoria de Carneiro e a nomeação de um novo diretor, Antônio Dias de Barros. Logo, houve a instauração de uma comissão de inspeção para averiguar o estado de coisas no HNA (OLIVEIRA, 2017: 189; AZEVEDO, 2012: 52; ODA, 2011: 723; ENGEL, 2001: 283).

Na interpretação de Engel (2001), tratava-se de um momento de perda de legitimidade da instituição e, ao mesmo tempo, de reivindicação dos alienistas por mais investimentos na especialização do espaço asilar e para a qualificação profissional e aperfeiçoamento terapêutico, de modo a cumprir o seu papel de “laboratório de observação”, ampliando efetivamente o conhecimento no campo da medicina mental (ENGEL, 2001: 283).

Indo mais a fundo na análise desse período de crise, Azevedo (2012) revela como a pressão da imprensa sobre os poderes públicos do Distrito Federal – pela “incompetência do Estado” em oferecer condições dignas de cuidado aos loucos sob sua custódia – reverberou sobre a administração do HNA e sobre o próprio Ministério da Justiça. Com a posse do ministro Joaquim José Seabra, em 15 de novembro de 1902, houve maior atenção ao problema da assistência aos alienados da capital. Tanto as denúncias jornalísticas como os relatos da Comissão de Inquérito contribuíram para isso.<sup>47</sup> Os inspetores identificaram diversos problemas administrativos, além de conflitos internos, confirmando-se a necessidade de mudanças urgentes na Assistência (AZEVEDO, 2012: 59).

O *Relatório da Comissão de Inquérito sobre as condições da Assistência a Alienados no Hospício Nacional e colônias da Ilha do Governador* ressaltou, dentre os vários óbices observados, as más condições sanitárias do HNA<sup>48</sup> e sua triste posição no obituário da capital, lembrando as epidemias de cólera, de 1894 e 1895, os “frequentes” casos de febre amarela, beribéri e os “frequentíssimos” casos de tuberculose. Azevedo não perde de vista o fato de que essa realidade não era muito diferente de outras instituições de assistência à saúde do Rio de Janeiro (AZEVEDO, 2012: 82). O autor também chama a atenção para uma das conclusões do relatório: a “necessidade urgente” de serem adotados mecanismos para a fiscalização das instituições de assistência a alienados, bem como dos “tratamentos clínicos ali aplicados” (AZEVEDO, 2012: 98).

Sobre os resultados do Relatório, o Ministro da Justiça J. J. Seabra (1904), em 03 de agosto de 1903, reportou ao presidente Rodrigues Alves (1902-1906) e ao Congresso tanto as irregularidades quanto as deficiências do HNA, destacando a falta de pavilhões próprios para os enfermos vitimados pelas moléstias intercorrentes, incluindo a tuberculose, a fim de impedir “o grande inconveniente da permanência de alienados tuberculosos e outros atingidos de moléstias infecciosas em promiscuidade com outros não doentes de tais moléstias.” (SEABRA, 1904: 329). Podemos considerar que esse Relatório “encerra” uma parte da história do hospício cujas bases – assentadas em meados do século XIX – sucumbiram à pressão crescente do fim do século, das transformações da sociedade carioca, das reformulações do campo médico-psiquiátrico e dos avanços científicos, especialmente da bacteriologia e epidemiologia.

---

<sup>47</sup> A referida comissão foi formada pelos Drs. Salles Guerra, Antônio M. Teixeira (médico e farmacêuticos) e o Francisco M. da Silva Araujo (farmacêutico) e o único psiquiatra do grupo, Carlos Eiras (AZEVEDO, 2012: 56).

<sup>48</sup> É curiosa a menção sobre a lavanderia do hospício - “em ruínas”, onde “as estufas para a desinfecção de roupas” eram puramente ornamentais (AZEVEDO, 2012: 82) –, ponto que fora ressaltado como positivo, poucos anos antes, no relatório de Pessoa (1899:218).



### 1.3 A tuberculose e as instituições para alienados: um debate internacional

Até aqui, discutimos brevemente a realidade da tuberculose e as várias dimensões analíticas sobre sua contagiosidade, presentes no final do século XIX. Com o auxílio de Espinoza, Sheppard, Nascimento, dentre outros autores, vimos que a tuberculose motivou uma série de debates que foram alargando o entendimento da doença em seus diferentes aspectos – etiológico, fisiológico, social, profilático e terapêutico. A difusão de várias teorias sobre a tuberculose se deu num clima vivo de debates científicos que, de modo geral, se processaram na articulação de redes científicas de produção e circulação de conhecimento – academias, associações, congressos e periódicos especializados. Processo que ocorreu em círculos científicos nacionais e internacionais. Em particular, na cidade do Rio de Janeiro, vimos as perspectivas defendidas por uma nova geração de intelectuais – como os doutores Sodré, Fajardo, Godinho, Seidl – que investigaram a tuberculose, dentro dos novos princípios bacteriológicos, e passaram a defender uma série de medidas profiláticas contra a disseminação do bacilo de Koch.

Dentro do HNA, as discussões sobre a contagiosidade das moléstias infecciosas intercorrentes emergiram dos desafios colocados no exercício profissional dos alienistas, ocasionando medidas internas de isolamento para conter o alastramento dos agentes infecciosos entre os enfermos das diferentes seções manicomialis. Problemas e respostas que mobilizaram vários atores da instituição (como o diretor Teixeira Brandão e os doutores Marcio Nery, Lucio de Oliveira, Trajano de Moura, entre outros) e foram compartilhados pelo Dr. Nery a seus pares na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e nas páginas do *Brazil-Medico*. Compreendemos que as reflexões dos alienistas estavam entrelaçadas aos problemas epidêmicos da capital, às discussões científicas sobre a contagiosidade de determinadas moléstias e às respostas de médicos higienistas da administração pública ao cenário epidêmico e pandêmico do final do século XIX.

A despeito de toda a ebulição científica em torno da tuberculose, dentre outras doenças infectocontagiosas, não encontramos artigos científicos dos alienistas locais e nacionais sobre a relação entre a tuberculose e a alienação mental. Contudo, observamos que alguns deles eram atuantes na SMRJ e publicaram temas variados no *Brazil-Médico*, mormente no campo da medicina mental, como Teixeira Brandão, Marcio Nery, Juliano Moreira e Lucio de Oliveira. Pelos acalorados debates e publicações sobre a tuberculose nas diversas redes científicas,

acreditamos que os alienistas estavam a par das discussões mais importantes sobre a doença e as medidas profiláticas preconizadas à época.

Já no plano internacional, identificamos que o tema da tuberculose/alienação mental estava mobilizando vários médicos do campo da medicina mental, estreitamente vinculados a estabelecimentos psiquiátricos, cujas reflexões abarcaram o caráter institucional da enfermidade. Arguimos, então, como os novos preceitos da bacteriologia contribuíram para jogar luzes e sombras sobre as questões de caráter institucional, considerando a especificidade das instituições asilares para alienados. Para tanto, nos apoiamos em alguns estudos anglo-saxões do período, no sentido de examinar quais foram as principais perspectivas conceituais e analíticas, mobilizadas pelos estudiosos dessa temática. E, ao desatarem vários nós dessa mazela institucional, eles nos colocam diante da complexidade da questão e dos diversos níveis substanciais para o enfrentamento da tuberculose asilar.

Isto posto, teremos a oportunidade de constatar que o olhar médico do HNA não se distanciava muito da linguagem científica dos estudiosos que se voltaram sobre a coexistência de ambas as doenças e de algumas perspectivas analíticas sobre os espaços institucionais de assistência aos alienados. Ainda que os distanciamentos históricos e culturais sejam evidentes quanto às formas de organização das instituições anglo-saxãs. A produção de conhecimento estava apoiada em referências de longa data e em redes mais amplas de intercâmbio científico.

Em seu estudo bibliográfico sobre a correlação entre a tuberculose e as doenças mentais, Grigg (1955) demonstra que a preocupação com a tísica e a manifestação de determinados estados mentais – como febre e melancolia – esteve presente em várias culturas, pelo menos desde a antiguidade clássica. O reconhecimento de tais estados naqueles em consumação foi, ao longo do tempo, acompanhado de tentativas teóricas de dar unicidade a essa condição doentia.<sup>49</sup> Do ponto de vista institucional, sua retrospectiva retoma o início do século XIX, quando vários achados patológicos da tísica em corpos de insanos foram apontados em relatórios dos que estavam à frente de instituições asilares para alienados.<sup>50</sup> Contudo, foi

---

<sup>49</sup> Na literatura médica internacional, o autor identifica termos que foram utilizados para referir-se à relação entre o estado mental e tísica como por exemplo: *hypochondriac consumption*, proposto por Gideon Harvey, em 1666; *affectione hypochondriaca phthisica*, por Antonio Fracassini, em 1778; *phthisis hypochondriaca*, por William Cullen, em 1763, entre outras denominações (GRIGG, 1955: 64-68).

<sup>50</sup> No caso, as primeiras indicações seriam Pinel (em 1809), Esquirol (?) J. B. Franke (em 1845), J. Hitchaman (em 1847), R. Boyd (1861) Griesinger (1861), Joseph Workman (1862) (GRIGG, 1955: 84).

sobretudo na segunda metade do século que as investigações sobre a coexistência entre a tísica e a alienação mental ganharam impulso, na busca por identificar e explicar esse fenômeno.<sup>51</sup>

Desta forma, no período, foram surgindo várias teorias para essa estreita relação: o escocês Thomas Clouston (1863) defendeu a ideia de que a questão passava por distúrbios circulatórios na região cerebral; o alemão Otto Snell (1887) via na respiração superficial e no baixo metabolismo dos alienados razões favoráveis aos bacilos da tuberculose; na mesma linha de Clouston, nos Estados Unidos, B. R. Benner (1889) acrescentou que a melhoria da circulação durante um episódio febril poderia resultar em remissão mental; A. Tomlinson (1895) acreditava numa preponderância hereditária da constituição do “tecido conjuntivo imperfeitamente desenvolvido, instável e facilmente desintegrável”; para o inglês Geo. Savage (1895), a depressão vital preparava o terreno propício aos organismos inferiores; na França, Auguste Voisin (1883) destacou em suas lições clínicas sobre as doenças mentais a “síndrome depressiva” como característica da “folie tuberculeuse”<sup>52</sup> (loucura tuberculosa) ou “mélancolie tuberculeuse” etc. (GRIGG, 1955:68-86). Além do interesse pela tísica e as perturbações mentais, esses atores tinham em comum a vinculação com instituições asilares de assistência a alienados.<sup>53</sup> No século XX, como demonstra Grigg, a temática continuou sendo explorada por diversos estudiosos e por vários ângulos.

No leque de abordagens da relação entre a tuberculose e a alienação, cabe frisar a presença científica de Thomas Clouston, que teve o mérito de impulsionar vários outros estudos, tornando-se uma das principais referências para aqueles que se dedicaram a examinar a problemática da tuberculose asilar. Em 1863, Clouston lançou dois trabalhos sobre o assunto: *On the connexion between tuberculosis and insanity* propôs o termo ‘phthisical mania’ para designar o quadro mental dos indivíduos afetados pela moléstia, cuja característica seria a “monomania of suspicion” (monomania de suspeita?). Sob críticas, mudou o termo para “phthisical insanity” (loucura tuberculosa), em *Tuberculosis in insanity*. Conforme Grigg, a

---

<sup>51</sup> Foram vários os estudiosos a averiguar a presença da tuberculose nos alienados com doenças crônicas, como os franceses Esquirol, Dagonet, Cullere que observaram sua frequência nos lipemaníacos; o norteamericano James Kiernan analisou casos de catatonia; o germânico Karl Osswald voltou-se sobre casos de demência precoce etc. (GRIGG, 1955: 82-84).

<sup>52</sup> No estudo proposto por Voisin (1876) – *Leçons cliniques sur les maladies mentales* – vimos que há um capítulo de 15 páginas dedicadas a “folie tuberculeuse”, nas quais o autor buscou diferenciar as lesões anatômicas e apresentar alguns dos casos observados no serviço do Hôpital de la Salpêtrière Salpetriere, em Paris.

<sup>53</sup> Thomas Clouston (1840-1915) era médico superintendente do Cumberland and Westmoreland Asylum, em 1863, na Inglaterra; em 1875, tornou-se superintendente do Scottish Royal Edinburgh Asylum. Otto Snell foi assistente de Bernhard von Gudden no asilo do distrito de Munique, de 1885 a 1888. A. Tomlinson era superintendente do St. Peter State Hospital, in Minnessota. Geo. Savage foi diretor do Bethlem Royal Hospital, em Londres, em 1872. Auguste Voisin era médico do Hôpital de la Salpêtrière Salpetriere, em Paris.

denominação de Clouston foi adaptada e permutada por autores de outras nações.<sup>54</sup> O que indica que sua proposição para o que seria uma doença mental tipicamente tuberculosa provocou interesse e discussão em vários outros países, inclusive na América do Sul.

De Young (2015) assinala que Clouston foi o primeiro a estabelecer uma relação entre a dimensão da tuberculose asilar com a população geral. Em suas pesquisas, Clouston observou, a partir dos dados de autopsias, uma maior frequência da tuberculose nas instituições para insanos, ao comparar seu levantamento institucional com os óbitos por tuberculose da população geral (DE YOUNG, 2015:10). A partir dessa constatação, o médico colocou as seguintes questões: “A insanidade é uma causa predisponente da tuberculose? Ou, as condições de vida nos asilos determinam essa frequência? Ou a tuberculose predispõe à loucura?” (CLOUSTON, 1863: 15; DE YOUNG, 2015:11, tradução nossa) De seus questionamentos, como observam Grig e De Young, Clouston concluiu pela existência da “*phthisical insanity*”, um tipo particular de perturbação mental, cujos sintomas eram, basicamente, a suspeita, a irritabilidade e uma série de supressões – de fixidez da condição mental, de regularidade, de sociabilidade, de vontade de exercer a mente e o corpo, de tônus, de energia e de saúde corporal (CLOUSTON, 1863: 2).

As análises acima não explicam por que, a partir da segunda metade do século XIX, houve um maior interesse em investigar a tuberculose dentro das instituições asilares. Todavia, nos parece que a discussão proposta por Clouston estava inserida no contexto das análises político higienistas, que marcaram decisivamente a segunda metade do século XIX, e da elevada incidência da tísica nos espaços de enorme concentração humana, típica das cidades industrializadas do período, e com possíveis reflexos nas instituições asilares. Na historiografia, vemos o aumento da preocupação de médicos e reformadores com as aglomerações urbanas, particularmente das classes operárias - gente pobre, faminta e doente. No século XIX, as crises econômicas que afetavam as grandes cidades, como Londres e Paris, deixavam suas marcas sociais: a acentuada deterioração sanitária das condições de vida e moradia das classes trabalhadoras, vistas como focos de doenças, medo e desconfiança em relação aos pobres (BRESCIANI, 1988: 98; RISSE, 1999: 290).

Para Risse (1999), a agenda dos médicos de Edimburgo e Viena, que buscavam associar seu conhecimento clínico aos novos achados patológicos, estava mais vinculada à clínica tradicional (1999: 313). É fato que as proposições de Clouston instigaram tanto o debate sobre

---

<sup>54</sup> Na Grã Bretanha e Estados Unidos o termo *phthisical insanity* foi mantido; mas, na França foi denominada *manie scrofuleuse*, *lypémanie tuberculeuse*, *folie phthisique*; na Itália, *mania tísica*, *pazzia tísica*; na América do Sul, *loucura tuberculosa*; na Alemanha, *chronishes tuberkulöses Irresein* (GRIGG, 1955: 69).

o estado mental do tuberculoso quanto as investigações sobre a incidência da tuberculose nos manicômios. As novas concepções bacteriológicas abriram possibilidades de análise dessas questões, contribuindo para ampliar o olhar médico-psiquiátrico acerca das condições de vida, de higiene e de tratamento nas instituições asilares. É bem provável também que as experiências dos sanatórios de tratamento da tuberculose (de cura pelo clima) tenham contribuído para acrescentar elementos à reflexão sobre a problemática da tuberculose asilar, visto que começaram a se expandir pela Europa e pelos Estados Unidos, na segunda metade do século XIX, atraindo muitos indivíduos da classe médica.

De acordo com Grigg (1955), o Dr. Cornet (1858-1915) estabeleceu os fundamentos básicos da prevenção da tuberculose, sendo o primeiro a sugerir o isolamento dos loucos tuberculosos, ao examinar de perto as causas dos altos índices da infecção em hospícios na Prússia e na Bavária. Sua recomendação passou a ser “formalmente solicitada por portarias sanitárias, referentes a hospitais psiquiátricos, emitidas na Prússia e na Bavária, em 1889.” GRIGG, 1955: 96). Ao que parece indicar a resenha de Sèrieux<sup>55</sup> (1896) sobre o contraponto de Mercklin – *De la prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d’aliénés*,<sup>56</sup> - o isolamento proposto por Cornet em ambientes prisionais e hospitalares para alienados era parcial. Em 1891, no congresso de medicina alienista de Weimar, as medidas profiláticas, propostas por Cornet e Heller, incluíam a desinfecção das expectorações, das roupas, dos móveis e dos ambientes asilares; o exame cuidadoso dos doentes; instruções especiais ao pessoal de apoio; além da separação dos tuberculosos de outros doentes durante a noite (SÉRIEUX, 1896: 133).<sup>57</sup>

Neste momento, o isolamento completo do tuberculoso estava ainda em discussão, pois (no entendimento de Mercklin) não podia ser abordado como algo simples, podendo ter resultados infelizes do ponto de vista mental, para alguns pacientes tuberculosos. Entretanto, contraditoriamente, Mercklin desaconselhava o contato dos tuberculosos com outros doentes com moléstias curáveis, mesmo durante o dia. Portanto, para os asilos sem pavilhão de isolamento, seria imperioso “desenvolver uma estação para os pacientes com tuberculose” (SÉRIEUX, 1896: 134).

---

<sup>55</sup> O psiquiatra francês, Paul Sérieux (1864-1947) produziu um volumoso relatório sobre a assistência aos alienados na França e em vários países europeus (1903), defendendo reformas dos hospitais franceses, nos modelos alemão e suíço, segundo Haustgen (2014).

<sup>56</sup> MERCKLIN. “De la prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d’aliénés”, *Allg. Zeitsch. F. Psychiatrie*, L. LII, fasc.4, s/d.

<sup>57</sup> Logo, as recomendações profiláticas reverberaram e, no caso de Berlim, uma circular ministerial (de 5 de fev. de 1892) foi enviada aos diretores dos asilos de alienados, ordenando que medidas contra o contágio da tuberculose fossem tomadas, inclusive através do exame anual dos alienados (SÉRIEUX, 1896: 134).

As investigações sobre a tuberculose nas instituições psiquiátricas foram replicadas em diversos outros países. Conforme o levantamento historiográfico de Grigg (1955), o tema mobilizou vários doutores, como McAllum (celta), Finegan (irlandês), Gemmel (escocês), e Crookshank (inglês), nas Ilhas Britânicas. E, na virada do século, a consciência dessa problemática foi se ampliando para outros países, como Dinamarca, Itália, Rússia e França. (GRIGG, 1955: 96-97). Em nossa pesquisa de fontes médicas, encontramos o tema sendo analisado particularmente no universo anglo-saxão. Em vista da constatação de que a correlação tuberculose/doença mental estava sendo pensada sobre o ângulo institucional, buscamos aqui trazer à tona os pontos mais debatidos sobre essa problemática nos círculos científicos da medicina mental inglesa e americana, certamente, sem pretender esgotar todas as questões analisadas pelos estudiosos do período.

Nos Estados Unidos, o referido debate sobre a assistência aos alienados tuberculosos esteve vinculado à atuação significativa da *American Medico-Psychological Association* (AMPA). A organização foi fundada na Filadélfia, em 1844, por treze superintendentes e organizadores de manicômios e hospitais psiquiátricos que fundaram a *Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane* (AMSAAI). Em 1893, a organização mudou seu nome para AMPA. Os objetivos da Associação consistiam em “comunicar suas experiências entre si, cooperar na coleta de informações estatísticas relacionadas à loucura e ajudar-se mutuamente a fim de melhorar o tratamento dos loucos”.<sup>58</sup> No final do século XIX, seus associados chegavam a centenas de membros dos mais diversos estados americanos, a maioria vinculada ao universo institucional da medicina mental, incluindo Clouston como membro honorável. Seus atores buscavam debater problemas teóricos e práticos da assistência psiquiátrica, além de outros assuntos do campo da medicina mental. E, neste sentido, vemos que a tuberculose era um problema comum à maioria das instituições asilares dos Estados Unidos, mobilizando a atenção de vários estudiosos, os quais buscavam levantar dados epidemiológicos dos asilos e hospitais, refletir sobre a alta incidência da moléstia nesses ambientes e propor estratégias para lidar com o problema. Os estudos eram, então, debatidos nas reuniões da associação e publicados pelo seu principal canal de comunicação científica, o *American Journal of Psychiatry*, criado também em 1844.

Ao levantarmos os principais aspectos abordados por alguns desses atores compreendemos a quão ampla se tornou a reflexão sobre o vínculo entre a tuberculose e o

---

<sup>58</sup> Disponível em <https://www.nlm.nih.gov/hmd/diseases/professional.html> Acesso em: 22 de fevereiro de 2020.

universo psiquiátrico: da concepção e organização institucional, passando pela atuação dos diversos profissionais de assistência psiquiátrica, aos procedimentos e hábitos dos dementes.

Nos Estados Unidos, Grigg destaca James W. Babcock (1856-1922) como o primeiro a propor o isolamento dos tuberculosos nos manicômios, ao analisar mais profundamente o problema na instituição que supervisionava, o Lunatic Asylum of South Carolina, e sistematizar contribuições advindas de alguns estados do Norte (Nova Iorque, Iowa, Minnesota e Massachusetts) (GRIGG, 1955:96). Em seu artigo *The prevention of tuberculosis in hospitals for the insane*, Dr. Babcock (1894) buscou revisar os estudos anteriores<sup>59</sup> sobre o assunto, e destacou das observações de Bucknill, sobre o Devon County Asylum<sup>60</sup> (relatório de 1861), sua conclusão de que a tísica nos asilos para insanos era um “produto institucional” e fonte de ansiedade, na medida em que o seu alastramento podia depor contra as condições sanitárias de uma instituição (BABCOCK, 1894: 178).

A partir da análise de várias contribuições e dados estatísticos<sup>61</sup>, Babcock resumiu suas conclusões em vários pontos que consideramos válido reproduzir aqui, como segue:

1. que a tuberculose é duas ou três vezes mais comum nas instituições que na população geral;
2. que entre os insanos 2/3 dos casos foram residentes no asilo por mais de um ano;
3. nos asilos, o insano crônico é mais suscetível à moléstia;
4. que a doença é frequentemente o resultado do asilamento e sua prevalência pode ser considerada como um teste das condições sanitárias de uma instituição;
5. que melhorar o saneamento só diminuiu a taxa de mortalidade, mas não exterminou a doença;
6. que a doença é realmente onipresente, embora alguns asilos pequenos e bem administrados estejam livres dela;
7. que as estatísticas asilares, baseadas somente no diagnóstico, não revelam a mortalidade completa;
8. que em casas particulares os loucos não são mais sujeitos a tísica do que outras pessoas;
9. que a hereditariedade direta é provavelmente menos potente que se supunha;
10. a predisposição à tuberculose pode ser congênita ou adquirida;

---

<sup>59</sup> No caso, retomando os dados *post mortem* de Griesinger (referentes aos achados de Esquirol, Calmeil e Pinel), Clouston, Cornet, Bucknill e Tuke, entre outros, e as taxas de óbito por tísica de várias instituições norte americanas (BABCOCK, 1894: 182-184).

<sup>60</sup> Construído no início da década de 1840, o asilo inglês tornou-se uma instituição modelo, sob a direção do médico John Charles Bucknill (1817-1897). Porém, a superlotação e a escassez de pessoal levaram a instituição à decadência, numa crise duradoura, exacerbada pelos efeitos de duas guerras mundiais. Disponível em <http://dcmh.exeter.ac.uk/> Acesso em: 18 de setembro de 2019.

<sup>61</sup> A exemplo do próprio estudo, entre 1880-1893, no *Lunatic Asylum of South Carolina* (EUA), totalmente fora dos padrões da higiene moderna. Babcock encontrou no grupo de doentes negros (em comparação com os brancos) um maior número de vítimas da tuberculose e, substancialmente, entre as mulheres negras (comparadas com os homens). Admitindo ser isso mais do que uma peculiaridade da raça negra, colocava em questão a hereditariedade da tuberculose. (BABCOCK, 1894:184).

11. que das influências externas são mais importantes a ventilação imperfeita, ausência de luz, humidade, encanamento e drenagem defeituosos, exercício insuficiente, falta de uma dieta variada - de fato um meio ambiente pouco saudável, mas com elementos psíquicos como depressão dos espíritos, saudade de casa, solidão, monotonia etc. também podem desempenhar sua parte;
12. 'a história da doença, observações clínicas e investigações bacteriológicas provam a comunicabilidade da doença e que os elementos da infecção são um germe específico contido nas descargas tuberculosas;'
13. 'sendo comunicável a doença é, portanto, prevenível.' (BABCOCK, 1894: 189-190, tradução nossa)

Além disso, o médico defendeu o combate à tuberculose institucional a partir de quatro linhas de ações profiláticas. A primeira, cuidando os pacientes tuberculosos por meios específicos com as descargas das lesões tuberculosas (escarros, pus e outras dejeções); o que incluía o isolamento do doente (principalmente noturno) em enfermarias devidamente preparadas para desinfecção diária do chão (feito de linóleo), das paredes e camas (de ferro e pintadas) com solução desinfetante (solução carbólica), a separação de seus utensílios e roupas de cama, devendo ser higienizadas em separado. O manejo do tuberculoso incluía a atenção especial da enfermagem aos infetados em estágios iniciais, cuidando do exercício e da alimentação para prevenir expectorações, em vez do simples uso de cuspidores. A segunda linha profilática seria voltada para a total desinfecção do quarto ocupado pelo paciente tísico, após sua vacância – incluindo pintura, envernizamento e uso de soluções desinfetantes (solução carbólica, água e sabão) e desinfecção das roupas em água fervente e solução carbólica. A terceira linha incluía cuidados com os não tuberculosos: sua alimentação (especialmente verificando as fontes de carnes e leites), o vestuário adequado para os doentes (com uso de roupas quentes), ventilação apropriada dos ambientes hospitalares e o uso de métodos sanitários. Por último, para o planejamento de novos hospitais, indicava maior atenção ao isolamento de enfermarias e quartos, especialmente adaptadas para o cuidado das doenças contagiosas. Lembrando, ainda, as recomendações do Dr. Trudeau, baseadas na higiene, na boa alimentação, no clima, nas atividades ao ar livre etc. (BABCOCK, 1894: 190-194).

Em terras americanas, Babcock tornou-se uma voz importante a favor do isolamento, em especial, para fímatos em estágios avançados, em construções separadas e adaptadas para o cuidado das doenças infectocontagiosas, equipada com recursos e métodos mais modernos de desinfecção. O caráter estatístico e propositivo da investigação de Babcock demonstra o interesse nas questões de saúde pública, próprio da medicina social do período. E, para tanto, o médico retomou o arcabouço do conhecimento produzido, até então, sobre o assunto, revisando estudos internacionais. De certa forma, os treze pontos listados por ele concentram as principais



questões em debate no final do século XIX e início do século XX, compreendendo tanto a verificação do alto índice de tuberculose nos hospícios como as razões para isso, e ligando as diferentes dimensões dessa problemática – etiológica, estrutural, administrativa, sanitária e psíquica.

Babcock também apresenta, com bastante clareza, como a perspectiva da predisposição familiar, conjugada com o meio ambiente e o estilo de vida do indivíduo, que prevaleceu durante o século XIX – como analisa Rothman (1994: 4) – passava a ter a sua importância relativizada, mas não de todo descartada, dando lugar ao preceito bacteriológico da contaminação e, como tal, passível de prevenção. Ou seja, na visão do Dr. Babcock, cooperava para a alta incidência da tuberculose nas instituições asilares fatores externos e internos, objetivos e subjetivos. Contudo, sendo a doença comunicável por um bacilo específico, era possível de ser prevenida agindo sobre as condições da assistência que favoreciam a transmissão daquele agente invisível entre os asilados.

Outro estudioso estadunidense a colocar questões pertinentes ao nosso tema foi George H. Rohé (1896), superintendente do Second Hospital for the Insane, em Maryland (EUA). Compreendo a tuberculose como um produto institucional, o médico propôs a seguinte questão: em que a administração preventiva da doença num hospital para dementes se diferenciaria de um hospital geral? Do seu ponto de vista, a administração dos problemas sanitários em uma instituição psiquiátrica não seria muito diferente dos hospitais gerais, já que estaria baseada nos modernos princípios de salubridade: drenagem e esgoto, suprimento de água e comida, prevenção da propagação das doenças infectocontagiosas e a aplicação da higiene pessoal. E grande parte do transtorno causado pelas doenças infecciosas nos hospitais seria exatamente pela insuficiência na aplicação desses princípios. Para o superintendente, a apatia com relação ao problema seria devido à crença prevalente na "relação etiológica entre a tísica e a loucura." (ROHÉ, 1896: 232) Quer dizer, no contexto social da doença, diversas representações da tuberculose dificultavam a aplicação dos princípios bacteriológicos.

Outro aspecto relevante abordado por Rohé diz respeito ao isolamento dos doentes agitados ou perturbados dos demais pacientes com práticas danosas como, algemas, camisas de força, trancando-os em quartos vazios, escuros, com janelas gradeadas, e outras formas de contenção. Levado à exaustão, entre rasgos, gritos, cantos, risos, socos e a recusa de alimentos, o paciente tornava-se propenso a adoecer de alguma intercorrência. Advogando um tratamento mais humano aos alienados, Rohé propôs a mudança conceitual das instituições de assistência,

de asilo para hospital, de modo a romper com a concepção leiga dos loucos como seres selvagens e violentos. (ROHÉ, 1896: 229)

Esta sua fala indica a coexistência de duas concepções sobre o asilo circulante na sociedade americana à época: como lugar de exclusão (daquele que não era capaz de controlar seus instintos) e como lugar de proteção para a sociedade (que podia ser vítima de seus arroubos incontroláveis). De outro modo, Rohé propunha a redefinição do louco, enquanto doente, e do seu lugar de tratamento. E, como crítico da superlotação e das velhas construções, vistas como inadequadas ao atendimento hospitalar, o médico indicava novos parâmetros assistenciais: um modelo de construção mais simples, que prezasse pela abundância de luz solar e ventilação, com estruturas eficientes de iluminação, aquecimento, escoamento de esgoto e suprimento de água; formação adequada para o corpo de enfermeiros; atenção para os nutrientes e sabor da alimentação servida aos doentes, entre outros detalhes. Em sua perspectiva, as dificuldades de controlar as doenças infecciosas eram grandes, mas podiam ser superadas. Melhor seria que os manicômios fizessem parte de um sistema geral de administração médico-sanitária do Estado, e que os doentes mentais, não sendo nem criminosos nem intratáveis, recebessem cuidados médicos em vez de uma administração correcional ou restritiva (ROHÉ, 1896: 229-233).

O debate sobre a tuberculose institucional ocorria igualmente nas ilhas britânicas, entre atores vinculados ao universo psiquiátrico. Como nos Estados Unidos da América, os estudiosos lá estavam organizados em uma associação e apoiados por um canal de divulgação especializado, meios pelos quais buscavam discutir questões de toda ordem do campo da medicina mental. Na realidade, segundo Noll (2009: 33), a *Association of Medical Officers of Asylum Hospitals for the insane* foi a primeira associação do gênero, fundada três anos antes dos americanos, em 1841. No ano seguinte, foi criado o periódico *The Asylum Journal*, posteriormente nomeado *Journal of Mental Science*, a fim de divulgar e promover os estudos de problemas que afetavam as instituições psiquiátricas. Em 1865, a entidade assumiu o nome *Medical-Psychological Association of Great Britain and Ireland* (MPA)<sup>62</sup> (NOLL, 2009: 33). Portanto, não é casual a produção de estudos sobre a problemática da tuberculose no meio psiquiátrico nessas nações.

No cenário britânico, o ensaio *The Frequency, Causation, Prevention, and Treatment of Phthisis Pulmonalis in Asylums for the Insane* marcou o debate sobre a tuberculose nas instituições asilares. Escrito por F. Graham Crookshank, médico assistente do Northampton

---

<sup>62</sup> Em 1926 a associação passou a se chamar *Royal Medico-Psychological Association* e, 1971, assumiu o nome atual *Royal College of Psychiatrists*.

County Asylum, o ensaio foi publicado no *Journal of Mental Science*, em 1899. O autor foi premiado com medalha de bronze pela MPA, no mesmo ano de sua publicação.

A partir dos dados estatísticos do Dr. Crouston, dentre outros, Crookshank destacou as várias perguntas que o guiaram em sua investigação sobre a realidade da tuberculose nos asilos britânicos para dementes: “qual é a mortalidade da tísica no atual momento das Ilhas Britânicas?”; “qual é a mortalidade dessa moléstia nos asilos britânicos?”; “estão as taxas de mortalidade aumentando ou diminuindo?” (CROOKSHANK 1899:567). Ao buscar respondê-las, o médico percebeu que os dados institucionais da tuberculose eram mascarados por outras doenças do sistema nervoso (como a paralisia geral) e pela forma como as causas de morte eram lançadas nas tabelas dos asilos e nos registros oficiais. Nesta perspectiva, portanto, haveria uma subestimação da tísica que tornava mais difícil responder às perguntas colocadas. A seu ver, no insano a tísica se encontrava frequentemente em estado latente e, comumente, os dados que apareceriam nos certificados de óbito não eram fidedignos (CROOKSHANK, 1899: 657-673).

No mesmo artigo, outras perguntas do autor ajudam a entender a direção de suas reflexões e como, de certa forma, contribuíram para pautar o diálogo científico sobre o tema. Deste modo: “as condições de vida nos asilos determinariam a disseminação da tísica entre os insanos?”; “quais seriam as causas da fraca defesa orgânica contra tais organismos?”; “por que a mortalidade pela tísica permanecia tão alta entre os insanos?”; “por que prevalecia a superpopulação nos asilos britânicos?”; “o que poderia ser feito para prevenir a infecção?”; “o que podia ser feito para deter o progresso da doença naqueles já infectados?” (CROOKSHANK, 1899: 658-673, tradução nossa).

Sua explicação para a alta mortalidade por tuberculose nos asilos de alienados passava por alguns pontos. Primeiro, a suscetibilidade dos dementes à doença, que podia ser por tendência hereditária, por peculiaridades respiratórias e, principalmente, pela inalação de esporos. Em segundo lugar, as condições de vida nos asilos favoreciam o desenvolvimento da tuberculose, principalmente devido à mistura de doentes tíxicos com outros não afetados pela doença e à superpopulação, muito frequentes nas instituições asilares. Tratava-se de lugares com tendência à concentração de enfermos com persistentes hábitos sujos, onde desinfetantes químicos geralmente não podiam ser usados, onde havia menor circulação de ar por pessoa, falta de exercício ao ar livre e dieta de qualidade. Aspectos que favoreciam a baixa resistência dos internos (CROOKSHANK, 1899: 667-679).

Crookshank propôs três planos para lidar com o problema, destacando que qualquer medida para reduzir a enfermidade e a mortalidade entre os loucos passava pela administração

econômica do asilo. O primeiro plano baseava-se no entendimento da necessidade de se fazer uso de amplos espaços, bastante ar puro e generosa dieta. Para tanto, seria preciso transformar os asilos em hospitais para tísicos (como o Royal Brompton Hospital)<sup>63</sup>, aumentando o tamanho do asilo para dar conta da superpopulação dessas instituições. Um plano nada econômico, na visão do médico. O segundo plano seria prover os asilos com um bloco hospitalar para os pacientes tuberculosos, assegurando os princípios de isolamento – o que, na prática, acabava se tornando uma enfermaria para manter os consultivos na cama e quietos.<sup>64</sup> Por último, destacava como medida mais indicada a segregação de cada doente tuberculoso, independentemente de sua condição mental, em sanatórios, o que permitiria diminuir a infecção dentro do asilo (CROOKSHANK, 1899, 674).

No mesmo ano da publicação desse dilacerante artigo, o Dr. Eric France apresentou um ensaio, na MPA, com suas ponderações sobre o artigo do Dr. Crookshank, reforçando a profilaxia do isolamento para os alienados tísicos. A partir desta intervenção do Dr. Eric, o Conselho da Associação nomeou um comitê para investigar o problema, coletar evidências e dar sugestões práticas quanto ao isolamento desses doentes. Em 1900, o relatório do Comitê destacou as causas da prevalência da tísica nos asilos: a superpopulação; a inadequação do sistema de ventilação e aquecimento; a exiguidade de horas ao ar livre; a falha na dieta alimentar; e os hábitos imundos. O relatório também recomendou uma série de medidas preventivas: o isolamento de todos os casos de tuberculose; o diagnóstico precoce da doença; supervisão da dieta alimentar e da superpopulação; restrição do número de leitos por dormitório; melhoria da ventilação; cuidado com a promiscuidade das expectorações etc. (THE BRISTH MEDICAL JOURNAL, 1902:1349-1350).

É relevante a circularidade desses estudos no universo anglo-saxão, demonstrando que os intercâmbios científicos eram tão dinâmicos quanto o que observamos em relação aos debates intelectuais mais amplos sobre a etiologia e a profilaxia da tuberculose, no mesmo período. Da mesma forma, não podemos desconsiderar que todos falavam do lugar da assistência, buscando resolver problemas práticos das instituições às quais estavam vinculados. Além disso, é notável a preocupação de alguns estudiosos que, extrapolando os limites da própria instituição, buscavam entender como a tuberculose estava afetando o universo asilar e que medidas estavam sendo pensadas e/ou experimentadas para dar conta dessa enorme problemática.

---

<sup>63</sup> Instituição fundada em 1840, na Vila de Brompton, em Londres, especializada no atendimento de pectários.

<sup>64</sup> Segundo informa o autor, este plano era defendido por Crichton Browne.

É o caso da análise de outro membro da AMPA, o Dr. Arthur H. Harrington (1856-1939), superintendente do Danvers Insane Hospital, em Massachusetts (EUA), entre 1898-1903. Em *Separate provisions for tuberculous patients in state hospitals for the insane*, publicado como parte do quinquagésimo sexto encontro anual daquela Associação, em 1900. A partir do resultado das investigações de Clouston, Crookshank, Babcock e Bucknill, Harrington levantou uma discussão interessante sobre o manejo da tuberculose nas instituições americanas de assistência psiquiátrica, baseada na coletânea de respostas a um questionário<sup>65</sup> enviado para inúmeras instituições psiquiátricas nos Estados Unidos. Compilando os dados recebidos, o estudioso organizou um quadro estatístico da tuberculose no país.<sup>66</sup> Percebendo uma distribuição irregular da doença, ele se perguntou por que alguns hospitais estaduais tinham taxas de óbitos muito elevadas e outros, comparativamente, estavam livres da tuberculose. Além disso, o pesquisador observou que na opinião de muitos diretores todos os tuberculosos deveriam ser isolados e, na medida das possibilidades, alguns já estavam providenciando espaços de isolamento e aumentando os cuidados higiênicos com as expectorações dos tísicos e com o ambiente asilar. No entanto, a maioria das respostas não indicaram a implementação do isolamento e/ou sua fiscalização como política de Estado (HARRINGTON, 1900: 203-209).

Nas páginas da mesma publicação seguiu a discussão sobre o estudo do Dr. Harrington. As ponderações feitas pelo Dr. G. H. Hill (Medical Superintendent Iowa Hospital for the Insane, Independence, Iowa), pelo Dr. P. Wise (presidente da State Commission in Lunacy, N.Y.), e pelo Dr. H. A. Tomlinson (Medical Superintendent St. Peter State Hospital, Minnesota.) trataram de aspectos já mencionados, como a necessidade de exame *post-mortem* para conhecer todos os casos de tuberculosos, a superpopulação dos asilos e a necessidade do isolamento. Temas que já estavam se tornando recorrentes. Entretanto, dois outros pontos foram levantados pelos debatedores. O primeiro diz respeito à explicação do Dr. Wise para o fato de algumas instituições apresentarem taxa nula de tuberculosos. Por exemplo, o St. Lawrence Hospital em Nova Iorque recebeu muitos pacientes tuberculosos de outros hospitais no primeiro ano de suas atividades com novos edifícios, boas condições de higiene e boa circulação do ar. Tais enfermos tiveram melhora da afecção tuberculosa. Todavia, a instituição foi envelhecendo na proporção do aumento do número de doentes. Em segundo, a observação do Dr. Hill sobre a dificuldade

---

<sup>65</sup> “1. Quantos morreram nos últimos cinco anos? 2. Quantos desses morreram de tuberculose? 3. Sua instituição tomou medidas para separar os reconhecidos casos de tuberculose? 4. Em seu estado há alguma requisição ou supervisão de autoridade do Estado para separar os tuberculosos nos hospitais para insanos? 5. Há condições mais favoráveis para o bacilo se hospedar nos grandes hospitais para dementes? (HARRINGTON, 1900: 204-208).

<sup>66</sup> No seu quadro da tuberculose, as instituições foram agrupadas em 4 regiões (Nova Inglaterra, Meio, Oeste e Sudoeste, e Sul), a tuberculose oscilou entre 11,9 a 20,1% dos óbitos do conjunto de instituições nos diversos estados, cuja média seria de 15% de óbitos por tuberculose nos manicômios.

dos médicos e enfermeiros em lidar cotidianamente com os insanos tuberculosos, pois muitos se mostravam completamente alheios às orientações dadas e não seguiam as instruções para o cuidado com as expectorações. Palavras do Dr. Hill:

Os piores casos que eu tenho lidado são pacientes tuberculosos totalmente dementados, ou são contrários àquelas disposições, ou são imprudentes em suas maneiras de dispor suas expectorações, cuspiendo sobre as paredes, o chão ou roupas de cama, se recusando a cuspir onde a enfermeira e o médico desejam que as expectorações sejam depositadas. Em todos os casos que manejo, na medida do possível, reservo espaços nas enfermarias para os casos de tuberculosos acamados ou inválidos, sobretudo para os que se recusam a expectorar de tal maneira que possamos coletar o escarro e destruí-lo. (HILL apud HARRINGTON, 1900: 211, tradução nossa).

Não apenas os doentes mentais revertiam os princípios racionais colocados pela prática médico-assistencial, como também os facultativos enfrentavam outras dificuldades no cotidiano asilar. Diagnosticar a infecção no seu estágio inicial e garantir espaços de separação dos doentes infecciosos em instituições superlotadas e estruturas arcaicas eram enormes desafios. Junto com o problema do excesso de pacientes nas instituições anglo-saxônicas, o isolamento como meio tangível de controlar a tuberculose também não era algo simples, pois não se tratava apenas de uma mera reforma arquitetônica ou adequação do atendimento asilar e, sim, de repensar a assistência aos alienados em sua essência. O que implicava na adoção de novos parâmetros técnicos de rotina hospitalar, no treinamento dos profissionais de apoio (como enfermeiros e guardas) e na mudança na forma de pensar, de se relacionar e de tratar o paciente. Ou seja, para implementar os novos pilares médico-hospitalares era preciso desconstruir velhas estruturas – físicas, de guarda, e de tratamento – e transformar antigos costumes em novas práticas. Todo o processo dependia, portanto, tanto de recursos financeiros como de engajamento dos diversos sujeitos do teatro asilar: médicos-psiquiatras, enfermeiros, guardas, diretores, administradores, pacientes etc.

No despontar do século XX, do outro lado do Atlântico, Lionel A. Weatherly (membro do Royal College of Surgeons of England e da MPA) e G. A. Maccallum (superintendente para asilos de insanos, em Londres) continuavam levantando questões sobre a tuberculose asilar e propondo soluções. Discussão que também diz respeito à nossa problemática local pois, no mesmo período, a tuberculose estava sendo apontada por sua Direção Geral como um dos graves problemas do HNA, assim como a necessidade de investir no isolamento dos alienados fimatossos. Sem contar que Juliano Moreira, futuro diretor do HNA, esteve na Europa, entre o final do século XIX e início do XX, e estabeleceu contato com teorias e práticas do universo psiquiátrico, como veremos no próximo capítulo.

Em *The treatment of tuberculosis in asylums*, artigo publicado pelo *Journal of Mental Science*, o Dr. Weatherly (1901) se perguntou: há algo a fazer em relação à tísica nos asilos? E o que pode ser feito? E continuou: é sabido que as pessoas com pré-disposição à tuberculose entram nos asilos saudáveis e se tornam tísicos, propagando a doença por toda parte. Por que isso? Daí a importância do exercício e do ar puro, principalmente entre as mulheres em que a doença seria prevalente. Então, o médico alertou para a necessidade de adaptar as janelas para melhorar a ventilação interna; melhorar a qualidade da dieta (um ponto delicado, pois tocava na questão dos custos administrativos e que poderia ser resolvido com a redistribuição dos recursos, com menos investimentos em palácios); inculcar hábitos higiênicos nos pacientes (prover lugares adequados para escarrar, com utensílios adequados nos corredores e ao lado das camas etc.); estabelecer regras também para o corpo de enfermagem; como desinfecção das mãos e limpeza imediata de qualquer sinal de expectoração no chão com esfregão, papel e desinfetante.

"Em face do inimigo", Dr. MacCallum (1902) acreditava ser impossível controlar a propagação da tuberculose apenas com medidas higiênicas em locais tão lotados, e advogava o isolamento principalmente para os doentes em estágios infecciosos iniciais. Lembrando o exemplo do tratamento proposto por Trudeau, em Adirondacks (EUA), recomendou:

O remédio para esse mal parece simples o suficiente. Deve ser construído sobre uma parte ensolarada do terreno – tão distante quanto possível das outras alas – chalés para o isolamento dos pacientes tuberculosos. Cada qual largo o suficiente para acomodar poucos pacientes ou, se possível, construir um para homens e outro para mulheres. Eles devem ser organizados de modo a oferecer a melhor ventilação e exposição ao sol. Varandas devem ser providenciadas para a exposição dos pacientes acamados ao ar livre, e os atendentes especiais devem ser instruídos sobre a execução das medidas de higiene pessoal sugeridas acima (MACCALLUM, 1902: 297, tradução nossa).

Outra questão colocada, em debate, foi a identificação dos pacientes nos estágios iniciais da doença, o que nos leva às recomendações feitas pelos doutores France e Crookshank, de estabelecer, como rotina institucional, a pesagem e verificação da temperatura dos doentes, em determinados horários e, nos casos suspeitos, submeter o paciente ao teste da tuberculina.<sup>67</sup>

As controvérsias científicas eram parte do ambiente intelectual e jogavam a favor ou contra determinadas teorias, como constatamos no debate *Tuberculosis in lunatic asylums*, publicado entre outubro e novembro de 1902, no periódico *The British Medical Journal*,

---

<sup>67</sup> Neste caso, nos parece que o dado contraria a afirmação de Rosemberg (1999) de que a tuberculina caiu no esquecimento, sendo revalorizada pelo bacteriologista austríaco Von Pirquet (1874-1929), que demonstrou seu valor de diagnóstico em 1908. (ROSEMBERG, 1999:16)

envolvendo os doutores J. Graham Crookshank, Eric France (Secretário Honorário do Comitê da Tuberculose), Henry Shaw (County Asylum, Stafford), e F. J. Stuart (Northampton County Lunatic Asylum).

As discordâncias desses atores passavam por vários pontos. Uma das críticas principais dizia respeito à comparação estatística dos números da tuberculose entre a população geral e os números dos asilos. Dr. France acreditava que a comparação entre esses universos tão distintos contribuía para falácias. Outro crítico (não identificado) defendia que melhor seria comparar grupos com a mesma suscetibilidade, pois a dos asilos sofria mais de tuberculose do que a população geral devido à internação. Porém, na ausência dessa possibilidade, não havia porque se abster das comparações. O mesmo autor crítico apontou algumas falhas do *Report of the Tuberculosis Committee of the Medico-Psychological Association of Great Britain and Ireland*, como a lista de prioridades relatadas, visto que, no seu entendimento, o cuidado com os esputos dos doentes deveria ficar em primeiro lugar ou segundo (e não em nono) entre as precauções, ainda que fosse extremamente difícil impedir que os dementes expelisser seus esputos em lugares indevidos. Esses escarros poderiam ser usados como amostras para exame ao microscópio. O autor também criticou a estatística apresentada pelo Comitê e não revisada por um especialista. O método estatístico também foi considerado um erro pelo Dr. F. J. Stuart (Senior Assistant Medical Officer, Northampton County Lunatic Asylum), que fez questão de mostrar qual seria a forma correta de calcular o tempo médio de residência dos alienados nos asilos ingleses.

Em suas críticas ao relatório do Comitê, o próprio Dr. Crookshank (1902) afirmou que seu estudo foi modificado editorialmente e que não participara dos trabalhos organizados pela MPA, ainda que suas recomendações tenham sido utilizadas no relatório final sem o devido reconhecimento e referências. Além da concordância com o Dr. Stuart sobre as falhas estatísticas, Crookshank buscou corrigir erros interpretativos do comitê. Em seus próprios termos:

Eles afirmam com muita gravidade que o caráter da população de todos os asilos evidentemente têm muito a ver com a tuberculose adquirida, pois está provado que a taxa de mortalidade por essa doença é duas vezes maior nos asilos que possuem uma população urbana do que em relação aos pacientes que estão em asilos em distritos rurais. O fato é afirmado corretamente, a inferência é incorreta. As populações urbanas estão aumentando; a população rural está diminuindo; os asilos preenchidos nas grandes cidades estão mais superlotados do que os preenchidos nos distritos rurais. Isso é tudo. Não é necessário inferir que "a suscetibilidade ao desenvolvimento desta doença aumenta consideravelmente nos moradores da cidade". Longe disso. Outras coisas são iguais - o lavrador levado dos campos ao asilo sofre mais do que o morador da cidade retirado de seu bairro miserável. Mas o lavrador vai para



um asilo menos movimentado do que o operário da usina de Lancashire. Quão terrível é a superlotação nos asilos. (CROOKSHANK,1902:1469, tradução nossa).

O estudioso, ainda sobre o isolamento, se colocou contra a ideia de hospitais anexos aos asilos, pois, acabavam se degenerando em enfermarias para tuberculosos acamados: “O que se quer são asilos para os tísicos insanos – sanatório-asilo como tenho chamado – asilos em miniatura, nos quais o melancólico, o maníaco e o demente possam igualmente ser tratados, tanto por sua tísica como por sua insanidade” (CROOKSHANK,1902:1469, tradução nossa). De resto, para Crookshank, a negligência com os dementes tuberculosos passava também pela falta de preparo dos médicos em fazer o diagnóstico correto da doença. E, nesse sentido, entendia que, como um espaço psiquiátrico *sui generis*, o sanatório requeria médicos especializados nos dois campos do conhecimento.

As críticas às condições precárias dos hospícios e a defesa de medidas profiláticas contra a infecção tuberculosa continuaram sendo levantadas no meio psiquiátrico e os diálogos desses estudiosos extrapolavam cada vez mais fronteiras. O discurso médico-psiquiátrico a favor do isolamento dos doentes tuberculosos nos asilos e nos hospitais continuou agregando novas vozes. No artigo *Les aliénés et la tuberculose*, por exemplo, o médico francês A. Marie (1906) retomou os estudos de Clouston e Harrington para acusar as causas da tísica nos asilos franceses e propor a separação dos tuberculosos dos doentes não infectados pelo bacilo de Koch, como uma medida de caráter urgente e de interesse geral. Artigo que chegou ao Brasil pela resenha do Dr Antonio J. Ferreira – divulgada nos *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria*. A essa altura, como veremos no próximo capítulo, o serviço de isolamento das doenças infectocontagiosas já havia sido instaurado no hospício da Praia da Saudade, em conjunto com outras doenças infectocontagiosas. E, mais uma vez, vemos uma aproximação dessas análises com as transformações internas do HNA, que incorporava de forma prática as proposições assistenciais e científicas acerca das doenças infectocontagiosas, incluindo a defesa de pavilhões especiais para o tratamento dos fimatossos alienados.

A mudança no olhar da relação entre a tuberculose e a alienação mental contribuiu fortemente para o questionamento da própria instituição e sua forma de assistência, recolocando criticamente as práticas de assistência aos doentes mentais. Tanto o ambiente institucional quanto o estilo de vida asilar passaram a ser vistos como corresponsáveis pela grande incidência da tuberculose entre os alienados. E, como ocorria fora dos muros asilares, várias vozes (de diretores, administradores e alienistas) pregavam a ação direta sobre o foco de contágio e sobre os processos coletivos, numa perspectiva profilática. Para os mais otimistas, havia a perspectiva

de cura, atrelada ao estilo de vida ao ar livre, ainda que disciplinado e sob orientação médica. Como assinala Rothman (1994: 135), o discurso científico moldara-se à crença da vida natural como caminho para uma existência saudável e/ou para a recuperação da saúde.

Se os loucos físicos não podiam ir em busca da cura nos sanatórios das montanhas ou em outros climas favoráveis, o hospício deveria trazer o sanatório para dentro de si, ou criar sanatórios conjugados no tratamento da doença mental e da tísica. Mas é importante que se diga que o sanatório era divulgado, pelo pensamento médico, como uma escola que ensinasse os finatosos a dominar a doença e não expô-la aos demais, o que era seria um desafio no universo da loucura.

\*\*\*

No final do século XIX, no Rio de Janeiro, compreendemos a distância entre as novas teorias bacteriológicas e a realidade da doença na capital. Por um lado, podemos presumir que as enfermarias da Santa Casa tornaram-se espaços de observação científica, mas também de angústias e anseios para os médicos e profissionais que ali trabalhavam. Os hospitais gerais representavam exemplos do que era condenável em termos de higiene. Pois os focos de infecção estavam não só nos doentes, mas no chão, nos móveis, nas roupas, e até no ar que se respirava. A expectativa por mudanças estava longe de se realizar e restava alertar as autoridades quanto às medidas necessárias para tal. Por outro lado, podemos pensar as críticas à realidade institucional dos hospitais da Misericórdia, no Brasil, como parte do processo de readequação do pensamento científico e da práxis médica aos novos parâmetros da microbiologia, e da conformação do hospital moderno.

Essa percepção crítica do ambiente hospitalar, também estava presente entre os facultativos das seções do HNA e de seu diretor, que discutiam as razões de surtos epidêmicos internos e entendiam a necessidade de mudanças estruturais, incluindo rotinas de desinfecções e isolamento, entre outras medidas, para evitar a propagação de agentes nocivos e invisíveis. Como analisamos, esse processo estava inserido igualmente nos debates sanitários da capital e nos intercâmbios científicos de caráter nacional e internacional. Assim, embora não tenhamos encontrado análises científicas locais sobre a correlação da tuberculose com a alienação mental, no final do século XIX, vemos que as formulações teóricas internacionais chegavam aos círculos intelectuais nacionais, teórica e empiricamente, como parte de intercâmbios científicos. Neste sentido, consolidava-se uma linguagem universal de ciência-médica, em que estudos clínicos e sanitários passavam a abranger determinados procedimentos técnico-científicos

(como verificações estatísticas e provas de laboratório) aplicados de forma múltipla, mas que permitiam aproximar diferentes universos geográficos e histórico-culturais.

Ao mesmo tempo, em função das singularidades do processo histórico, as diferenças se faziam presentes. No plano internacional, estudos sobre a relação entre a tuberculose e a alienação ocorriam de forma diversa, em vários países. No universo anglo-saxão, em particular, vemos a preocupação com o papel das instituições nas estatísticas da doença e a discussão chegando a pormenores, ligando vários pontos dessa enorme problemática. Nos parece que, no final do século XIX, houve uma maior profissionalização da medicina mental anglo-saxã. E, como é próprio das ciências, o campo se constituía sobre consensos e dissensos. No que se refere à tuberculose, ao lado de questões cada vez mais consensuais – como os aludidos contágios interno, isolamento dos doentes infectocontagiosos, e necessidade de desinfecções diárias–, havia divergências em relação à melhor forma de isolamento e aos instrumentos científicos utilizadas nos estudos da doença. Disputas havia também pelo ineditismo a propriedade da produção intelectual e pelas conclusões a que chegaram os estudiosos.

Lembrando a lição dada por Fleck (2010), os meios de organização social e de promoção de periódicos especializados, entre outros recursos educacionais, tornaram-se fundamentais para a circulação de ideias e projetos fora dos círculos científicos. Portanto, fica mais fácil entender por que os debates em torno da tuberculose institucional ganharam amplitude e profundidade no seio da assistência anglo-saxã. No Brasil, a organização de associações científicas e a criação de periódicos especializados no campo da medicina mental, no início do século XX, contribuíram para impulsionar a produção científica local, como teremos a oportunidade de discutir no 4º capítulo.

## Capítulo 2

### **A nova face do velho hospício: a 4ª Seção de moléstias infectocontagiosas intercorrentes (1903-1918)**

Este capítulo trata das transformações introduzidas no hospício da Praia da Saudade com a entrada de Juliano Moreira na direção do HNA. Temos dois objetivos. Primeiro, analisar como as mudanças estruturais e assistenciais do hospício no âmbito das reformas urbanas e sanitárias do início do século XX, executadas por Pereira Passos e Rodrigues Alves (1902-1906), se entrelaçaram a determinadas questões da organização assistencial do Rio. Segundo, compreender as novas diretrizes do HNA para as doenças contagiosas, em especial para a tuberculose, com a criação e posterior alargamento da 4ª Seção de moléstias infectocontagiosas intercorrentes.<sup>68</sup>

Por conseguinte, traçaremos os elementos institucionais, políticos, urbano-sanitários e legais que contribuíram para a transformação do hospício da Praia da Saudade e investigaremos as razões que levaram a direção do HNA a isolar os pacientes tuberculosos, considerados focos de contágio interno, a exemplo do que foi aplicado no final do século XIX, como vimos no capítulo 1. Trata-se da mesma estratégia, porém executada em espaços projetados e construídos para um atendimento especializado. Portanto, veremos como os novos pavilhões de isolamento das moléstias infectocontagiosas refletiram as proposições médico-científicas para a assistência aos afetados por moléstias contagiosas, especialmente os pacientes tuberculosos. E de que forma tais mudanças incidiram sobre a movimentação desses pacientes no HNA, observando as relações dinâmicas com outros serviços da assistência da capital, destinados, ou não, aos alienados.

\*\*\*

---

<sup>68</sup> Em muitos protocolos administrativos de pacientes do HNA, entre o final do século XIX e início do XX, as seções eram identificadas pelo seu número, passando depois a prevalecer os nomes das seções. No relatório de Peixoto (1905: 36), os recém-criados “Pavilhões para moléstias infecciosas intercorrentes” foram identificados como a 4ª Seção do HNA, também discriminada como “Serviço Clínico do Dr. Miguel da Silva Pereira”. Nos relatórios seguintes encontramos variações em sua denominação: “Pavilhões de doenças infectocontagiosas” ou “Pavilhões de moléstias infectocontagiosas”. Os relatórios anuais de 1919 e 1920 indicam que a 4ª Seção era informalmente chamada de “seção-lazareto”. Embora, a numeração das seções tenha caído em desuso, para efeito de uniformização, seguiremos nos referindo a esse conjunto de pavilhões como 4ª Seção.

Conhecendo, por tê-los frequentado ou visitado, os melhores manicômios do velho mundo muito desejaria o novo diretor chegar a obter do poder legislativo verba suficiente para a construção de um novo asilo-colônia, onde fossem atendidas todas as exigências da psiquiatria moderna. (MOREIRA [1905], 2011: 741).

Com essas palavras, Juliano Moreira<sup>69</sup> registrou, no artigo *Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905)*,<sup>70</sup> o início de sua atuação como diretor do HNA, após a desoneração de Dia Barros, em 26 de março de 1903. Primeiro, Juliano Moreira reportou sua efetiva experiência no campo da psiquiatria – as viagens às modernas cidades europeias, tão admiradas no Brasil, e o contato com os conhecimentos mais avançados da medicina mental – para, depois, circunscrever o horizonte de seu sonho: um novo asilo-colônia, adequado às “exigências da psiquiatria moderna”. Todavia, face às limitações financeiras do país, o diretor pediu ao governo, “apenas as mais inadiáveis reformas no Hospício” e a promulgação de uma lei federal de assistência aos alienados (MOREIRA [1905], 2011: 741).

Assim, Juliano Moreira marcou a sua participação no curso das mudanças da assistência aos alienados, no início do século XX. De forma assertiva, se via como autoridade científica e institucional a serviço do progresso da saúde pública no campo mental, mesmo que limitado pelas circunstâncias econômico-políticas. Adotava uma mirada da questão da assistência aos alienados bem própria da escrita positivista, que caracterizou o grupo dos pioneiros, os quais se empenharam em retratar a gênese da psiquiatria, seus progressos e protagonistas (VENANCIO e CASSILIA, 2010:27).

É importante lembrar que o mesmo assumiu a direção do HNA no processo de uma grave crise institucional. Como vimos no capítulo anterior, no final do século XIX, os diretores do HNA se debatiam com enormes dificuldades administrativas: um contingente de enfermos acima da capacidade do número de leitos; grande parte nas mais precárias condições de saúde física e mental; inúmeros casos de doenças infectocontagiosas; altas taxas de mortalidade por tais doenças; promiscuidade entre pacientes de diferentes classes sociais, idades e quadros

---

<sup>69</sup> Juliano Moreira (1872-1933) nasceu em Salvador, filho de Manoel do Carmo Moreira Junior, inspetor de iluminação pública, e Galdina Joaquim do Amaral, que trabalhava como doméstica na casa de Adriano Gordilho, Barão de Itapuã. Formou-se médico pela Faculdade de Medicina da Bahia, em 1891, com a tese “Sífilis maligna precoce” – que lhe rendeu elogios no exterior. Tornou-se professor substituto da Seção de Doenças Nervosas, em 1896, se dedicou à dermatologia e à neuropsiquiatria. Foi colaborador de vários periódicos especializados da Bahia, do Rio de Janeiro e de países europeus, sendo fundador, junto com Afranio Peixoto, do *Archivos Brasileiros de Psychiatria e Sicencias Affins*, primeira publicação na matéria (VENANCIO, 2005: 60; EL-BAINY, 2007:08).

<sup>70</sup> Publicado nos *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, em 1905, no qual se apresentou como “Diretor do Hospício Nacional de Alienados, ex-professor substituto de Psiquiatria e Neurologia na Faculdade da Bahia, membro correspondente da *Münchener anthropologische Gesselschaft*, da *Societé de Médecine de Paris* etc.” (MOREIRA, [1905] 2011: 728).

enfermiços; condições estruturais insalubres; recursos financeiros limitados. Nos relatórios administrativos, as imensas dificuldades eram relatadas anualmente pela direção do HNA, assim como as tentativas de redimir a calamidade nosocomial. Contudo, a mudança desse cenário de fim de século só ocorreria após a decadência da instituição ganhar as páginas da imprensa diária, escandalizar a sociedade carioca e produzir constrangimento público.

Em um novo cenário político, Juliano Moreira recebeu a missão de resolver os descabros do hospício da Praia da Saudade e reverter a imagem negativa da instituição. Sua formação científica, aprimorada no exterior, contribuiu para que fosse indicado para o cargo de diretor do HNA. Como discute Munõz (2015), sobre o estabelecimento das relações científicas e políticas entre Brasil-Alemanha no campo psiquiátrico, Juliano Moreira já havia iniciado uma profícua carreira científica internacional. Em 1898, o psiquiatra se afastou de suas funções, como lente substituto da Faculdade de Medicina da Bahia, para fazer sua primeira viagem à Europa, e retornou alguns meses depois. Entre outubro de 1899 e dezembro de 1900, fez nova viagem ao continente europeu, onde participou de vários encontros científicos, voltados para a dermatologia (e sifilografia) e a neuropsiquiatria. (MUNÕZ, 2015: 85). Em tais viagens, frequentou cursos de renomados professores e especialistas em doenças mentais – como Kraft Ébing, Émil Kraepelin, Valentin Magnan e Paul E. Flechsig – e visitou instituições psiquiátricas em diversos países – Inglaterra, Escócia, Alemanha, Áustria, Suíça, Bélgica, França e Itália. (VENANCIO, 2005: 61; FACHINETTI, MUNOZ, 2013: 247; MUNOZ, 2015: 85;).

Mas, na verdade, como revela Venancio (2005), as viagens ao exterior também tiveram o propósito de cuidar da saúde, fragilizada pela tuberculose. Assim, é viável que Juliano Moreira (como cientista e paciente) tenha se inteirado do debate sobre a alta incidência da tuberculose entre os alienados e do papel das instituições na propagação dessa moléstia. Temáticas que estavam em voga no período, como analisamos no capítulo anterior. Embora seus escritos sobre a tuberculose tenham sido posteriores, a experiência no exterior nos ajuda a explicar suas decisões, como diretor da Assistência, para lidar com a problemática institucional da tuberculose nos primeiros anos de 1900. Não obstante, cabe ressaltar que não encontramos nenhuma menção pessoal à sua condição de tuberculoso, seja nos documentos oficiais ou nos artigos, em que fala como diretor ou homem da ciência.

Como o próprio reconhece, suas reivindicações estavam marcadas pelo debate sobre as mudanças indispensáveis à Assistência a Alienados, que vinha ocorrendo desde o final do século anterior, contando especialmente com a atuação política do professor Teixeira Brandão (MOREIRA [1905] 2011:741; SAIOL, 2018:22). Apesar dos esforços colaborativos no

processo de mudanças da Assistência, ambos tinham divergências marcantes no que tange às diretrizes teóricas e do exercício da psiquiatria. Como diretor do Pavilhão de Observação (PO) e professor da FMRJ Teixeira Brandão seguia o modelo alienista francês, pautado na compreensão da doença mental com base nas relações entre o físico e o moral. A partir de 1903, Juliano Moreira fomentaria inovações no HNA, segundo o organicismo experimental alemão e inspirado por Kraepelin (VENANCIO, 2003: 889; FACHINETTI e MUNÓZ, 2013: 248; MATHIAS, 2015:49; MUÑOZ, 2015:100).

A entrada de Juliano Moreira no HNA significou a reorganização da instituição em sua dupla face – assistencial e científica –, fortemente entrelaçadas durante todo o período de sua gestão. Diferentemente do PO, o HNA projetava uma ciência mais autônoma em relação às diretrizes do alienismo francês advindas da FMRJ. Uma ciência inspirada no modelo alemão, com a criação de laboratórios, realização de debates e pesquisas de casos clínicos de pacientes do HNA, sem a responsabilidade institucional de prover formação superior senso estrito. (VENANCIO, 2003: 890; MUNÓZ e FACCHINETTI, 2013: 247) A esse respeito, nos importa entender como a problemática da tuberculose permeou a dupla face do hospício.

Na sua lista de reivindicações em prol da Assistência, junto ao ministro J. J. Seabra, Juliano Moreira, para fazer frente ao crescimento populacional da cidade, reforçou a importância do alargamento do HNA e a criação de novas colônias para casos crônicos, como epiléticos e alcoolistas. Sobre nosso objeto de análise, tal como seus antecessores e a Comissão de 1902, o novo diretor indicou ao ministro que:

Entre as insuficiências atuais desse estabelecimento nota-se a falta de pavilhões especiais para tuberculosos e para moléstias intercorrentes. Se forem eles construídos, evitaremos o grande inconveniente da permanência de alienados tuberculosos e outros atingidos de moléstias infecciosas em promiscuidade com outros não doentes de tais moléstias. (MOREIRA [1905], 2011: 742)

Isto é, o novo diretor estabeleceu, como um de seus propósitos, revigorar a estratégia de isolamento das doenças infectocontagiosas, implementada inicialmente no final do século anterior, mediante a construção de novos pavilhões. Tal propósito era reforçado pelo pedido de criação de vagas para o corpo médico – um pediatra, voltado para a neurologia e psiquiatria infantil, e um clínico a ser lotado no “serviço dos pavilhões de isolamento” –, liberando, assim, os quatro alienistas efetivos, “para bem cuidarem de suas respectivas seções, sobretudo se lhes dermos dois adjuntos remunerados para auxílio do serviço de observação etc.” (MOREIRA [1905], 2011: 742). Ademais, foram pedidos lugares para dentista, cirurgião-ginecologista e

oftalmologista. E verbas para a criação de laboratórios (bioquímico e anatomopatológico), serviço hidroterápico, entre outras demandas. (2011: 743)

Apesar de Juliano Moreira não ter conseguido alcançar todos os seus planos para a Assistência a Alienados, seu programa de reformas para o HNA foi bem recebido pelo presidente Rodrigues Alves e não demorou muito para ser colocado em execução, assim como o projeto de reorganização legal da Assistência. Esse processo contou com o esforço de outros atores, sobretudo de Teixeira Brandão, então deputado federal pelo estado do Rio de Janeiro e relator da Comissão de Instrução e Saúde Pública. O tema suscitou o debate na Câmara de Deputados, visando a sua aprovação e sanção pelo presidente. O resultado foi o Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903 (SAIOL, 2018: 22).

Analisando mais detidamente esse evento, Saiol (2018: 26) observa como as denúncias de 1902 estimularam o debate sobre as más condições de assistência aos enfermos mentais e sua fragilidade diante de outros interesses, favorecendo a aprovação do Decreto n. 1.132. O recente código legal estabeleceu novas diretrizes para a criação de instituições de amparo e tratamento dos indivíduos acometidos de moléstia mental, nos diversos estados brasileiros; a internação dos doentes; o funcionamento das instituições asilares; e a fiscalização das instituições de assistência a alienados, públicas e privadas.

Do novo código, nos interessa destacar as abordagens (nos artigos 13, 20 e 21) referentes à profissionalização do atendimento aos enfermos, à devida habilitação do quadro de funcionários administrativos; aos procedimentos de entrada e permanência dos alienados nas instituições; e à garantia do bom atendimento ao indivíduo.

O art. 13 previa que qualquer instituição de atendimentos aos “enfermos de moléstias mentais” deveria atender as seguintes condições: ser dirigido por profissional habilitado e residente no estabelecimento; funcionar em edificações apropriadas; estar “situado em lugar saudável”, cujas dependências possibilitassem aos enfermos “exercícios ao ar livre”; com compartimentos adequados para “evitar promiscuidade dos sexos, bem como para a separação e a classificação dos doentes, segundo o número destes e a natureza da moléstia que sofram”. (MOREIRA [1905], 2011: 745). Tratando em especial da Assistência do Distrito Federal, o art. 20 propunha a constituição de um corpo assistencial e clínico pluridisciplinar.<sup>71</sup> O art. 21

---

<sup>71</sup> Para o HNA, o art. 20 previa: “um diretor, superintendendo o serviço clínico e administrativo, quatro alienistas efetivos, um adjunto, um cirurgião-ginecologista, um pediatra, um médico do pavilhão de moléstias infecciosas, um oftalmologista, um diretor do laboratório anatomopatológico, um assistente do mesmo, um chefe dos serviços cinesioterápicos, um dentista, quatro internos efetivos, um farmacêutico, um administrador, um arquivista, um primeiro, um segundo, um terceiro e um quarto escrivão, um contínuo e um porteiro.” (MOREIRA [1905], 2011: 746-747).



determinava o provimento de cargos para médico do pavilhão de moléstias infecciosas; alienista adjunto; pediatra; assistente do laboratório histoquímico; e, de interno<sup>72</sup>. Então, “devendo ser preferido no provimento destes cargos, com exceção dos dois últimos, o concorrente que haja exercido o cargo de assistente ou preparador das Faculdades de Medicina no país.” (MOREIRA [1905], 2011: 746-747). Desse modo, vemos que a lei passou a contemplar uma reivindicação anterior à direção Juliano Moreira, de um médico voltado exclusivamente para os enfermos infectocontagiosos, e a reforçar o pessoal de atividade laboratorial.

## **2.1 A tuberculose segue surda e insaciável: entre mudanças legais, ações sanitárias e discussões abstratas**

Não podemos deixar de observar o fato de que tanto a reformulação do código legal da Assistência quanto o processo de reforma do HNA estavam inseridos no cenário das transformações da capital federal, sob as regências do presidente Rodrigues Alves e do prefeito Pereira Passos, de 1902 a 1906, nos contextos político, legislativo, urbanístico, sanitário, dos usos e costumes etc. (VENANCIO, 2005: 61). Em um momento de crise sanitária e epidemiológica, Alves e Passos buscavam convocar quadros técnico-científicos habilitados para reverter a imagem negativa da cidade, que tanto prejudicava sua economia interna e assustava possíveis negociantes e investidores estrangeiros, além de prejudicar o fluxo de mão de obra imigrante. Logo, não é coincidência a nomeação de Oswaldo Cruz<sup>73</sup> para a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP)<sup>74</sup> da capital, em 23 de março de 1903, na mesma semana da designação de Juliano Moreira para a direção do HNA. Ambos atuariam para modernizar os regulamentos de suas áreas de atuação, de modo que fossem respaldados pela lei.

Como Juliano Moreira, Oswaldo Cruz tinha contato com os mais recentes estudos científicos internacionais e experiência em centros de pesquisa no exterior. Adepto da

---

<sup>72</sup> O termo era aplicado aos estudantes de medicina do hospício que faziam especialização na área psiquiátrica.

<sup>73</sup> Nascido no interior de São Paulo, Oswaldo Cruz (1872-1917) doutorou-se na FMRJ, em 1892, com a tese *A veiculação microbiana pelas águas*. Quatro anos depois viajou para se aperfeiçoar no Instituto Pasteur, onde travou conhecimento com a produção de soros, vacinas e artefatos para laboratório. De volta ao Rio, montou seu próprio laboratório de análise clínicas e um consultório de doenças genitourinárias. Contribuiu para a criação do Instituto Bacteriológico, em São Paulo, e do Instituto Soroterápico Federal, do qual se tornou diretor, em 1902. (BENCHIMOL, 2018:246).

<sup>74</sup> No início da República, devido à Constituição de 1891, as ações de saúde pública eram descentralizadas e a atuação da DGSP, criada em 1897, se circunscrevia à capital federal. Subordinada ao Ministério da Justiça, o órgão tinha como atribuições: supervisionar o exercício da medicina e da farmácia; investigar as doenças infectocontagiosas; atuar nos serviços sanitários dos portos; organizar estatísticas demográficas e sanitárias, e socorrer os estados mediante requerimento dos governos provinciais (HOCHMAN, 1993:47).

microbiologia e a par das iniciativas promissoras de combate epidêmico<sup>75</sup>, Oswaldo Cruz assumiu a gestão e o controle das ações sanitárias da DGSP com a missão de debelar os quadros epidêmicos que assolavam a cidade do Rio de Janeiro, como o caso da varíola, da peste bubônica e da febre amarela. Primeiramente, o diretor da DGSP buscou estruturar o órgão, estabelecendo garantias legais para atuar no combate às epidemias. Para tanto, o governo federal aprovou o Decreto de nº 1.151, de 05 de janeiro de 1904, no sentido de reorganizar “os serviços da higiene administrativa da União”. Tal decreto colocou, sob a competência da DGSP, as atribuições de ser: órgão regulador dos serviços de saúde; polícia e engenharia sanitárias; executor de políticas de higiene urbana e domiciliar; e tudo o mais que se relacionasse à profilaxia geral e específica das moléstias infecciosas ou que fosse necessário para colocar em prática as posturas municipais relacionadas à higiene (BRASIL, 1904). A DGSP tinha a liberdade de impor o isolamento domiciliar ou hospitalar aos doentes infectocontagiosos.

Em decorrência desse processo, um novo código foi estabelecido – o Decreto nº 5.156, de 8 de março de 1904 – a fim de regulamentar os serviços sanitários a cargo da União<sup>76</sup> e normatizar a política de combate às moléstias infectocontagiosas na capital federal. Costa e Sanglard (2006) observam uma possível influência do código sanitário francês (Lei Siegfried, de 1902) na reforma sanitária de Oswaldo Cruz, introduzida nesse decreto. Trata-se da adoção de um conjunto de regras de higiene, que incluía a autorização de inspeção das habitações particulares para conferir suas condições de salubridade. O decreto brasileiro estendeu a intervenção a estabelecimentos de natureza produtiva, como oficinas comerciais, industriais, fábricas etc. (COSTA E SANGLARD, 2006: 493-497).

Dentre os vários pontos do decreto nº 5.156, no âmbito do serviço sanitário terrestre, a regulação da “profilaxia geral das moléstias infectuosas” ficou compreendida em quatro dispositivos legais: “a) notificação; b) isolamento; c) desinfecção; d) vigilância médica.” Como nota Nascimento (2002), reforçando as instruções da DGSP de 1902, no art. 145, a tuberculose foi incluída na lista de 13 moléstias de notificação compulsória do novo código sanitário, em

---

<sup>75</sup> Na virada do século XIX para o XX, o ciclo epidemiológico de doenças, como a febre amarela e a malária, passava pela confirmação de vetores no processo de adoecimento humano, abrindo novos caminhos investigativos e de estratégias para o combate epidêmico. Contudo, o novo fato científico estava inserido num grande embate teórico, longe do consenso na comunidade científica, como pode ser visto em Benchimol (1999: 383-413).

<sup>76</sup> O Art. 1º dos serviços sanitários a cargo da União compreendiam diversos aspectos, como: o estudo da natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das moléstias transmissíveis (em qualquer localidade da Republica); a prestação de socorros médicos e de higiene aos estados da federação, em caso de requisição dos governantes; a fiscalização do preparo de todo soro, vacinas, culturas atenuadas, entre outros produtos congêneres, de institutos ou laboratórios oficiais ou particulares; fiscalização do exercício da farmácia e da medicina; organização das estatísticas demográfico-sanitárias; e a confecção do Código Sanitário e do Código Farmacêutico Brasileiro, sua fiscalização e execução (BRASIL, 1904).

caso de “tuberculose aberta” (NASCIMENTO, 2002: 176). Ou seja, a notificação deveria ser obrigatória mediante a “eliminação do bacilo específico” pelo doente.

Isso significa dizer que o tuberculoso se tornava foco de contágio, dependendo do grau da doença. Quem nos esclarece esse aspecto é o Dr. Gouvêa (1905), em seu relatório sobre *A Conferência Internacional de Copenhague sobre a Tuberculose*, de 26 a 29 de maio de 1904, da qual foi delegado. A declaração obrigatória da tuberculose pulmonar ou laríngea aberta foi incluída nas conclusões<sup>77</sup> da Conferência, devendo os países fazer todos os esforços no sentido da sua execução, por via de instrumentos legais, oficiais e/ou estímulo às declarações voluntárias. Com atos legislativos e “declarações voluntárias” seria possível garantir providências, como sanear e desinfetar habitações, socorrer enfermos desvalidos etc.

Para fins de uniformização das estatísticas, foi aprovada a seguinte classificação da “infiltração tuberculosa”: 1º grau - lesão leve, com infiltração tuberculosa em apenas um só lobo ou metade dos dois lobos pulmonares; 2º grau - lesão leve, em que a infiltração ultrapassa o 1º grau, mas sem comprometer mais de dois lobos pulmonares ou lesão grave em área de um só lobo pulmonar ou metade dos dois; 3º grau - quando a lesão ultrapassava os limites estipulados para os dois primeiros graus. Também cabia especificar se se tratava do lobo ou lobos de um só ou dos dois pulmões e se a lesão era localizada ou disseminada (GOUVÊA 1905: 5).

Quer dizer, no jargão médico-científico, o grau da doença definia o maior ou menor avanço da tuberculose nos pulmões. Como pode ser visto no quadro 1, o termo “tuberculose aberta” deveria ser utilizado para os casos em que fosse encontrado a presença do bacilo de Koch na expectoração do fimatoso; caso contrário, seria uma “tuberculose fechada”. A classificação da doença contribuía, também, para o prognóstico da afecção e a capacidade ou não para o trabalho do tuberculoso. Ao que parece, se fazia a correlação entre o maior ou menor grau da afecção pulmonar e a expectoração nula ou abundante do fimatoso, para se distinguir os períodos das moléstias. E, como veremos no capítulo 4, a prova de laboratório tornou-se um recurso importante para averiguar a presença de bacilos nos esputos do doente e a condição ou não do mesmo como agente contagioso.

---

<sup>77</sup> Assim como a proibição do escarro e outras medidas administrativas.

Quadro 1- Indicação dos graus da tuberculose pulmonar

1) Quadro dos signaes para indicação dos graus da tuberculose pulmonar chronica, segundo a nova classificação do Dr. Turban, adoptada pela Conferencia de Copenhague

SIGNAES	SIGNIFICAÇÃO
I	Fócos disseminados num só lóbo ou na metade de dois lóbos pulmonares.
II	Fócos disseminados em mais d'um lóbo, não excedendo de dois, ou infiltração compacta d'um só lóbo, com ou sem caverna.
III	Todos os casos que excederem os limites do I e II.
↻	Estado estacionario.
→	Estado progressivo ou evolutivo.
B.	Estado geral satisfactorio.
Y.	Estado geral defeituoso ou mau.
X.	Funcções digestivas irregulares ou más.
A.	Funcções digestivas boas.
F.	Temperatura maxima superior a 38,5.
f	Temperatura maxima inferior a 38,5 e superior a 37,5.
Tn	Temperatura normal.
+	Tuberculose aberta, i. é. presença de bacillos de Koch na expectoração.
-	Tuberculose fechada, i. é. ausencia de bacillos de Koch na expectoração.
M	Infeção mixta, i. é. presença de outras bacterias pathogenicas na expectoração.
a	Completa capacidade para o trabalho.
b	Diminuição da capacidade para o trabalho.
c	Incapacidade para o trabalho.

Fonte: Gouvêa (1905:6)

Vemos, então, que a nova legislação estava em compasso com as orientações internacionais para o combate às moléstias contagiosas. Contudo, no caso da cidade do Rio de Janeiro, quais eram as regras definidas para a notificação de um enfermo infectocontagioso? Em quais condições tal doente deveria ser isolado?

No título II do decreto n. 5.156 (BRASIL, 1904) – da profilaxia geral das moléstias infecciosas –, capítulo I, foram definidos os termos básicos para a notificação e isolamento do doente.<sup>78</sup> O regulamento definia como informante (o chefe de família ou o parente mais

<sup>78</sup> As moléstias de notificação compulsória eram: “I. Febre amarela; II. Peste; III. Cólera e moléstias coliformes; IV. Varíola; V. Difteria; VI. Infecção puerperal nas maternidades; VII. Oftalmia dos recém-nascidos nas maternidades, creches e estabelecimentos análogos; VII. Tifo e febre tifoide; IX. Lepra; X. Tuberculose,

próximo do enfermo, um vizinho, o dono da hospedaria ou da habitação coletiva, o médico, a parteira e/ou a enfermeira) aquele que tivesse conhecimento de um doente contagioso. O conhecimento de um caso, sem a devida comunicação do infectado, poderia implicar em sérias penalidades, como multa, prisão e suspeição. As penalidades previstas eram maiores para médicos e parteiras ou em casos de reincidência. A notificação devia ser feita por escrito (com dados de identificação do doente e da moradia), em formulário específico, disponível nas delegacias de saúde e farmácias e entregue na delegacia de saúde, que acionaria os serviços de fiscalização e desinfecções. Além do rigor das normas, chama atenção a penalização para aquele que removesse e transportasse o infectado, sem autorização por escrito das autoridades sanitárias, e o estímulo à denúncia – “toda a pessoa que denunciar à autoridade sanitária um caso sonegado de moléstia infectuosa receberá metade da multa que for paga pelos culpados.” (BRASIL,1904). Isto é, o cerco ao doente se dava através de inúmeros outros atores sociais, que eram pressionados pela legislação a compartilhar a responsabilidade de vigilância das moléstias de notificação obrigatória.

Confirmada a moléstia infectocontagiosa, o isolamento devia ser nosocomial ou domiciliário, rigoroso ou parcial, como previsto no capítulo II do mesmo decreto. Para os casos de febre amarela e impaludismo se aplicava o rigor domiciliar, com exceções para as outras enfermidades. Para os doentes de lepra e de tuberculose o isolamento era parcial. Para o confinamento domiciliar era preciso ter as condições próprias para isso: quarto arejado, independente, o máximo possível, do resto da casa; um guarda sanitário para impedir a saída de objetos e pessoas, sendo permitido apenas a entrada do médico assistente, com a devida autorização da DGSP. Multas estavam previstas para quem não respeitasse as regras estabelecidas. Em casos de internamento hospitalar, as despesas corriam por conta do responsável pelo doente. A família também podia acompanhar o enfermo nos hospitais de isolamento, assim como designar o médico para assistir o mesmo (BRASIL,1904). Os hospitais comuns só poderiam receber as vítimas das doenças infectocontagiosas desde que cumprissem as instruções da DGSP e fossem devidamente equipados para o isolamento. Em casos graves de infecção do espaço hospitalar ou da casa de saúde, a DGSP se reservava o direito de impor o “expurgo e a clausura parcial ou total do mesmo estabelecimento” (BRASIL,1904).

Nos Capítulos III e IV do decreto n. 5.156 foram discriminadas as normas de desinfecção e vigilância. Tanto os pertences como os espaços de circulação do doente

---

quando houver eliminação do bacilo específico; XI. Impaludismo; XII. Escarlatina e sarampão quando ocorrerem em colégios, asilos ou outros estabelecimentos congêneres; XIII. Beribéri (BRASIL, 1904: Art. 45).

infectocontagioso eram colocados sob suspeição. Desse modo, objetos, roupas, casas e qualquer estabelecimento contaminado deveria passar pela ação do “serviço de desinfetório central”, inclusive a liberação do imóvel para a execução dos trabalhos. O Art. 180 definia que a vigilância médica consistiria no “exame diário, durante o período máximo de incubação de uma dada moléstia infectuosa, dos comunicantes (pessoas que residiam no foco ou que estiveram em contacto com os indivíduos afetados dessas moléstias infectuosas) ou provenientes de lugares onde foram verificados casos de tais moléstias.” (BRASIL, 1904).

O decreto definia a profilaxia para as diferentes moléstias infectocontagiosas. O capítulo V tratou da tuberculose. A notificação estava prevista para os casos de óbito ou quando da eliminação dos bacilos. Sobretudo, deveriam ser notificados os infectados que vivessem em habitações coletivas, trabalhassem em fábricas, oficinas, pastos, hotéis, armazéns, cafés e similares; ou exercessem funções como amas de criança, copeiros, cozinheiros etc. As casas de habitações coletivas só poderiam receber o tuberculoso mediante autorização da DGSP e se seguissem expressamente as regras de higiene determinadas pela mesma diretoria. Os proprietários de habitações coletivas que tivessem albergado um tuberculoso deveriam promover a desinfecção rigorosa, troca de papel de parede, pinturas, caiações e reparos. As escarradeiras passavam a ser obrigatórias em todos os espaços públicos, como escolas, teatros, igrejas, repartições públicas etc. Nos hospitais passava a ser proibido manter os tuberculosos em alas comuns, devendo o estabelecimento promover o isolamento do tísico. E, no prazo de seis meses, aqueles que não cumprissem as determinações do decreto seriam passíveis de multa diária “por cada doente tuberculoso que fosse encontrado nas enfermarias gerais.” (BRASIL, 1904).

Na esfera legal, o isolamento significava a segregação do doente de suas relações familiares e sociais. Assim, os fimatosos, sob suspeição, começaram a ser cerceados pela legislação sanitária de 1904 – proibidos de circular por ambientes públicos, de participar de atividades coletivas e de exercer determinadas profissões. Mas isso não implica a plena aplicação da lei. De certa forma, o código aprovado diz muito mais sobre as intenções político-sanitárias e as resistências sociais do período do que sua viabilidade. Quer dizer, várias ações previstas não foram devidamente acatadas, como a relutância da classe médica em notificar seus pacientes fimatosos e a escassez de enfermarias de isolamento na cidade.

No contexto social da tuberculose, como trata Bertolli (2001), vários elementos entravam em jogo em relação ao contexto da doença e à experiência do sujeito doente, como as condições econômicas do indivíduo e sua família, seu prestígio social, sua rede de sociabilidade

e de amparo. Nos casos crônicos – de difícil recuperação e que requeria longa internação –, as famílias mais abastadas mandavam seus doentes queridos para a casa de um parente, em climas mais favoráveis, ou para uma estação de cura, em terras brasileiras ou fora do país, até quando fosse possível sustentar esse privilégio. Mas, os oriundos das classes populares dependiam da caridade alheia ou do socorro da Liga Brasileira contra a Tuberculose (LBCT), pois os leitos hospitalares para tuberculosos eram escassos na cidade do Rio. Vista como uma ameaça social, a tísica assumiu um caráter pernicioso, passando a ser relacionada, no imaginário social, a comportamentos desviantes, de natureza física e moral. Entre o declínio físico, a restrição da vida produtiva e o desprezo alheio, o sujeito tuberculoso caminhava cada vez mais para o ostracismo, para a própria morte social (PÔRTO, 2007: 45-46; BERTOLLI, 2001: 135).

À vista disso, podemos imaginar facilmente a ocultação da moléstia, de forma generalizada, pelos indivíduos conscientes do seu mal, mesmos pelos diagnosticados com “tuberculose fechada”, estágio da infecção não mencionado na lei. A atitude de ocultamento podia prejudicar o controle endêmico em razão de vários aspectos: mudanças frequentes, sem avisar as autoridades sanitárias; o descompromisso do doente com as rotinas preventivas e para a recuperação da saúde; permanência em locais de trabalho e junto a aglomerações, com alto risco de contagiar outras pessoas etc. Como observado na historiografia, a peregrinação em busca da cura, e com o objetivo de dissimular a afecção, foi uma prática comum na primeira metade do século XX (ARMUS, 2007: 343; BERTOLLI, 2001:133; PÔRTO, 2007: 46).

Contudo, é importante não tomar a ideia de “morte social” como algo absoluto, visto que a tuberculose podia impactar de forma diferente a vida do sujeito, dependendo não só de sua condição econômica como também de sua posição no seio da sociedade. A trajetória de Juliano Moreira ilustra como, apesar da doença – além da origem pobre e da condição de mestiço –, a rede de relações sociais podia fazer diferença na vida e identidade social do indivíduo: diferença entre ser estigmatizado como tuberculoso, ou não. Quando jovem, contou com o apadrinhamento do Barão de Itapuã, ilustre médico baiano, na casa de quem sua mãe trabalhava e que custeou sua formação. Muito cedo, se sobressaiu nos estudos e desenvolveu sua aptidão científica, alcançando respeitabilidade, por meio da publicação de inúmeros artigos em periódicos médicos especializados, nacionais e internacionais, e do estreitamento de laços profissionais e de amizade com várias personalidades científicas. Um exemplo é o papel desempenhado por Moreira na articulação Brasil-Alemanha, como mencionado. Também, como diretor da Assistência a Alienados, Moreira estabeleceu relações políticas importantes,

que contribuíram para angariar benfeitorias para a Assistência, como teremos oportunidade de explorar no capítulo 5.

A tuberculose era uma doença comum entre os médicos, tanto pelo exercício da profissão quanto pelo fato de vários serem fimatosos ou terem familiares afetados pela doença. E muitos médicos recorriam frequentemente aos sanatórios para restabelecer a saúde. Tal fato contribuía por vezes para a escolha da especialização no campo médico (ROTHAM 1994: 206; BERTOLLI, 2001:152). Talvez isso ajude a explicar por que o diretor do HNA não tenha caído no ostracismo social, embora sua tuberculose nunca fosse mencionada. Encontramos alguns documentos oficiais, de 1906, autorizando o diretor do HNA a um ano de licença para tratamento da saúde, “onde lhe convier”, visto as “atestações médicas de máxima idoneidade o seu estado de gravemente doente, carecendo repouso completo e longo tratamento em clima adequado.”<sup>79</sup> Em tais fontes não aparece qualquer menção ao tipo de doença que justificasse tão longo período de licença. Silêncio bastante significativo, já que, no início do século XX, a tuberculose havia perdido todo o glamour romântico dos séculos anteriores, sendo associada à pobreza, à insalubridade, a determinados comportamentos desviantes e, para muitos ainda, à herança maldita. A sua pronúncia evocava julgamentos morais e mal presságio (NASCIMENTO, 2005: 132; SONTAG,1984: 1; PÔRTO, 2007: 46).

Para além das dificuldades de efetivar as novas normas legais, as transformações do hospício da Praia da Saudade seguiam, em paralelo, às providências sanitárias do diretor da DGSP, que buscava redimir a todo custo o Rio de sua má fama. Em razão disso, foram várias frentes de combate epidêmico implementadas: a cruzada de vacinação obrigatória da varíola; o combate à febre amarela; o programa de caça aos ratos para debelar a peste bubônica; a inspeção e o embargo de lugares insalubres, impondo sua demolição ou renovação, em compasso com a remodelação da cidade por Pereira Passos e o Governo Federal; a fiscalização de vendas de alimentos etc. (CARVALHO, 1987: 94; BENCHIMOL, 1992; SEVCENKO, 2010: 86).

A partir de 1903, o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela reuniu um grande contingente de profissionais – demografistas, chefes de laboratório, médicos, inspetores sanitários, delegados de saúde, diretores de distrito, entre outros funcionários administrativos – e mobilizou enormes esforços para o combate ao mosquito, as brigadas de mata-mosquitos; mapeamento da cidade em distritos para controle das áreas afetadas; eliminação de focos de

---

<sup>79</sup> Como visto na Sessão de 4 de out. de 1906, nos Anais da Câmara dos Deputados, Vol. I, RJ, Imprensa Nacional, 1907, p.92. A licença foi publicada pelo decreto n. 1577<sup>79</sup>, de 6 de dezembro de 1906. Alguns veículos de imprensa também reproduziram a notícia, como o Jornal do Comércio (27/11/1906: 1) e O Século (27/11/1906:2).



larvas; dedetização de casas com vapores de enxofre; o isolamento dos doentes para impedir que fossem picados etc. (BENCHIMOL, 2005: 82-83).

As ações em nome da higiene afetaram de forma indelével grandes parcelas da população, para benefícios de uns, e em detrimento de outros. Deste modo, como parte do combate às constantes epidemias, as obras urbanas da área central da cidade, que já vinha passando por operações de “bota abaixo”, desde o final do século XIX, acentuaram os deslocamentos da população para áreas periféricas da zona central ou para freguesias mais distantes, sem infraestrutura urbana. Nesse período, Abreu (2013) defende que a partir da “Reforma Passos” (1902-1906), o Estado passou a ingerir incisivamente sobre as questões cidadinas, imprimindo um padrão de política urbanística que marcaria a cidade por todo o século XX. O processo de estratificação social foi acelerado pela ação estatal, afirmando a “estrutura núcleo/periferia”. A cidade começou a passar por uma rápida transfiguração, em sua morfologia e conteúdo, com distinção de uso do espaço em função da classe social (ABREU, 2013: 73; PAIXÃO, 2013: 122-123).

A política de higiene e saneamento nas áreas centrais da cidade foi, por um lado, levando rapidamente à ocupação dos morros do entorno e subúrbios, até então pouco habitados, pelos despejados das habitações coletivas. Por outro lado, melhorou a infraestrutura de algumas freguesias da Zona Norte, como Maracanã e Trapicheiro, e especialmente da Zona Sul (Glória, Laranjeiras, Flamengo, Botafogo); integrando áreas mais distantes, como Copacabana e Lagoa (ABREU, 2013: 61-67). Desse modo, a Reforma Passos contribuiu para demarcar as áreas nobres da cidade e estimular as famílias abastadas a se instalarem decisivamente nas freguesias da Zona Sul. E, como lembra Nascimento (2002: 42), junto com a classe trabalhadora, a tísica foi deslocada para as áreas periféricas da cidade, sem a devida infraestrutura urbana.

O trabalho de Silva (2013) exemplifica bem a leitura de Abreu. Segundo a autora, no período de Pereira Passos, a remodelação da “Paris dos trópicos”, além de visar a transformação da estrutura física da capital, buscava remodelar os usos da cidade e hábitos de seus moradores, disciplinando as atividades de ganho (como o comércio de ambulantes), determinando as regras para construções de moradias higiênicas, e proibindo os comportamentos tidos como nocivos e anti-higiênicos. A ressignificação do “core urbano” geraria a separação entre o local de trabalho e o de moradia. Entretanto, na contramão da modernidade, os excluídos, que formavam a “Pequena África” carioca, criaram mecanismos de resistência (a exemplo da comunidade de Tia Ciata)<sup>80</sup>, estabelecendo suas próprias regras de vida e de convívio (SILVA, 2013: 201- 222).

---

<sup>80</sup> Ver: Moura (1995).

Esse dado não é fora de propósito, quando percebemos que a dimensão sociocultural não deixou de estar presentes no interior do hospício, como analisaremos no próximo capítulo.

Apesar dos altos índices da tísica no obituário da cidade, seguindo a mesma tendência do século anterior, as ações da DGSP não foram muito além da disseminação de escarradeiras, das desinfecções em “todas as casas para alugar” e da distribuição de “Conselhos ao Povo” para evitar a propagação da tuberculose.<sup>81</sup> A atuação da DGSP gerou desconfianças e protestos de parcelas da população, pois se atrelava tanto à reestruturação urbanística da cidade quanto à adoção de medidas autoritárias que impingiam grandes sofrimentos a seus habitantes, principalmente aos mais pobres, como deslocamentos populacionais, fiscalizações e isolamentos compulsórios. Assim, em nome da saúde pública, as intervenções estatais puseram em jogo também as liberdades individuais tanto sobre o doente, e seus entes mais próximos, quanto sobre seu espaço físico e social de circulação, gerando reações contrárias e discursos inflamados.

Como a cidadania estava circunscrita ao universo dos letrados, conforme a Constituição de 1891, o povo estava literalmente excluído da organização e das decisões políticas que afetavam sua existência. Portanto, não surpreende que as intervenções autoritárias do Estado, mesmo em nome do bem coletivo, tenham resultado em revoltas e agitações populares, alimentadas por forças políticas locais, como a propalada Revolta da Vacina (1904). A própria classe médica se debatia sobre as práticas de combate epidêmicos da DGSP, como destaca Sevcenko (2010), recorrendo à fala do Dr. Soares Rodrigues: “contra os métodos violentos previstos numa lei que ‘arranca os filhos de suas mães, estas de seus filhos, para lançá-los nos horríveis hospitais; que devassa a propriedade alheia com interdições, desinfecções etc.” (SEVCENKO, 2010: 19).

A ação modesta da DGSP, no que se refere ao combate à tuberculose, não pode ser explicada pela ausência de reflexões sobre o tema ou pela falta de propostas de ação. Nesse período, o próprio diretor interino do HNA, Dr. Afrânio Peixoto<sup>82</sup>, participou do debate sobre a profilaxia da tuberculose no 2º. Congresso Médico Latino-Americano de Buenos Aires, em

---

<sup>81</sup> A distribuição de material educativo não se deu em função da maior incidência da doença. Assim, a tuberculose, primeira em *causa mortis*, não foi priorizada frente a outras doenças, como denunciam os quantitativos de conselhos distribuídos: febre amarela (23.256); febre tifoide (19.935); peste (10.023) e tuberculose (9.456) (CRUZ, 1905: 15).

<sup>82</sup> Originário da Bahia, médico dedicado às letras, Afrânio Peixoto (1876-1947) instalou-se na capital, com uma carta de recomendação do governador baiano e referência políticas, tornando-se amigo de J. J. Seabra (1855-1942) que ao, se tornar Ministro da Justiça, o nomeou secretário da DGSP e, posteriormente, médico do HNA. Durante a grande reforma do HNA assumiu sua direção e levou adiante a reforma idealizada por Juliano Moreira, que se encontrava licenciado para tratamento de saúde (SILVA, 2014: 200).

1904. Nesse ano, suas comunicações foram publicadas no *Brazil-Medico*, com os seguintes títulos: “As ideias de Bhering sobre o contágio e a profilaxia da tuberculose” e “Defesa social contra a tuberculose”. Mesmo não tendo abordado o tema pelo ângulo da prevenção da infecção tuberculosa entre os insanos, as reflexões de Peixoto nos facultam entender melhor o seu posicionamento sobre essa problemática, quando o hospício da Praia da Saudade passava por transformações e estava em suas mãos, e nos atualiza sobre os caminhos de prevenção discutidos no âmbito científico.

No primeiro artigo, Peixoto tratou com empolgação da principal descoberta do bacteriologista alemão E. von Behring<sup>83</sup>: “é o leite, com que se alimenta o recém-nascido, a origem da tuberculose...”, trazendo à discussão a ideia de que o contato com o bacilo ocorria muito cedo e, portanto, “cada um de nós é um pouco tuberculoso” (PEIXOTO, 1904: 15). Peixoto clama pelo cuidado com o leite tuberculoso (que jamais deveria ser ingerido), e pelo exame dos animais produtores dessa substância, já previsto pela lei de Azevedo Lima, sem efeito prático. Desse modo, este médico diminuiu o peso da poeira seca, do escarro e de outras dejeções úmidas como meio de contaminação, pois só faziam ativar uma tuberculose latente num organismo fragilizado (PEIXOTO, 1904: 17). Como observou o Dr. Eloy de Andrade (1904), em elogioso comentário sobre tal artigo, “a nova doutrina nega a herança”, seja por uma contaminação “chegada de fresco” (doutrina de Cornet e Flugge) seja por acordarem “antigos focos dormentes” (perspectiva de Behring) (ANDRADE, 1904: 90).

No segundo, o médico retomou alguns aspectos sobre a contaminação, para tratar da desinfecção e dos sanatórios. Fez as seguintes ponderações: a desinfecção como algo de “emprego restrito e teórico”, com poucos resultados, apesar de todo o aparato existente (a Faculdade de Medicina, a LBCT, as posturas municipais, os cartazes de propaganda, os desinfetantes e outros acessórios); como recurso fundamental, a educação antituberculosa (para os doentes, mas principalmente para os sãos) deveria ser difundida por todos os meios possíveis e estar em todos os lugares – escolas, faculdades, fábricas, prisões, quartéis e hospitais. Quer dizer, o “curso de higiene antituberculosa” deveria mobilizar não só médicos, cirurgiões e parteiros, mas os mais diversos sujeitos das mais variadas instituições. Por fim, Peixoto defendeu o atestado de sanidade (como declaração obrigatória), as medidas de controle de qualidade do leite, e o “isolamento hospitalar conveniente sobretudo em falta de recursos de

---

<sup>83</sup> Antes, Peixoto passou pelas teorias de vários outros pesquisadores da tuberculose, a exemplo de Cornet, Couheim que defendiam que não se nascia tuberculoso; ou Flugge que dizia serem exageradas as supostas ameaças dos escarros, pois o bacilo do Koch não resistia por mais de 24 horas à exposição da luz solar etc. (PEIXOTO, 1904:346).

assistência domiciliar e especialmente preposto aos casos já incuráveis" (PEIXOTO, 1904: 347).

O texto de Afrânio Peixoto deixa transparecer uma certa descrença no sanatório<sup>84</sup> como recurso profilático geral. Mesmo o indivíduo usufruindo algum benefício para sua saúde, após alguns meses de internamento, era um recurso oneroso para a sociedade (com procedimentos e políticas complementares igualmente onerosas – exames frequentes para diagnóstico precoce, hospitalização obrigatória, provimento dos familiares dos enfermos pelas caixas, seguros, mutualidades etc.). À vista disso, acrescenta: “Maiores proventos talvez estejam reservados a dois elementos de luta que visam o mesmo efeito: a educação antituberculosa e o dispensário, tipo Calmete-Malvoz ou de organização mais complexa ainda.” (PEIXOTO, 1904:343).

Como coloca Silva (2014), Afrânio Peixoto dedicou-se com frequência ao tema da higiene, mas o seu empenho nesse campo científico consistia na análise crítica dos estudos existentes e de pensá-los como “instrumentos didáticos e/ou “ferramentas de promoção de uma higiene que educasse corpos e comportamentos em diversas escalas da sociedade.” (SILVA, 2014: 116). Desse modo, Peixoto propunha a educação higiênica generalizada em dispensários, para dar suporte aos pacientes tratados na própria residência. Ao defender a “educação antituberculosa”, o fazia num sentido prático, afirmando a importância de educar pelo exemplo e pela prática de hábitos de higiene e de promoção da saúde dos indivíduos, a começar pelas crianças, a fim de moldar o sujeito de forma que fosse capaz de se comportar higienicamente no cotidiano (SILVA, 2014: 117).

Pela voz de um dos maiores combatentes da luta antituberculosa, Dr. Plácido Barbosa<sup>85</sup> (1906), em “A peste branca”, publicado na *Gazeta de Notícias*, é possível perceber que o debate sobre a execução do armamento antituberculoso passava, na capital, por dois pontos nevrálgicos. O primeiro era a necessidade de o Congresso abraçar a causa da luta antituberculosa e, para isso, seria preciso que seus membros superassem os embates políticos ideológicos em torno de princípios que fugiam ao plano da realidade. O segundo ponto consistia na impossibilidade das instituições privadas enfrentarem a propagação da moléstia sem o aporte do governo, em razão dos limites da cultura filantrópica brasileira – dado o “hábito da caridade

---

<sup>84</sup> Sua descrença está apoiada na visão de alguns estudiosos do assunto, como Behring e Gaffky, Grancher e Landouzy, e Gerhardt, defensores da educação antituberculosa (PEIXOTO, 1904: 343).

<sup>85</sup> Mineiro, José Plácido Barbosa (1871-1938) formou-se médico, em 1895, na FMRJ. Atuou como tisiólogo, sanitarista, participou de associações especializadas em tuberculose, publicou diversos artigos sobre o assunto. Entre 1920 e 1929, foi chefe da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, no Departamento Nacional de Saúde Pública (ALMEIDA, 2011: 371). Entre suas obras, cabe citar: *Os serviços de saúde pública no Brasil ... de 1808 a 1907*, escrito junto com Cássio Barbosa de Rezende, organizado por ordem de Oswaldo Gonçalves Cruz, publicado em 1909.

dispersiva e individualista” apenas o Estado teria a capacidade de intervir com os recursos necessários para o combate à tuberculose. Nessa perspectiva afirmou:

Enquanto nos quedamos na discussão abstrata das liberdades individuais, essa nossa sinistra companheira de todos os dias de todos os meses, de todo o ano, que é a tuberculose, traiçoeira e voraz, surda e insaciável, vai destruindo a seu talante, sem tropeços, o precioso e já exíguo capital humano, que deveríamos salvaguardar com avareza. (...)

No Brasil, com o hábito da caridade dispersiva e individualista, não sabemos de outras coletividades, além do Estado, capazes de intervir eficazmente com os recursos necessários para o combate da tuberculose (BARBOSA, 1906: 3).

Na visão do Dr. Barbosa, o tratamento da tuberculose não poderia ser diferente das outras epidemias agudas. Para tanto, só via um caminho: o isolamento do doente, em conformidade com a lei e com a natureza da “matéria infectante” – pois, pelos cálculos apresentados, em 24 horas, um tuberculoso poderia expectorar 4 bilhões de bacilos, o suficiente para infectar diariamente 40 indivíduos. No seu entendimento, o tísico deveria ser tratado fora de sua casa, para diminuir o encargo da família e protegê-la do contágio. Por fim, avaliando o arsenal antituberculoso, o médico via dificuldades na implementação do sanatório como um amplo instrumento de saúde, pelo seu custo financeiro, embora tivesse um papel importante na educação e cura de doentes. Em vista dos exíguos fundos, os hospitais para tuberculosos seriam o “recurso primordial na luta contra a peste branca.” Além disso, os dispensários fariam o papel de “patrulhas exploradoras”, cuja missão seria atrair, descobrir, examinar, diagnosticar, informar, encaminhar os doentes, além de intervir junto às famílias dos hospitalizados, socorrendo-as e educando-as. Também atuariam como um elo institucional entre os hospitais e as estações de cura pelo ar. Na visão do médico, tais estações poderiam ser erigidas em “sistemas de barracas”, construídas fora dos centros urbanos, semelhantes aos sanatórios, porém menos dispendiosas, onde os fímicos pudessem receber os cuidados básicos para a sua recuperação e, principalmente, sair da “atmosfera mal sã das casas e das ruas” (BARBOSA, 1906: 3).

Além de Plácido, o tema do armamento antituberculoso mobilizou várias outras autoridades, particularmente vinculadas à LBCT – como Azevedo Lima e Carlos Seidl. Conforme menciona Nascimento (2002), junto à pressão exercida sobre o Estado, a LBCT se propôs a criar um sanatório (para os tuberculosos com possibilidade de cura) e a fundar hospitais, como previsto em seu Estatuto, mas nenhuma proposta foi adiante. Seu projeto de assistência hospitalar acabou se voltando para os hospitais gerais, sobretudo para a Santa Casa. A criação de hospitais especiais para os tísicos fazia parte das recomendações da LBCT, como consta em

seus relatórios, mas, no dizer de Seidl (diretor do Hospital São Sebastião): “Em relação ao tratamento nosocomial dos tuberculosos na Capital do Brasil está tudo ou quase tudo por fazer.” (SEILD, 1905 *apud* NASCIMENTO, 2002: 51).

O debate sobre a profilaxia da tuberculose estava longe de chegar ao fim, visto que Oswaldo Cruz logrou alguns intentos no combate a outras epidemias, mas reconheceu a persistência da propagação do bacilo de Koch na cidade carioca. Por suas palavras:

Se examinarmos detalhadamente os fatores constitutivos da curva das chamadas moléstias evitáveis, veremos que quase todas sofreram uma sensível diminuição; uma, porém, permanece inalterada, por assim dizer, continuando a ceifar as vidas na maior pujança de sua atividade produtiva: a tuberculose quase não foi influenciada pelas medidas sanitárias postas em prática. E não o foi porque não foi feita sua profilaxia específica. (CRUZ, 1907:3)

Diante disso, o sanitarista propôs uma campanha específica contra a tuberculose, com a criação de um serviço de profilaxia semelhante ao da febre amarela. O diretor da DGSP admitia ser um desafio de ordem material e moral. De imediato, o seu plano incluía a aprovação de créditos pelo Congresso para auxiliar a Irmandade da Misericórdia na construção de um hospital de isolamento de tísicos, para os que “avultavam em condenável promiscuidade nas enfermarias dessa pia instituição. Isto é apenas o início de um grande plano que se tem de pôr em prática.” (CRUZ, 2007: 1).

Para Oswaldo Cruz, a profilaxia passava pelo conhecimento dos hábitos da população e pelo valoroso trabalho de um grupo de profissionais dedicados à causa pública. E, fundamentalmente, buscando “lançar mão de medidas que anulem suas causas produtoras” (CRUZ, 2007: 3). Para tanto, ele definiu dois caminhos de ação: um, atuando sobre as causas determinantes (o bacilo, propriamente dito), o que requeria uma “profilaxia direta”; e o outro, investindo sobre as causas predisponentes, ou seja, aquelas que enfraqueciam as resistências naturais do organismo à infecção – falta de arejamento, pouca iluminação, aglomerações nas habitações, alimentação deficiente, esgotamento físico e moral, predisposições hereditárias etc. (CRUZ, 2007: 3).

Entre suas propostas profiláticas, cabe destaque para aquelas que visavam atuar sobre o cerne da questão, promovendo o reconhecimento e a notificação dos “focos infectantes”, em homens e animais; a educação profilática do tuberculoso infectante (pela qual poderiam se curar e/ou aprender a não serem nocivos a si mesmo e ao outro) em um sanatório ou a domicílio, sob fiscalização das autoridades sanitárias; o afastamento do eliminador de bacilos das “aglomerações sociais”; leis de aposentadoria temporária ou definitiva dos funcionários

tuberculosos; seguro obrigatório para os operários e empregados do comércio e da indústria; construção de instituições de tratamento, de “altitude e marítimos”, como sanatórios e colônias sanitárias agrícolas, fora do ar viciado das cidades (CRUZ, 2007: 3). E ainda, a interferência sobre as causas indiretas, de ordem social: fornecimento de habitações higiênicas e boa alimentação; proibição do trabalho infantil nas fábricas; prevenção do esgotamento orgânico “de causas higiênicas, físicas e morais” (CRUZ, 2007: 4).

O sanitarista defendia que todo tuberculoso deveria estar sob “tutela sanitária”, mas os indivíduos com infecção avançada, que já tivessem suas resistências orgânicas aniquiladas, deveriam ser isolados em alas especiais nos hospitais, afastados do convívio com os doentes das enfermarias gerais, ou em completo isolamento domiciliar. Para tanto, propunha a modificação e a complementação do regulamento sanitário. Quanto à notificação, intencionava torná-la obrigatória para todos os casos de tuberculose, assim como a vigilância domiciliária.

De início, o plano de Oswaldo Cruz foi abraçado pelo presidente Afonso Pena, que assumiu o compromisso de requisitar um crédito de 12 mil contos ao Congresso, mas desistiu, alegando que não era caso de calamidade pública. Oswaldo Cruz exonerou-se do cargo de diretor da DGSP, em 1909, durante uma crise política pela sucessão presidencial, agravada pela morte do presidente Afonso Pena, deixando o quadro sinistro da tuberculose inalterado. Com todo o prestígio que conseguira à frente da DGSP, o ilustre sanitarista não conseguiu promover o seu novo plano profilático junto ao Governo, ainda que a taxa de óbitos da moléstia na cidade fosse inquestionável diante das demais doenças. Por que?

Conforme Nascimento (2007), seu projeto era de difícil execução, visto que dependia de várias instâncias políticas e do comprometimento de atores fundamentais (como médicos) no processo de observância sanitária. Muitos deles por uma questão de confiança na relação com os pacientes, se sentiam constrangidos em notificar a enfermidade. O projeto também esbarrava em interesses econômicos que não tinham como finalidade melhorar as condições de saúde da população (2007: 178). A autora afirma que, na concepção sanitária da época, a febre amarela, a varíola e a peste expressavam o atraso nacional, mas a tísica era vista como doença “própria da civilização”, pois que a ideia de civilização também estava associada ao “crescimento desordenado e discriminatório” (2007: 175). Igualmente, Nascimento entende que a política sanitária da DGSP se voltou para o combate prioritário das epidemias que denegriam a imagem da nação. Com as grandes reformas do período Pereira Passos (1902-1906), a capital federal “adquiriu feição civilizada, moderna e higiênica”, e foram “removidos os obstáculos ao

desenvolvimento das atividades comerciais, financeiras e políticas da capital, garantindo o fluxo imigratório e o comércio internacional” (NASCIMENTO, 2005: 53-54).

Trata-se de uma visão muito próxima da apresentada por Castro Santos (2004), cuja análise passa pelo entendimento de que as reformas da saúde pública brasileira, no início do século XX, estavam estreitamente vinculadas ao saneamento dos portos e aos interesses dos setores privilegiados da população, pois as lutas e reivindicações dos trabalhadores seguiam em outra direção. “A bem dizer, a história da reforma sanitária brasileira, ao menos em seu período de formação, é tema típico de conquistas ‘pelo alto’, em que estavam em jogo percepções e valores de intelectuais, camadas médias e altas e a participação direta do Estado nacional.” (SANTOS, 2004: 251). Nas palavras de Benchimol (2003): “A campanha contra a tuberculose esvaíra-se por falta de recursos e apoio político” (2003: 277).

Então, sendo a tuberculose um problema de saúde que atingia principalmente os mais pobres, não havia um maior interesse das elites intelectuais, econômicas e políticas em apoiar ações sanitárias que beneficiassem essa parcela da população? Pelo debate médico e pela pressão da LBCT sobre o Estado para que este estabelecesse políticas de combate à tuberculose, cabe avaliarmos a questão no seio de sua complexidade, porém sem desprezar as leituras dos autores acima citados.

A fala do Ministro da Justiça, J.J. Seabra (1905), ao presidente Arthur Bernardes, indica que o compromisso do Estado contra a propagação da tuberculose não estaria ainda bem definido. A atuação do Estado estaria muito vinculada ao engajamento pessoal, à parceria institucional e à incorporação de orientações médico-científicas, ainda que em nome de uma diretriz governamental, o “saneamento do Brasil”. Deste modo:

Não deviam os Poderes Públicos do Brasil se abster dessa cruzada benemérita, que hoje se empenha, por todo o mundo, contra a tuberculose. Oficial ou officiosamente, coerente com essa diretriz de ação, pelo saneamento do Brasil, que marca o vosso governo, tenho feito aderir aos congressos internacionais, adotado as conclusões por eles votadas, prestigiado pelo apoio e pela direção a trabalhos da meritória ‘Liga Brasileira contra a Tuberculose’, incluindo nos regulamentos sanitários disposições taxativas quanto à profilaxia da tuberculose, com rigor de prescrição, certo de algum resultado prático. (SEABRA, 1905: 22).

Na verdade, como já observado, a atuação do Estado era considerada limitada pelos médicos, havendo um predomínio da filantropia como modelo de assistência pública, cujas raízes remetiam à caridade cristã. Todavia, de um lado, a tensão entre capital e trabalho levou à emergência da questão social, marcando decisivamente a Primeira República; e do outro, a relação entre medicina e filantropia assumiu um caráter racional e contribuiu para a prática



assistencial assumir o sentido de “utilidade social”. Como reformadores sociais, os filantropos voltaram sua atenção para o operariado e seus dependentes, face aos percalços para a manutenção da família, como o desemprego e a doença (VISCARDI, 2011:187-195; SANGLARD e FERREIRA, 2014: 73-75).

Para Viscardi (2011), o exercício do poder público não era entendido como opositor à participação de setores privados. Além do sentido ambíguo da pobreza – vista como fenômeno da sociedade, mas também natural e moral – a assistência pública estava limitada pelo ideário liberal, pelo reduzido tamanho do Estado e pela carência de recursos para agir no país (VISCARDI, 2011:187-195). Como observam Rangel (2013), Sanglard e Ferreira (2014), o discurso médico defendia a complementariedade da assistência com o poder público, cabendo ao Estado ações gerais e à filantropia, ações pontuais. Nesse sentido, são exemplares as vozes de Juliano Moreira e Fernandes Figueira em defesa da assistência em seus campos de atuação (RANGEL, 2013: 107; SANGLARD e FERREIRA, 2014: 75).

Ademais, conforme lembra Pereira (2016), a falta de uma política de combate à tuberculose decorria principalmente da carência de uma profilaxia eficaz para a doença, ainda que fossem aplicadas medidas sanitárias baseadas nas experiências de países como a Inglaterra, Alemanha e Estados Unidos. Assim, o combate à tuberculose foi limitado no início do Século XX (PEREIRA, 2016: 457).

A cronicidade da doença, que atingia uma massa enorme de trabalhadores, também representou um obstáculo a mais, principalmente porque demandava a ocupação de leitos hospitalares ou sanatoriais por longos períodos, até a plena recuperação ou óbito do paciente. E isto elevava muito os gastos, com a criação e manutenção de espaços especializados para o atendimento dos pobres. O isolamento, como principal estratégia profilática de combate às doenças epidêmicas, era bem difícil de ser aplicado à tuberculose, que exigia grandes investimentos, longos períodos de segregação social e a necessidade de articular várias outras políticas de ação.

Em suma, o fracasso da DGSP no combate à tuberculose revelaria como todos esses aspectos estavam intrinsicamente ligados, pois a adoção de uma política específica de combate a esta enfermidade precisaria articular diversos níveis de ação, além de contar com uma multiplicidade de atores sociais, político-institucionais e produtivos. As atuações políticas precisariam tanto ter o olhar sensível para a base quanto para o topo da pirâmide social, cujas relações determinavam a realidade do trabalho e da produção que impactava a vida e a saúde do trabalhador.

## 2.2 Entre a modernização do Hospício Nacional e a realidade da tuberculose na capital

Neste processo, entre fins do século XIX e início do século XX, as políticas legais e urbano-sanitárias da DGSP tiveram efeito sobre a organização e estrutura física manicômio. Prova disto foram a drenagem e aterro do terreno do hospício, que aliviou seus habitantes das emanções pantanosas, o combate aos mosquitos e ratos ( vitimados pela peste nos terrenos do hospício e da Escola Militar) e a extinção de focos da peste bubônica na Praia da Saudade, em 1903 (BRAZIL-MÉDICO, 1903:289).<sup>86</sup> Todavia, como trata o relatório de Peixoto (1905), o hospício também perdeu uma parte do seu patrimônio<sup>87</sup>, disponibilizado pelo Governo para a DGSP, e se viu sob a ameaça de ter ao lado um hospital para pestilentos. Com desagrado, o diretor interino criticou os novos projetos da Diretoria de Saúde na vizinhança:

(...) vi com tristeza e não sem protesto, mas infelizmente sem nenhum êxito, caírem nas mãos da Diretoria Geral de Saúde Pública, que arrasou tudo e já aí edificou um desinfetório e dentro em pouco tempo um hospital para doenças pestilentas.

Do esbulho, aqui fica o clamor: dos perigos e inconvenientes, se houver de tal infeccionada vizinhança, não restará culpa nem remorso à Direção do Hospício (PEIXOTO,1905: 52).

Os ventos renovadores que sopraram sobre o HNA geraram processos de disputas interinstitucionais com prejuízo para o patrimônio da Assistência e os planos da Faculdade de Medicina, mas também ações colaborativas em benefício do manicômio e seus habitantes. Ou seja, a nova face do HNA foi moldada a partir de uma rede complexa de relações institucionais que coadunavam dissensos e convergências de interesses, mobilizando esforços de muitos atores – desde autoridades renomadas, ocupantes de altos cargos no poder público a obreiros anônimos que, trabalhando nos canteiros das obras, participaram da recriação do hospício.

Como aludido, a modernização idealizada por Juliano Moreira, e inspirada no pensamento experimental e organicista de Emil Kraepelin (com sua experiência clínica em Berlim), introduzia novos serviços técnicos e espaços especializados na estrutura do manicômio. (ENGEL, 2001: 287; FACCHINETTI e MUÑOZ, 2013: 246). Ao ministro da justiça, em 1905, Afrânio Peixoto relatou as inúmeras benfeitorias promovidas no ano anterior, que deram ao hospício uma imagem de assistência e ciência psiquiátrica bem mais promissora

---

<sup>86</sup> Noticiado pelo *Brazil-Medico*, ao mencionar o encontro de Oswaldo Cruz com a Comissão de instrução e saúde pública da Câmara dos Deputados, onde o diretor fez uma apresentação das ações de profilaxia e higiene geral e, em especial, a profilaxia da febre amarela e projetos da DGSP (1903: 289).

<sup>87</sup> Peixoto está se referindo aos terrenos de ns. 1 e 3, situados à atual rua General Severiano: no nº 1 funcionou a primeira enfermaria provisória do Hospício, entre 1842-1852; e no n. 3, havia um prédio inacabado previsto para a ampliação da Faculdade de Medicina.

do que a retratada na imprensa em 1902. Entre tais benfeitorias vale citar: melhoramentos na administração; reparos e pintura geral em todas seções e dependências do HNA; obras de adaptação para instalações de salas de operação e ginecologia, para os laboratórios anatopatológico e farmacêutico, para os serviços de clinoterapia, cinesioterapia, eletro e hidroterapia; salas de visita, leitura, recreação e biblioteca para os enfermos alienados; uma biblioteca médica; instalação de uma cozinha a vapor; de uma usina elétrica etc. (PEIXOTO, 1905: 23-43).

Peixoto recheou seu relatório com imagens – das seções restauradas, dos novos pavilhões, da moderna aparelhagem, dos jardins –, comprovando aos olhos do leitor a nova fase do HNA, onde a ciência pensava cada canto. Facchinetti *et al.* (2010) percebem nesses registros de Peixoto intencionalidade de mudar a imagem de depósito de doentes para o da assepsia e ordenamento, próprio a um lugar da ciência psiquiátrica (2010: 748). Entendemos que essa intencionalidade estava também incluída nos objetivos da engenharia sanitária da época: desaglomerar, arejar e higienizar os espaços doentes da cidade.

O projeto do Pavilhão de Hidroterapia (figuras 2 e 3) é um belo exemplo de engenhos técnicos dos novos tempos do hospício. A água era vista como um recurso terapêutico importante, tanto para acalmar ou estimular o doente (dependendo de cada necessidade), como para procedimentos higiênicos. O novo equipamento tinha acoplado espaços de exercício físico e de descanso. Tratando da produção médico-científica sobre a fisioterapia, nos primeiros trinta anos do século XX, Barguil (2011) destaca que a balneoterapia era recomendada para patologias do sistema nervoso, para doenças infecciosas (como varíola, sarampo, febre tifoide, entre outras) e estados febris. Esta terapêutica consistia principalmente em banhos frios ou quentes, que podiam ser parciais ou de imersão. Desse modo, nos quadros infecciosos, a hidroterapia era vista com um recurso que agia “não somente diminuindo a temperatura (pelas trocas de calor entre o corpo e a água), mas também aumentando a diurese e as oxidações orgânicas, permitindo e auxiliando o organismo a livrar-se das intoxicações que causam a infecção.” (BARGUIL, 2011: 99).

Outro testemunho das reformas do hospício, bem mais conhecido, é a crônica de Olavo Bilac (1905)<sup>88</sup> sobre sua demorada visita ao HNA, após a reforma. Rememorando o imaginário sobre a loucura, o cronista comparou Juliano Moreira a Pinel – ao libertar das algemas os loucos

---

<sup>88</sup> Publicada primeiramente na *Gazeta de Notícias* (1905) e replicada no *Jornal do Brasil* (1905), n° *O Paiz* (1905) e na imprensa baiana, pelo *Correio do Brasil* (1905).

de Bicêtre<sup>89</sup> –; exaltou o devaneio calmo dos loucos mais furiosos do hospício da Praia da Saudade, libertos dos liames das camisas de força – quem sabe, transformadas em fogueira pelo diretor – e do ambiente sujo e opressivo de outrora. Eis um pequeno trecho da sua longa e elogiosa crônica:

Antigamente não havia, naquele formoso recanto da baía de Guanabara, um hospício; havia uma Casa de Torturas, uma Penitenciária de Loucos. O que ali se inaugurou não foi apenas uma série de melhoramentos materiais; foi também, e principalmente, uma instituição moral que não existia. (...)

Mas o que há de mais notável na reforma do hospício é o regime de tratamento. É o que não havia até agora, e é o que me leva a dizer que não houve ali a inauguração de alguns melhoramentos, mas a inauguração de um hospital inteiramente novo. (...)

Quem hoje atravessa aquelas salas já não tem a impressão de estar atravessando as divisões de um inferno, povoados de gritos estridentes ou lúgubres, mansão de agonia e terror.

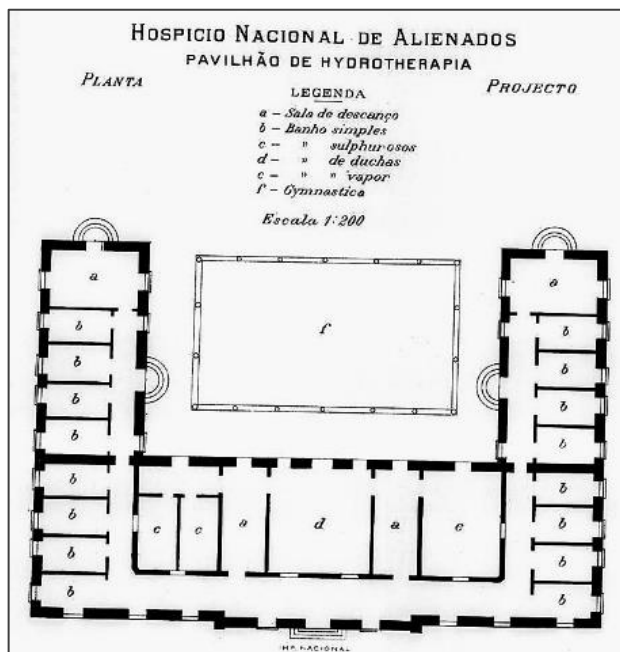
Agora, sim! Aquilo é uma casa de caridade e ciência. (BILAC, 1905: 1).

Figura 2 – Projeto da fachada do Pavilhão de Hidroterapia do Hospício Nacional



Fonte: Peixoto (1905, s/p)

Figura 3 - Pavilhão de Hidroterapia do Hospício Nacional



Fonte: Peixoto (1905, s/p)

Nesse momento, na imprensa, a exaltação do novo manicômio contribuiu para reafirmar a positividade da ciência na assistência aos loucos. No testemunho de Bilac nos parece claro sua percepção da Assistência como o exercício da caridade, expressão do pensamento social da elite intelectual e política – como já mencionamos, a partir dos estudos de Sanglard (2003),

<sup>89</sup> Para entender o papel e o lugar do mito fundador da psiquiatria na construção desta disciplina médica, ver Foucault (1975: cap. V).

Viscardi (2011) e Sanglard e Ferreira (2014). Nem de longe circula qualquer ideia de direito cidadão ou de exercício do controle estatal, sendo a mirada corrente mais afeita à ideia de filantropia da época.

Na visão de Silva (2014), como obras de humanidade e de civilização, as reformas do Hospício buscavam mudar a imagem da instituição no imaginário da população, com a contribuição dos jornais locais. “Fato é que o Hospício era parte integrante da sociedade carioca, constituindo peça do cotidiano da imprensa da época, responsável por divulgar e muitas vezes denunciar o que lá se passava.” (SILVA, 2014: 204) No dizer de Venancio e Saiol (2017: 20), a imprensa atuou decisivamente para a “reinvenção republicana” do HNA, assentada nos novos princípios urbanos, científicos e assistenciais da modernidade, e símbolo de organização da saúde pública e do progresso médico do período.

É importante lembrar que a reforma não implicou na igualdade de tratamento e acomodações dentro da instituição, pois os princípios legais determinavam a distinção na assistência entre indigentes e pensionistas. Aos que podiam pagar, se reservavam acomodações com maior conforto e melhor atendimento. Os pacientes mais pobres continuavam compartilhando as enormes enfermarias coletivas. E, como veremos no capítulo 3, isso faria uma enorme diferença tanto na incidência da tuberculose quanto no isolamento do doente. Mas, pelo menos inicialmente, parece que as acomodações do hospício haviam melhorado.

Uma das áreas do HNA a merecer especial atenção, no que diz respeito ao saneamento foi o terreno dos fundos do edifício central. Em 1905, a Diretoria de Contabilidade do Ministério da Justiça relatou as obras realizadas neste local, preparando o mesmo para futuros pavilhões de isolamento e a criação de áreas de lazer. Para tanto, acabaram ali com um imenso capinzal, cheio de charcos e pequenos brejos, visto por muitos como responsável pelas más condições sanitárias do manicômio.

Saneamento do terreno dos fundos. – A área deste terreno, compreendida entre os pavilhões de observação e os muros e dos fundos limítrofes com a rua da Passagem, era um extenso capinzal, cheio de depressões naturais que se transformaram em charcos e pequenos brejos, em diversos lugares produzindo exalações constantes de miasmas, a que muitos atribuíam às más condições sanitárias que, por vezes, se observava no Asilo de Alienados.

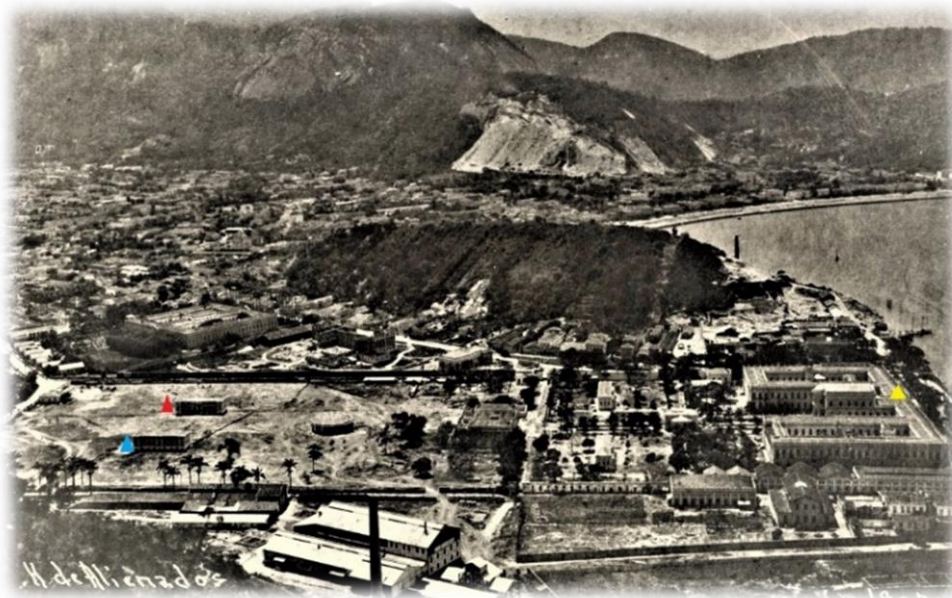
Uma preocupação da atual Diretoria foi eliminar o capinzal, transformando-o em parque, que admiravelmente se prestará para a construção de futuros pavilhões e onde já foram levantados os de isolamento. (...)

Este importante serviço muito virá concorrer para melhorar a higiene do Hospício, tornando-se o parque, futuramente, um bom local para recreio e distração dos loucos e indubitavelmente, na opinião dos especialistas, para o mais fácil e rápido tratamento desses infelizes, quando passíveis de cura.” (BRASIL, 1905, p. 18-19).

A eliminação dos focos de “exalações constante de miasmas” e a edificação dos pavilhões de moléstias contagiosas são exemplos concretos, lembrando a percepção de Caponi (2002:157) e Tomes (1999: 6), da atualização de antigas teorias, em uma “relação de complementaridade” entre as estratégias sanitárias do “higienismo clássico”, baseado na “teoria dos miasmas”, e os métodos de controle das doenças assentados nos princípios da revolução pasteuriana.

No conjunto de obras do HNA foi incluída a 4ª. Seção, voltada para o cuidado e isolamento das enfermidades infectocontagiosas, incluindo a tuberculose. Consolidou-se assim, o projeto institucional do final do século XIX, de proteger a população de internos, não infectados, dos possíveis focos epidêmicos. E, ao mesmo tempo, tal projeto se adequava à legislação sanitária e à lógica de urbanização da cidade de executar melhoramentos higiênicos, estéticos e paisagísticos. Nos fundos do hospício da Praia Vermelha (figura 4), portanto em área distante e oposta ao palácio central (amarelo), foram construídas as duas primeiras edificações da 4ª. Seção, o Pavilhão Jobim (azul) e Pavilhão Francisco de Castro (vermelho), feminino e masculino respectivamente, atendendo uma reivindicação que, como vimos, era anterior à direção de Moreira.

Figura 4 - Vista panorâmica do Hospício de Alienados [Fundos], 1903



Fonte: Coleção Augusto Malta, Museu da Imagem e do Som

Cada pavilhão foi edificado com 34m de comprimento por 8m de largura, mais 4m na parte central e nos extremos, chão calçado e cimentado, paredes com altura de 5m, cobertura de pinho e telhas francesas. Internamente, as duas construções de alvenaria receberam alguns cuidados, para atender exigências de sua finalidade: forro estucado, liso, sem saliências e sem

cimalhas, com todas as interseções de paredes e quinas arredondadas, de forma a desaparecerem os ângulos e cantos vivos. Cada pavilhão possuía uma entrada, na parte central, comunicando com o gabinete médico, em frente; dois salões, cada um com capacidade para 12 leitos; compartimentos nas extremidades para os doentes mais graves e para os enfermeiros; uma pequena rouparia; water-closets e banheiros. Em condições normais, os dois podiam acomodar 52 enfermos (DIR. de CONTABILIDADE-MJNI, 1905:17).

Segundo Opinel (2007), as especificidades de tais edificações tinham a finalidade de facilitar a desinfecção. Além de espaços diferenciados para médicos, enfermeiros e doentes, havia quartos reservados para doentes em estado infeccioso avançado. Possivelmente, tais quartos tinham a função de isolar os doentes infectocontagiosos recém-admitidos, advindos de outras seções do manicômio, de modo a evitar o transporte da infecção de paciente para paciente – estratégia aplicada no pavilhão de difteria do Instituto Pasteur, em Paris (2007: 86-87).<sup>90</sup> Também funcionava como um local reservado para os doentes em estados agônicos.

Pelas ilustrações das figuras 5 e 6, podemos visualizar a edificação e a planta das enfermarias de moléstias intercorrentes contagiosas, respeitando os princípios da aeração (com janelas largas ao longo de todo o pavilhão) e luminosidade. Pela planta, podemos ver que cada edificação compreendia duas enfermarias. Em ambas as edificações, “uma das salas foi destinada ao isolamento e tratamento de alienados tuberculosos vindos das diversas seções do manicômio.” (ALMEIDA, 1919: 394). Os novos serviços foram devidamente aparelhados para o fim a que se destinavam, de acordo o administrador Mattoso Maia (1906: 57).

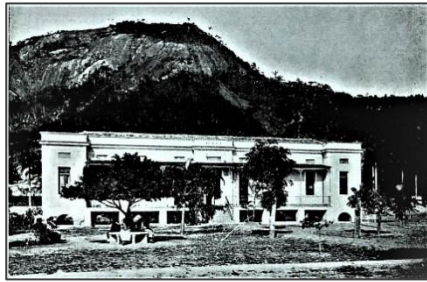
Na 4ª Seção, os pavilhões Jobim (feminino) e Francisco de Castro (masculino) receberam seus primeiros pacientes em fevereiro de 1905, mas a inauguração oficial só ocorreu em 6 de abril do mesmo ano. Os serviços foram iniciados sob os cuidados do Dr. Miguel Pereira<sup>91</sup>. Pelos quadros demonstrativos (anexos 1 e 2) de Cunha (1906), os pavilhões da 4ª Seção recebiam as mais diversas enfermidades: ancilostomíase, escorbuto, tuberculose pulmonar, disenteria, enterite, enterocolite, arteriosclerose, escabiose, beribéri, bronquite, infecção tífica, lepra etc. (CUNHA, 1906: 26-31).

---

<sup>90</sup> Para maiores informações sobre a arquitetura pavilhonar ver: Sanglard & Costa (2004) e Costa (2011).

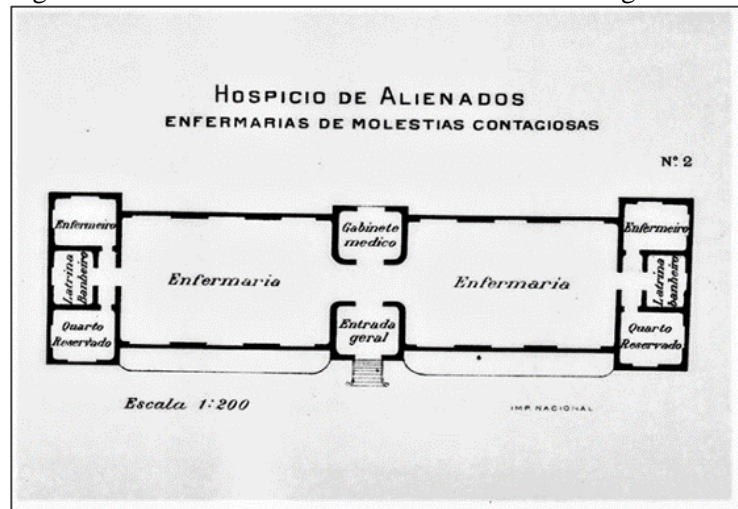
<sup>91</sup> Dr. Pereira formou-se médico pela FMRJ, em 1896, com a tese “Hematologia tropical”, foi ex-assistente de clínica propedêutica (1898-1901) de Francisco de Castro, a quem substituiu até 1904, quando assumiu o lugar de médico da seção de moléstias intercorrentes do HNA, onde permaneceu até 1907 (SÁ, 2009:334). Também, cabe registrar que o médico atuou no combate à epidemia de cólera-morbus (1895), no Vale do Paraíba, e era efetivo colaborador do *Brazil-Médico*, onde publicou artigos como “Ankylostomíase” (1895) e “Tratamento da Brochite chronica” (1905). O médico ficou célebre por seu discurso de 1916, quando comparou o Brasil a um imenso hospital (Sá, 2009).

Figura 5 - Pavilhão Jobim  
Moléstias intercorrentes (mulheres)



Fonte: *Careta* (jul. 1909).

Figura 6 - Planta das enfermarias de moléstias contagiosas



Fonte: Dir. de Contabilidade, MJNI (1905: s/p).

Frente à criação da 4ª. Seção, nos perguntamos se tais pavilhões estavam voltados apenas para o isolamento das moléstias de caráter infectocontagioso. Numa anotação do Dr. Miguel Pereira no dossiê de uma paciente, cujo registro de entrada no Pavilhão Jobim data de 1905, encontramos a seguinte informação: "Os novos pavilhões destinam-se a isolar, para evitar o contágio, os doentes de moléstias infecciosas intercorrentes. As doenças intercorrentes não infecciosas, ou tidas como tais, continuam a ser tratadas no Hospício."<sup>92</sup> Ou seja, tais pavilhões tinham um caráter bastante peculiar – apenas de isolamento –, mas isso não afastava o interesse científico do chefe da 4ª. Seção por seus enfermos. Tal interesse também influenciava a transferência de determinados pacientes para o isolamento, como averiguamos numa correspondência do Dr. Lúcio de Oliveira (chefe da Seção Esquirol).<sup>93</sup> Nela, justificava um caso desafiador que enviou para o Pavilhão Jobim (sem muitas informações), para “quebrar a monotonia dos casos clínicos entregues ao seu cuidado”, em vista do interesse do Dr. Pereira de estudar as moléstias nervosas e do aparelho circulatório.” (OLIVEIRA, 1906: 122).

Qual era o tamanho do problema da tuberculose no grupo de enfermidades assistidas na 4ª. Seção? Pelo conjunto de moléstias isoladas pelos médicos na 4ª Seção, podemos ver que os novos preceitos da bacteriologia contribuía para esclarecer a etiologia de algumas infecções, como a da tuberculose, ao mesmo tempo que embaralhavam o entendimento e tratamento clínico de outras. Desse modo, a eclosão de vários casos simultâneos de uma mesma ou

<sup>92</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 19,25.

<sup>93</sup> Publicada na seção de correspondência do periódico *Archivos Brasileiros de Psychiatria Neurologia e Ciencias*, em janeiro de 1906. A carta deixa transparecer certo desagrado pela nota clínica de um estudo de “Cisticercose humana”, feito pelo Dr. Miguel Pereira, no qual o médico fez menção à falta de informações da paciente que estivera sob os cuidados do Dr. Lucio de Oliveira, na Seção Esquirol, e transferida para o Pavilhão Jobim sem informações, apenas com o diagnóstico de alcoolismo.



diferentes moléstias, mas com sintomas semelhantes, podia levar à enganosa suposição de uma epidemia interna, prejudicando os resultados da prática terapêutica – a exemplo da luta do Dr. Antonio Austregesilo<sup>94</sup> contra várias manifestações de disenteria, beribéri, escorbuto, gripe e uma endemia de uncinariose, na Seção Pinel, em 1904 (PEIXOTO, 1905: 25). No capítulo 4, de discutirmos melhor como os médicos enfrentavam essa questão, particularmente em relação à tuberculose.

Os quadros de diagnósticos nos ajudam a compreender a dimensão da tuberculose no conjunto de moléstias atendidas na 4ª Seção. Tanto no pavilhão feminino quanto no masculino, a tuberculose esteve presente como segunda causa de entrada. Em um levantamento estatístico, Dr. Cunha (1906) chamou a atenção para os números de casos de tuberculose, enterites e enterocolites, que não se distanciavam muito nos dois pavilhões; diferente do grande número de entrada por escorbuto, no pavilhão masculino, e de ancilostomíase, no pavilhão feminino. Quanto à mortalidade na 4ª Seção, a tuberculose assumia o primeiro lugar, segundo registrou o médico:

Assim, no pavilhão de mulheres essa doença entra com 28,57% da mortalidade geral, vindo em seguida a arteriosclerose com 14,28%; no pavilhão F. de Castro, porém, é que essa superioridade assume proporções verdadeiramente colossais; aí a tuberculose figura em 76,36% dos óbitos, sendo que 70,58% pertencem exclusivamente à fimatose pulmonar! O escorbuto, que vem em segundo lugar, entra no computo geral com 5,88% apenas... (CUNHA, 1906: 24)

No Pavilhão Jobim, predominaram 5 mortes por tuberculose, num conjunto de 11 mulheres (10 casos do tipo pulmonar e 1 de meningite tuberculosa), contra 2 por arteriosclerose. Já no Pavilhão Francisco de Castro foram 12 óbitos (entre 16 casos da afecção pulmonar) para 2 de escorbuto (CUNHA, 1906: 26-33). No balanço geral de óbitos do HNA, para o ano de 1905, fica claro que as doenças gastrointestinais impactaram mais a população feminina (20 mulheres contra 7 homens) e a tuberculose, a população masculina (foram 21 homens para 16 mulheres). Porém, entre inúmeras *causas mortis*, a infecção tuberculosa respondeu pelo primeiro lugar na lista de óbitos, como pode ser visto no anexo 3.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup> O pernambucano Antonio Austregésilo Rodrigues de Lima formou-se pela FMRJ, em 1899, tornou-se alienista do HNA, exercendo atividades na Seção Pinel; foi médico-chefe da 20ª enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro; assistente de clínica propedêutica da FMRJ, em 1909; professor substituto em 1911; professor da cadeira de doenças nervosas, em 1912, e professor catedrático de Neurologia da mesma faculdade (CERQUEIRA, 2014:30).

<sup>95</sup> Foram as seguintes ocorrências: enterocolite (19), disenteria (4), gastroenterite (3) e gastroenterocolite (1). No balanço da tuberculose foram incluídos os casos de enterite (1), mesenterite (2) e meningite (1), de origem tuberculosa.

Ao que tudo indica, num primeiro momento, as melhorias introduzidas no hospício contribuíram para reduzir um pouco a mortalidade por tais doenças, a julgar pelos números de óbitos do final do século XIX, como visto no capítulo anterior. Contudo, considerando que a tuberculose impactava também a médio e longo prazos, verificamos, em nosso banco de dados, o quantitativo de pacientes que passaram pelo isolamento da 4ª. Seção. Entre 233 indivíduos<sup>96</sup> que deram entrada no HNA, entre 1890 a 1902, e seguiram internados no período Juliano Moreira, 60 (perto de 26%) chegaram a passar pelo isolamento da 4ª Seção, sendo 30 indivíduos por tuberculose (16 mulheres e 14 homens) e mais trinta por outras doenças intercorrentes (13 mulheres e 17 homens). Entre os pacientes com entrada entre 1903 e 1907, 258 sujeitos passaram pelo isolamento, 105 fimatossos (58 mulheres e 47 homens) contra 153 sujeitos (52 mulheres e 101 homens)<sup>97</sup> que foram isolados por outras intercorrências. As moléstias que levaram ao isolamento foram as mais diversas: tuberculose, enterocolite, disenteria, gastroenterite, nefrite, arteriosclerose, escorbuto, ancilostomíase, lepra etc.

No gráfico 3, podemos ver o isolamento por tuberculose em comparação com outras doenças infectocontagiosas. Os sujeitos foram agrupados e distribuídos por ano de entrada. No 1º grupo (1890-1902), é possível perceber que houve maior presença da tuberculose (TB), entre 1901 e 1902, particularmente entre as mulheres, se comparado com o conjunto de moléstias intercorrentes. Sabemos que, nesse período, o hospício passava por grande aumento populacional e graves problemas sanitários. Isso ajuda a explicar por que um maior número de pacientes entrou entre o 1899 e 1902 tenha passado pelo isolamento na 4ª Seção, inaugurada em 1905. Também cabe lembrar que a tuberculose era uma doença que podia tanto levar ao rápido falecimento como podia se tornar crônica e, neste caso, o doente convivía com a doença por anos e/ou décadas. Deste modo, sem desconsiderar a possibilidade de alguns internos terem sido isolados por uma infecção aguda, nos parece que estamos falando possivelmente de doentes que se tornaram casos de tuberculose crônica.<sup>98</sup>

Já no 2º grupo (1903-1907), observamos maior concentração de enfermos no período de cinco anos se comparado com o 1º grupo (1890-1902) (com menor número de pacientes distribuídos em treze anos), e com destaque para as outras doenças infectocontagiosas (ODI)

---

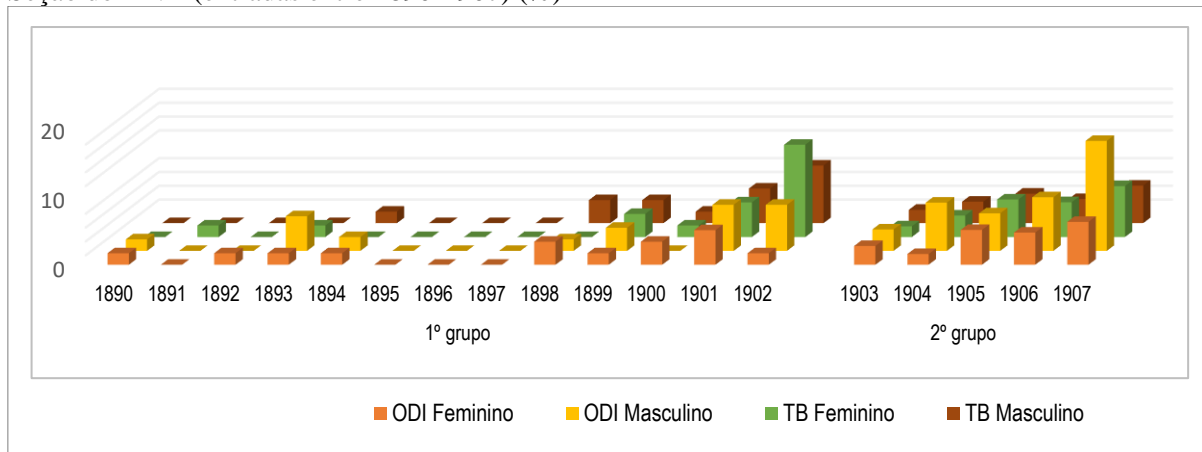
<sup>96</sup> Tais pacientes foram identificados num conjunto total de 1.766 pacientes (62% homens e 38% mulheres), com entrada entre 1890-1902. Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS.

<sup>97</sup> Num total de 1.470 indivíduos (60% homens e 40% mulheres), com entrada entre 1903 e 1907. Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/Série internação - IMASNS.

<sup>98</sup> Também não podemos esquecer que a entrada e saída de doentes era bastante dinâmica. Falamos de uma parcela de internos que se manteve no hospício. Este período requer um trabalho complementar para entender melhor o impacto dessas doenças no período.

no contingente masculino, particularmente entre 1906 e 1907. Aspecto que pode ser explicado, em parte, pela retomada do aumento da população do hospício, a partir de 1904, mas também pelo impacto da entrada de pacientes já doentes, como teremos oportunidade de explicitar com mais detalhes adiante.

Gráfico 3 - Pacientes com tuberculose (TB) e outras doenças infectocontagiosas isolados (ODI) na 4ª Seção do HNA (entradas entre 1890-1907) (%)

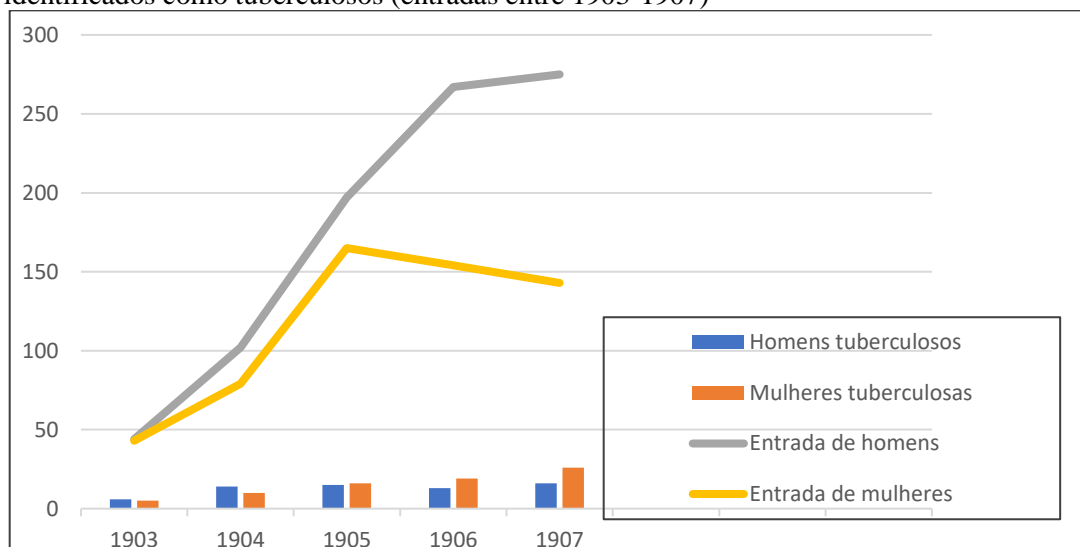


Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Sendo significativo o peso da tuberculose nos pavilhões de isolamento, observamos os números da doença, entre 1903 e 1907, em comparação ao número de entradas, como pode ser acompanhado pelo gráfico 4. A partir de 1903, o crescimento de internos alienados ocorreu nos dois seguimentos (feminino e masculino) – com um pico no ano de 1905, no número de internações de mulheres, seguido de um ligeiro declínio nos dois anos seguintes – e seguiu acentuado entre os homens. Tal fato corrobora os dados assinalados por Alves (2010: 87) com relação à uma tendência de crescimento das hospitalizações femininas, em comparação ao século anterior, mas sempre inferior ao contingente masculino, à exceção do ano de 1903, quando houve mais internações de mulheres.

Os números revelam, também, que houve um expressivo aumento da população internada, logo após a reforma em 1904, tanto de homens como de mulheres. Este dado pode indicar que a mudança na imagem da instituição teve como consequência uma maior procura por vagas e/ou havia uma demanda anterior, não atendida pelo HNA. Esta necessidade passava a ser contemplada a partir do aumento do número de vagas das novas seções especializadas (para infectocontagiosos, epiléticos e crianças) e a liberação de leitos nos pavilhões originais femininos e masculinos.

Gráfico 4 - Comparação entre as frequências de entrada de pacientes no HNA e a dos alienados identificados como tuberculosos (entradas entre 1903-1907)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Em relação aos números da tuberculose, a doença parece ter se acentuado entre as mulheres. Em 1905, foram 7 pacientes isoladas no Pavilhão Jobim; no ano seguinte, 12 alienadas; e, em 1907, 19 casos. Mesmo não sendo a diferença muito grande na incidência da afecção tuberculosa, entre homens e mulheres, ela é expressiva em relação ao maior movimento de entradas de enfermos masculinos. Tais dados ajudam a entender por que, após um ano de atividade dos pavilhões Jobim e Francisco de Castro, a expansão da 4ª. Seção foi requerida por Juliano Moreira, assim defendida: “só em tuberculosos temos sempre um número muito mais elevado que a lotação dos pavilhões construídos.” (MOREIRA, 1906: 6). Novamente, no relatório relativo ao ano seguinte, o grande número de infectados levou o diretor interino, Dr. Domingos Lopes da Silva Araújo<sup>99</sup>, a solicitar a construção de novos pavilhões de isolamento para tais enfermos (LYRA, 1907:169). Do mesmo modo, nos esclarece a razão do esforço feito para construir, primeiramente, o pavilhão de tuberculose feminino.

Embora a tuberculose não fosse a responsável pelo maior número de entradas nos primeiros pavilhões da 4ª Seção, no início do século XX, os doentes tuberculosos ocupavam leitos por longos períodos e os prognósticos da doença também não eram muito animadores, como teremos a oportunidade de tratar, com mais detalhes, no próximo capítulo.<sup>100</sup> A gravidade

<sup>99</sup> No cargo desde 21 de março de 1906, devido ao licenciamento de Juliano Moreira para tratamento de saúde.

<sup>100</sup> Observamos numerosos casos de doenças infectocontagiosas que levaram ao isolamento bem como um maior número de altas entre tais doenças, em comparação à tuberculose. Mas, em vista das várias implicações na análise dessa questão (como a frequência de entradas e saídas, coexistência de mais de uma doença no mesmo indivíduo etc.), não aprofundaremos a comparação para não fugir do nosso objetivo.

da tuberculose não era uma especificidade do HNA e nem da cidade do Rio de Janeiro, como indicam algumas falas médicas de outros lugares, no Brasil e no exterior.

No plano nacional, por exemplo, a comunicação do Dr. Franco da Rocha, diretor do Asilo-Colônia de Juquery, em São Paulo, no VI Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia de São Paulo, nos dá a dimensão de que ele enfrentava o mesmo problema, a afecção tuberculosa respondia em primeiro lugar (19% dos óbitos) das mortes no asilo paulista, seguida pelas moléstias do aparelho gastrointestinal (17 ½%) (ROCHA, 1907: 284). No plano internacional, os doutores A. Marie e J. Rolet (1906), em *La tuberculose dans les asiles d'aliénés*, deixaram indícios de que o número de óbitos por tuberculose nos asilos da França seriam três vezes maior do que a população geral do país, e que a atenção ao problema estava se desenhando de uma forma lenta e pouco oficial. Os doutores Briand e Marie se manifestaram, em 1905, no Congresso Internacional de Tuberculose, em Paris, em defesa da necessidade urgente de mudar essa realidade (MARIE e ROLET, 1906: 288). Na comunicação *Tuberculosis in hospitals for the insane*, apresentado no Congresso de Tuberculose de 1908, em Washington, Hutching (1908) fez afirmação semelhante sobre os dados oficiais americanos de 1907, nos estados de Nova Iorque e Massachusets.

Em vista dessa longa explanação, podemos entender que a solução adotada para confrontar a tuberculose no HNA bem como a iniciativa de torná-la realidade, respondia a anseios administrativos e científicos gerais (e não apenas psiquiátricos) de combate à tuberculose. Para dar conta do problema, Matoso Maia, administrador do hospício, reuniu esforços para construir mais um pavilhão de isolamento feminino, atendendo ao desejo de Juliano Moreira. Em relatório, Maia expôs as providências tomadas para a construção de “um pequeno pavilhão-varanda”, esclarecendo que, devido à escassez de verbas, contou com a “boa vontade” de engenheiros da Exposição Nacional (1908) e do engenheiro do Ministério da Justiça, Dr. F. Peixoto, com os quais obteve materiais para erigir o “Sanatório de Tuberculosos, único no Rio de Janeiro.” (MAIA, 1909: 7). Batizado como Pavilhão De Simoni (figura 7) – em homenagem a um dos inspiradores da criação do Hospício de Pedro II<sup>101</sup> –, o novo pavilhão-varanda tinha como fim isolar os casos mais avançados de tuberculose pulmonar.

---

<sup>101</sup> O médico italiano Luiz Vicente De Simoni foi um dos fundadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ), criada em 1829, junto com José Francisco Xavier Sigaud e João Maurício Faivre, José Martins da Cruz Jobim e Joaquim Cândido Soares de Meirelles. Segundo a historiografia, De Simoni foi o primeiro a escrever sobre a “importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados” (ODA e DALGALARRONDO, 2004: 131-134).

De acordo com Dr. Almeida (1919), futuro assistente e médico interino dos pavilhões de doenças infectocontagiosas e um dos que se dedicou ao estudo do tema, a experiência de isolamento da tuberculose no hospício foi aclamada como a primeira do gênero na América do Sul, “um dos melhores e que mais vantagens práticas auferire no que diz respeito à profilaxia da tuberculose.” (ALMEIDA, 1919: 394). Deste modo, o médico descreveu o novo pavilhão:

Inaugurado com vinte alienadas tuberculosas, a sua construção é muito ampla e aberta em forma de varanda, construída de alvenaria, vigas de ferro e madeira, tendo as paredes e o solo revestido de ladrilho hidráulico e mosaico. A disposição interna consta de uma enfermaria em que os leitos são colocados paralelamente, de um quarto para enfermeiras, de um apartamento para rouparia e utensílios e de instalações de banho quente e reservatórios sanitários.

Assim, preenche os fins dos pavilhões-tipos dos sanatórios estrangeiros, visando-se, em particular, uma completa e contínua aeração.

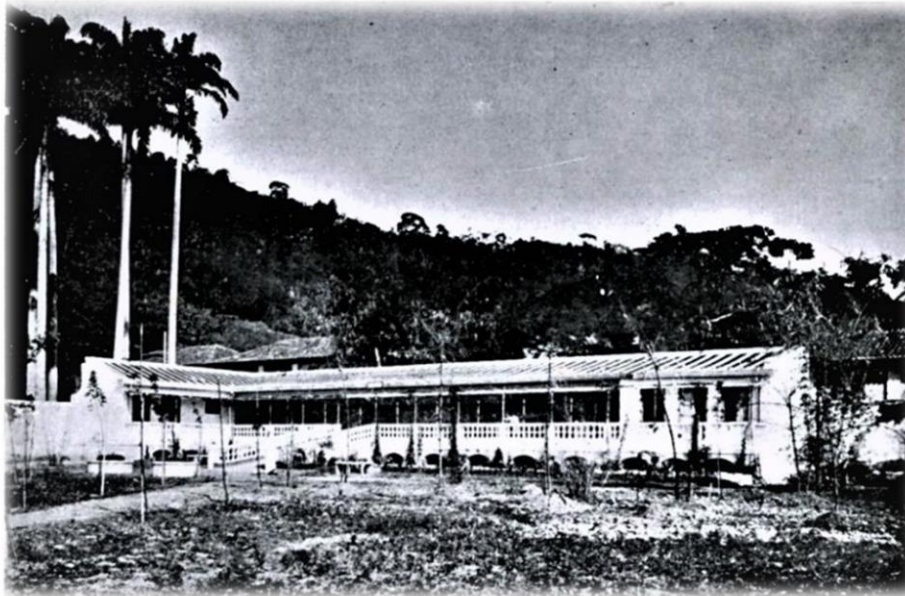
Topograficamente orientado na direção nordeste, ficando ao abrigo dos ventos do sul, e protegido pelo morro da Babilônia, é circundado de vegetação abundante, jardins e trepadeiras em seu balaústre da fachada, fatores que purificam o ar ambiente, como também a predominância de vegetação de eucaliptos, que são geradores de ozona. (ALMEIDA, 1919: 395).

Uma das mais significativas características desse espaço de isolamento eram as “galerias de cura”, como pode ser visto na figura 8, onde o paciente era submetido ao tratamento da aeroterapia e da helioterapia. À exceção das janelas, menores e mais altas, a galeria do Pavilhão De Simoni se assemelha muito à do asilo de Gartloch (figura 9), em Edimburgo, segundo ilustração publicada por Marie e Rolet (1906: 382). Não obstante os diferentes climas, as varandas eram abertas, voltadas para a luz solar, com as camas paralelas, providas com escarradeiras e vasos de plantas a decorar e purificar o ambiente etc. Pequenos detalhes para que o doente permanecesse descansando ao sol. Na Escócia, segundo Almeida (1919), o Dr. Easterbroock foi um dos preconizadores do tratamento ao ar livre, indicado na fase aguda da doença mental, particularmente dos alienados tuberculosos, visando à cura mental e física. “Para tal, varandas e galerias abertas cercam os pavilhões de admissão e os doentes permanecem ali todo o dia, auferindo os recursos benéficos da helioterapia.” (ALMEIDA, 1919: 395).

Em 1908, por conta de uma epidemia de varíola que grassou a cidade e atingiu o hospício, a administração construiu um outro pavilhão, nomeado Pavilhão Sigaud (figura 10), a título de emergência, para isolar os alienados perigosos que não puderam ser enviados para os “hospitais especiais de isolamento”. Com o fim da epidemia, o Pavilhão Sigaud foi destinado ao isolamento das moléstias intercorrentes (MAIA, 1909: 7) e acabou sendo disponibilizado

para os tuberculosos do sexo masculino, como consta nos relatórios ministeriais de 1910 e 1911 (BANDEIRA, 1910: 120; CORRÊA, 1911: 55).

Figura 7 - Pavilhão De Simoni (para alienadas tuberculosas)



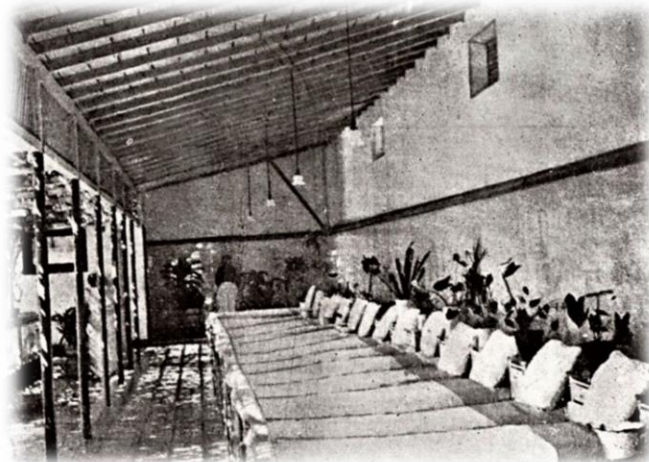
Fonte: Almeida (1919: 397).

Os detalhes da construção também foram estendidos para suas imediações. À vista disso, Juliano Moreira providenciou a arborização da área recém-construída. Uma preocupação que não era meramente estética nem se reduzia a criar um espaço de lazer para os doentes se distraírem. O diretor pediu a intercessão do ministro da justiça, junto à Diretoria da Quinta da Boa Vista, com o propósito de conseguir 150 mudas de árvores, “em benefício de grande número de enfermos tuberculosos.”<sup>102</sup> Tal negociação resultou no plantio de cerca de 150 mudas, de 22 espécies de árvores – como jabuticabeiras, abacateiros, jaqueiras, mangueiras, jamelões, palmeiras etc.

---

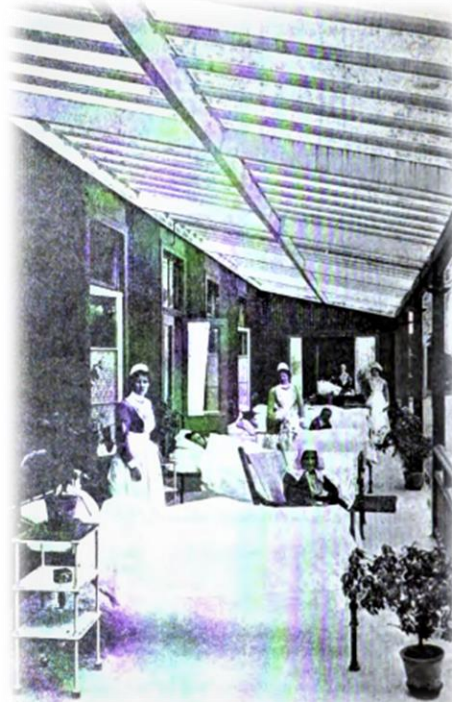
<sup>102</sup> Moreira, of. 211, 05 mai.1909, Série Saúde, IS<sup>3</sup>26, Arquivo Nacional.

Figura 8 - Galeria aberta para alienadas tuberculosas  
Pavilhão De Simoni – HNA/Rio de Janeiro



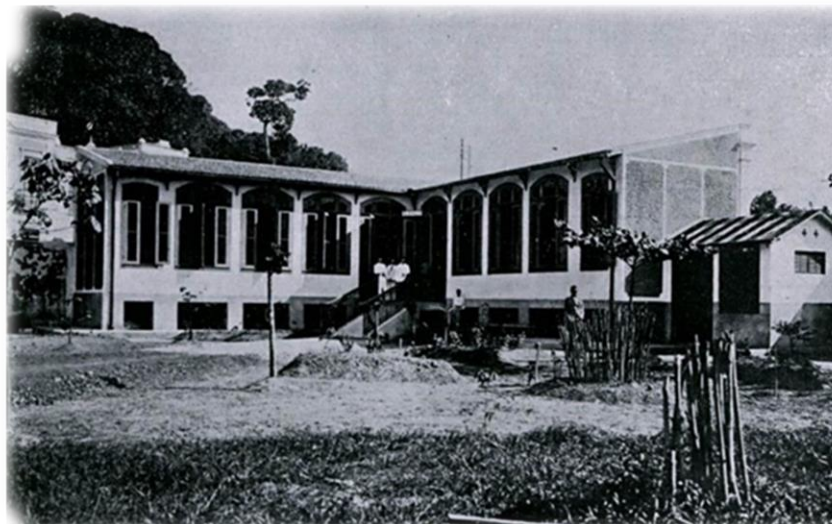
Fonte: Almeida (1919: 398).

Figura 9 - Vista interior de uma varanda  
- Asile de Gartloch, Edimburgo



Fonte: Marie e Rolet (1906: 382).

Figura 10 - Pavilhão Sigaud (masculino)



Fonte: Careta, Ano II, n. 54, jul.1909, Hemeroteca/BN

As ações do diretor para estruturar as novas unidades hospitalares da Praia da Saudade iam ao encontro da orientação da DGSP – como podemos ver pelo folheto educativo, “Meios de se evitar a tuberculose”, cujo propósito era orientar a população para os cuidados com a propagação do bacilo de Koch. O clima tornara-se um recurso fundamental para a cura do tísico, sendo aconselhado dar preferência aos locais frios, secos e cercados de mato ou, pelo menos,



que contasse com “o ar frio durante certa parte do dia.” (CRUZ, 1905: 32). Ou seja, a construção seguia as regras da boa saúde, citadas nos “Conselhos ao Povo”, com boa circulação de ar, luz e asseio (CRUZ, 1905: 22).

Como pode ser visto no quadro 2, entre 1905 e 1918, a 4ª Seção passou por um processo de expansão e especialização, ganhando novos leitos.

Quadro 2 - Pavilhões da 4ª. Seção de moléstias infectocontagiosas intercorrentes do HNA (1905-1918)

Seção	Denominação	Número de leitos	Ano de inauguração	Moléstias atendidas
4ª Moléstias infectocontagiosas Intercorrentes (seção-lazareto)	Pavilhão Jobim (feminino)	24	1905	Enterites, enterocolite, escorbuto, ancilostomíase, escabiose, disenteria, nefrite, clorose, bronquites, infecção tífica, tuberculose, sífilis etc.
	Pavilhão Francisco de Castro (masculino)	24	1905	Enterite, enterocolite, escorbuto, ancilostomíase, escabiose, disenteria, clorose, bronquites, infecção tífica, nefrite, tuberculose, sífilis, beribéri etc.
	Pavilhão De Simoni (feminino)	20	1908	Tuberculose (excepcionalmente outras moléstias)
	Pavilhão Sigaud (masculino)	24	1909 (demolido em 1918)	Tuberculose (excepcionalmente outras moléstias)
			30	1818 (novo)
	Pavilhão Marcio Nery	?	Não identificado	Lepra

Fontes: Peixoto (1905); Caetano (1993: Tomo II, s/p)

A edificação do Pavilhão Sigaud foi demolida e substituída por outra, em 1918, por conta de obras e mobilidade urbana, quando a Prefeitura do Distrito Federal deliberou o alargamento “das ruas do Túnel Novo e Barão do Rio Bonito, necessitando para tal cortar um dos ângulos do terreno ocupado pelo hospital, onde estava situado o pavilhão de tuberculosos (BRASIL, 1919: 55).” Essas mudanças resultaram de uma negociação exaustiva entre diferentes autoridades políticas e técnico-administrativas – da Prefeitura, do Ministério da Justiça e do Conselho do Patrimônio dos Estabelecimentos com a Diretoria do HNA. Embora a obra tenha sido paga com recursos advindos da municipalidade, a nova edificação foi construída com a supervisão do HNA e, possivelmente, com auxílio técnico do Escritório de Obras do Ministério, utilizando mão de obra de pacientes internos que costumavam ser formados nas oficinas de trabalho do Pavilhão Seabra.

Na nova edificação do Pavilhão Sigaud foram incorporadas as qualidades arquitetônicas aconselhadas ao tratamento do tuberculoso, que o anterior não possuía, já que fora construído para outro fim. Como pode ser visto nas figuras 11, 12 e 13, a construção era de alvenaria, madeira e ferro, elevada a 1 metro do solo, em formato retangular, próprio das construções pavilhonares<sup>103</sup>, com as galerias de cura. Sobre o pavilhão, Almeida (1919) fez a seguinte observação:

Exceto na parte sul, mais exposta aos ventos, é circundado de varandas com 2 metros de largura, o que permite praticar não só a aeroterapia, como também a helioterapia, sem o inconveniente de remoção dos enfermos.

Interiormente consta de uma grande sala em que estão dispostos 40 leitos. Várias dependências e compartimentos acessórios completam a sua instalação, tais como: gabinete médico, depósito de roupas, aparelhos sanitários e banheiros, quartos para enfermeiros e um quarto destinado aos doentes agonizantes, com o fim de poupar aos demais a visão tenebrosa da morte.

O novo pavilhão é cercado de abundante arborização e está sendo ultimada a construção de jardins e caramanchões para repouso e recreio dos enfermos (ALMEIDA, 1919:404).

Com tal instalação é bem possível que, dentro em pouco, sejam colhidos melhores resultados e mais auspiciosas estatísticas, o que não acontecia no antigo pavilhão, que ressentia-se de muitas lacunas. (ALMEIDA, 1919:408).

Diferente do Pavilhão De Simoni, a enfermaria interna ganhou amplas janelas e portas para as galerias de cura, com isso facilitando o movimento do doente, quando necessário. Consta que o Pavilhão Sigaud foi construído para 30 leitos, mas o Dr. Almeida contabilizou 40. O anterior permitia “muito dificilmente” 20 leitos, e se contabilizava 24. É possível que a nova edificação já tenha começado a funcionar acima de sua capacidade inicial, por conta da gripe espanhola, e tenha sido mantido para os tuberculosos.

Figura 11 - Pavilhão Sigaud (para alienados tuberculosos)



Fonte: Almeida (1919:405).

---

<sup>103</sup> Ver Costa (2011)

Figura 12 - Varanda do Pavilhão Sigaud



Fonte: Almeida (1919:407).

Figura 13 - Sala interna do Pavilhão Sigaud



Fonte: Almeida (1919:406).

A implementação desses pavilhões especializados na assistência aos alienados tuberculosos teve repercussão nacional e internacional – em especial o Pavilhão de Simoni – sendo divulgados como o que de mais moderno estava se fazendo em termos de profilaxia manicomial, na cidade do Rio de Janeiro. Conforme o Dr. Almeida (1919), Azevedo Lima (1850-1912)<sup>104</sup>, presidente da LBCT (1901-1911), foi um dos divulgadores do novo serviço do HNA no *IV Congresso Médico Latino-Americano* de 1909, na cidade do Rio de Janeiro (ALMEIDA, 1919: 386). O evento teve a participação de mais de mil médicos – do Brasil, Argentina, Uruguai, Chile, Paraguai, Peru, Bolívia, Venezuela, Haiti, Panamá e México – e de várias autoridades políticas. Além das sessões do congresso realizadas no Palácio do Estado, onde foram apresentados os trabalhos científicos, os participantes puderam visitar vários estabelecimentos: Hospício Nacional de Alienados; Hospital da Misericórdia; Maternidade do Rio de Janeiro; Hospital Português; Dispensário Azevedo Lima; Instituto Oswaldo Cruz; Hospital de Crianças e Hospital São Sebastião (BRAZIL-MEDICO, 1909: 329-330).

Marta de Almeida (2006) afirma que a participação de médicos em eventos científicos internacionais e regionais era tradicional e bastante robusta, sendo as sessões de medicina e higiene as que atraíam maior número de trabalhos. O 4º Congresso foi, ainda, conjugado com uma grande exposição de higiene. E, para atrair o público leigo, os organizadores recorreram a vários atrativos, como teatro, espetáculos circenses, competições, restaurantes etc. Como um

---

<sup>104</sup> Médico dedicado à clínica tradicional, membro da Academia Nacional de Medicina, e um personagem central no combate à tuberculose, na cidade do Rio de Janeiro (NASCIMENTO, 2002: 33; ROSEMBERG, 2008:32). Azevedo atuou politicamente como conselheiro municipal (1899-1902), propondo projetos de lei com o propósito de proteger a população contra a tuberculose, como a fiscalização dos gêneros de confeitarias, botequins e padarias, a desinfecção de domicílio quando verificada o óbito por tuberculose, o exame do leite e das vacas leiteiras e a regulamentação dos estábulos (ROSEMBERG, 2008:32).

fenômeno urbano, as exposições de higiene tinham como propósito “dar destaque ao nível de desenvolvimento das estruturas sanitárias do país sede do evento aos demais participantes, ocasião ímpar para o clima de competitividade subjacente entre os países, tão em voga nesse tipo de evento.” (ALMEIDA, 2006:739).

As temáticas propostas no 4º Congresso trataram sobre diferentes tipos de assistência, profilaxia para vários tipos de moléstias, problemas sanitários do país, entre outros temas específicos da medicina. Os trabalhos sobre a tuberculose ou a assistência aos alienados foram bem pontuais. Azevedo Lima tratou do problema no relatório *Marcha da luta contra a tuberculose no Brasil* citado na apresentação do higienista Dr. Emilio Coni, presidente da Liga Contra a Tuberculose da Argentina, em *La lucha antituberculosa em la America Latina*. Na ocasião, a profilaxia da tuberculose foi mencionada como uma prática recente nos estabelecimentos para alienados, que começavam a adotar medidas rigorosas de higiene e isolamento dos pacientes em galerias de cura (ALMEIDA, 1919: 386). Como segue:

Até há pouco tempo não era objeto de cogitação dos administradores a profilaxia da tuberculose nesses estabelecimentos; hoje eles acham-se modelados pelos princípios das mais severas normas de higiene e os tuberculosos ficam isolados em pavilhões *ad hoc*, com galerias de cura. (ALMEIDA, 1919: 386)

Segundo Sheppard (2001), Azevedo Lima defendia a tese de que a tuberculose era uma combinação de "forças sociais": "casas sujas e insalubres, nutrição deficiente, alcoolismo, trabalho excessivo, em suma todas as condições que abatem o organismo e lhe tiram a resistência". E, conhecedor das ideias de Darwin, usadas para explicar a suscetibilidade dos negros à tuberculose em outros países (especialmente nos Estados Unidos), não a compreendia dentro do determinismo racial, pois a moléstia também levava os "fortes e hábeis" (SHEPPARD, 2001: 175).

A incorporação desse tópico por Azevedo Lima – e sua inserção no discurso do presidente da liga argentina sobre o combate à doença na América Latina – demonstra que não só a LBCT estava acompanhando as iniciativas para o controle da disseminação interna da tuberculose, como as “galerias de cura” do HNA ganharam dimensão político-sanitária para além dos muros do hospício e dos limites da urbe carioca. Deste modo, a valorização da resposta de Juliano Moreira ao problema da tuberculose, pelo presidente da LBCT, contribuía também para fortalecer seu prestígio como diretor, num período de escassos resultados das ações contra a tuberculose na capital do Brasil.

Juliano Moreira também se apresentou no IV Congresso, falando sobre “Quais os melhores meios de assistência aos alienados”, defendendo o asilo-colônia e no sistema *open*

*door*<sup>105</sup>, com cuidados alienistas, sem elementos arquitetônicos e simbólicos que lembrassem uma prisão ou uma caserna. Moreira falou sobre os vários modelos de assistência aos alienados<sup>106</sup> que estavam sendo efetuados em países europeus e nos Estados Unidos, afirmando que o modelo ideal deveria respeitar o grau da moléstia mental. Assim, ele defendeu os pequenos hospitais urbanos para casos agudos; os asilos-colônias para os crônicos incuráveis; sendo que, os incapazes para o trabalho deveriam ser recolhidos em um quarteirão especial num hospital-colônia<sup>107</sup>, esse sim um hospício, e/ou receber a assistência familiar.

Para um “bom hospital-colônia”, Juliano Moreira previa alguns serviços especializados<sup>108</sup>, devidamente aparelhados, entre os quais incluía os “pavilhões de isolamento para doenças contagiosas”. Pensando no modelo de asilo-colônia alemão, destacou os cuidados básicos desse tipo de serviço: solo asfaltado, móveis metálicos, desinfetáveis, paredes pintadas a óleo e estufas de desinfecção (MOREIRA, 1909: 6-9; ALMEIDA, 1919: 394). Especificamente sobre a tuberculose, o diretor destacou:

Visando a grave questão da tuberculose, acho que as varandas destinadas aos pacientes de tal doença, como propuseram Mabon e Macdonald, devem ser adotadas como proveito deles e vantagens para os outros não infeccionados.

Os norte-americanos têm adotado largamente o sistema de barracas para os fímatosos. Como quer que seja, por todo o mundo civilizado é crescente a preocupação de isolar os alienados tuberculosos dos que o não são.

No Hospício Nacional poderá ver o Congresso o que temos feito sob esse ponto de vista. Está prestando excelentes serviços a enfermaria-varanda, a qual demos o nome de De Simoni, um daqueles que, entre nós, mais se preocuparam com o problema da assistência. (MOREIRA, 1909:9).

Curiosamente, as referências a Mabon e MacDonald nos remeteram novamente aos Estados Unidos, indicando que Juliano Moreira teve contato com o debate americano sobre o tratamento da tuberculose nas instituições psiquiátricas. No artigo *The Development of the Modern*

---

<sup>105</sup> Experiência nascida na Escócia, por volta de 1875, com o Dr. Batty Tuke, que se espalhou por vários países da Europa e da América. Tinha como fim integrar os doentes mentais às condições de vida normal – “portas sem chaves, demolição dos muros de separação dos pátios, desaparecimento das grades exteriores.” (HERMET, 1981: 447).

<sup>106</sup> “I. Em asilo fechado, quanto possível modernizado. II. Em asilos de portas abertas. III. Em colônia agrícola anexa aos anteriores. IV. Em colônias familiares anexas ao asilo. V. Em colônias familiares perto do asilo. VI. Em colônias familiares independentes. VII. Em aldeias de alienados. VIII. Por meio de tratamento em domicílio, desde o início da loucura. IX. Por meio de tratamento em domicílio em seguida à internação.” (MOREIRA, 1909:2).

<sup>107</sup> O sentido de hospital colônia neste texto de Moreira (1909) visava diferenciar o aparato institucional que ele está propondo dos antigos asilos existentes - asilos-colônias – desde o século XIX e que não seriam pautados pelos modernos avanços da medicina daquele final da primeira década do século XX. Como demonstra Venancio (2010) a expressão hospital colônia será reeditada na reformulação da assistência psiquiátrica do governo Vargas, a partir de final dos anos de 1930 e início da década de 1940. A ideia de hospital-colônia, neste último caso aqui, referia-se então a um conjunto de tecnologias médicas recentes à época, como os novos equipamentos e procedimentos médico-cirúrgicos.

<sup>108</sup> “Pavilhões de tratamento e vigilância contínua” para os casos agudos; “pavilhões de transição” para doentes sem necessidade de vigilância contínua; “vilas para doentes sociáveis”; “pavilhões para doenças cirúrgicas”; “laboratório anátomo patológico” etc. (MOREIRA, 1910: 7-9).

*Care and Treatment of the Insane, as Illustrated by the State Hospital System of New York*, de Carlos F. MacDonald (1908),<sup>109</sup> constatamos que o uso de barracas de lona na assistência aos tuberculosos alienados vinha sendo utilizado no Manhattan State Hospital, na cidade de Nova York. Segundo informa o autor, a terapêutica *tent life* foi implementada como experiência por Alexander E. MacDonald<sup>110</sup>, em 1901. De início, a terapêutica foi utilizada na estação mais amena e, em face dos bons resultados, foi estendida para todas as estações do ano (vide figuras 14 e 15) e para outros tipos de pacientes – débeis mentais, imundos, convalescentes e os doentes agudos. E continuou sendo aplicada pelo novo diretor, William Mabon, alcançando 40% de sucesso no tratamento ao ar livre, com uma taxa de óbito “extremamente baixa”. Em vista disso, o hospital passou a manter tendas equipadas para ambos os sexos. O método passou, então, a ser adotado por instituições de outros estados americanos, conforme MacDonald (1908: 661).

Figura 14 - Tenda de verão para pacientes tuberculosos - *Manhattan State Hospital* (USA)



Fonte: New York State, Manhattan State Hospital (1905: 8).

Figura 15 - Tenda de inverno para pacientes tuberculosos - *Manhattan State Hospital* (USA)



Fonte: New York State, Manhattan State Hospital (1905: 41).

Muito provavelmente, Juliano Moreira e Carlos F. MacDonald (1845 –1926) tiveram oportunidade de trocar informações sobre a assistência aos alienados no *International Congress of Neurology Psychiatry, Psychology and Care of the insane*, em Amsterdam, Holanda, na primeira semana de setembro de 1907. Evento que MacDonald esteve como presidente da delegação americana. Em seu estudo sobre as relações científicas transnacionais teuto-brasileiras, no campo da medicina mental, Muñoz (2015) observa que, em 1906, Moreira e Peixoto participaram do comitê internacional, integrado por 27 membros de várias

<sup>109</sup> Ex-presidente do *York State Commission in Lunacy* e emérito professor de *Mental Diseases e Medical Jurisprudence, Universty and Bellevue Hospital Medical College*, New York.

<sup>110</sup> Alexander E. MacDonald (1845-1906) formou-se em medicina (MD) e direito (LL. B.) pela Universidade da Cidade de Nova York, foi membro da Academia de Medicina de Nova York, proeminente psiquiatra da cidade, trabalhou em várias instituições de assistência, como médico e depois diretor, e foi superintendente geral dos asilos da cidade de Nova York. Disponível em: <https://www.nyam.org/library/collections-and-resources/archives/finding-aids/ARM-0005.html/> Acesso em: 20 de dezembro de 2019.

nacionalidades, a fim de colaborar na organização do Instituto Internacional para o Estudo das Causas e da Profilaxia das Moléstias Mentais. A primeira reunião do comitê ocorreu na Universidade de Amsterdã, em 04 de setembro de 1907 (MUÑOZ, 2015: 103). Neste sentido, podemos deduzir que a rápida referência à experiência americana por Juliano Moreira estava respaldada num conhecimento mais profundo sobre o assunto.

Moreira optou por adotar para as alienadas tuberculosas, no HNA, a experiência escocesa de galerias de cura, cujo modelo serviu de referência para o Pavilhão De Simoni. Modelo que o diretor teve oportunidade de visitar na Escócia e, talvez, tenha usufruído pessoalmente em seu tratamento.

Porém, é importante destacar que o recurso das barracas chegou a ser adotado pela Assistência a Alienados em circunstâncias específicas. No hospício da Praia da Saudade, elas foram utilizadas para abrigar os alienados acometidos de lepra. Assim: “Formando seção anexa ao hospital, permanecem ainda os leprosos mal abrigados em barracas de campanhas cedidas à administração pelo Ministério da Guerra.” (MELLO, 1920: XLVII). O princípio profilático era o mesmo: evitar o contato desses doentes com outros não contaminados. Possivelmente, o acréscimo da tenda dos leprosos à 4ª. Seção tenha contribuído para que a mesma fosse informalmente denominada seção-lazareto, como mencionado em relatório administrativo do Ministro da Justiça (MELLO, 1920: 54). Desta forma, a relação entre isolamento e contágio assumia uma força simbólica. Também, de forma auxiliar, a terapêutica foi utilizada nas Colônias da Ilha do Governador, para que pacientes com moléstias intercorrentes pudessem passar algumas horas fora da enfermaria e usufríssem os benefícios da helioterapia. Provavelmente, o uso dessas tendas foi também uma forma de diminuir os custos administrativos com novas construções de alvenaria.

Em artigo publicado no *Journal of Mental Science*,<sup>111</sup> Juliano Moreira (1910) tratou sobre o *Progress of Psychiatry in 1909 – Brazil*, divulgando as melhorias implementadas com a Lei n. 5125 e a remodelação do HNA. Moreira não deixou de destacar, como grandes benefícios introduzidos em sua administração, os pavilhões de isolamento especializados para epiléticos, idiotas e doenças contagiosas. Ainda mencionou que, junto às psicoses e à tuberculose, o tratamento *outdoor* seguia com sucesso. (MOREIRA, 1910: 520). Fora isso, não registrou maiores detalhes sobre os pavilhões-varanda do HNA.

---

<sup>111</sup> Em 1853, o periódico foi criado como *Asylum Journal*; em 1855, mudou o título para *Asylum Journal of Mental Science*; entre 1858 a 1963, foi denominado *Journal of Mental Science*. Hoje, se chama *British Journal of Psychiatry*. Pertence a Royal College of Psychiatrists e é publicado mensalmente pela Cambridge University Press. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/information/about-the-bjpsych> Acesso em: 17 de dezembro de 2019.

As qualidades da assistência aos tuberculosos do HNA voltaram a ser divulgadas em Berlim na 11ª Conferência Internacional da Tuberculose, em outubro de 1913. Segundo Muñoz (2015:108), Juliano Moreira e Afranio Peixoto foram eleitos para representar o Brasil na Conferência, mas apenas Moreira foi ao evento e palestrou sobre o progresso da assistência aos tuberculosos.<sup>112</sup> A imprensa carioca exaltou a figura do diretor, que fora recebido com distinção pela Imperatriz da Alemanha, que muito se interessou pelo que o Brasil estava fazendo para combater a tuberculose. Como afirma Muñoz (2015:108), o intercâmbio entre Brasil e Alemanha foi permeado por um triplo aspecto: científico, político e econômico.

*O Paiz* fez uma longa reportagem sobre a participação do Brasil na Conferência, observando a presença de várias delegações europeias, dos Estados Unidos e de outros países da América do Sul – Argentina, Uruguai, Chile e Peru. Alguns delegados foram destacados pelo jornal, como Landouzy (Paris), Brauer (Hamburgo), Shennan (Edimburg), Calmette (Lille), Rollier (Leysin), Blumenthal (Moscow). Podemos presumir que as sessões de apresentação dos relatórios científicos das diversas personalidades e os eventos sociais abriram oportunidades para que Juliano Moreira estivesse com as maiores autoridades científicas sobre a tuberculose e debatesse questões diversas, como os progressos da cirurgia pulmonar nos fmatosos; o problema das escolas profissionais para meninos pré-tuberculosos; e, sobretudo, questões técnicas e profiláticas. Além disso, a excursão de encerramento da Conferência (em Hohenlychen e no Castelo de Fürstenberg) permitiu que o diretor conhecesse algumas iniciativas da Cruz Vermelha no combate à tuberculose, como sanatórios e escolas profissionais.

A matéria indica que Juliano Moreira falou sobre a situação da tuberculose no Brasil, discorrendo sobre as medidas tomadas contra a doença, particularmente no Rio de Janeiro e em São Paulo. Teria destacado, também, a experiência de isolamento da tuberculose em curso no HNA. Desse modo:

Escutado com muita atenção, por discorrer em idioma conhecido da maioria dos congressistas, o nosso representante insistiu especialmente no que se tem efetuado no estabelecimento que dirige a fim de isolar os alienados tuberculosos dos outros alienados, descrevendo as varandas mandadas construir por ele, no hospital do Rio de Janeiro. (O PAIZ, 1913: 2)

Pelo que apreendemos até o momento, mais do que simples espaços de isolamento dos doentes mentais tuberculosos, os pavilhões de isolamento Sigaud e De Simoni tornaram-se uma espécie de vitrine da assistência psiquiátrica carioca, divulgados como o que de mais moderno

---

<sup>112</sup> Infelizmente esta fonte não foi localizada (nem por Muñoz e nem por mim).



estava sendo feito para combater a tuberculose entre os doentes mentais, na capital do Brasil. Neste momento, o isolamento do sujeito infectuoso era praticamente um consenso na comunidade médico-psiquiátrica, defendido como parte da assistência hospitalar não só dos alienados.

Conquanto os progressos da assistência psiquiátrica carioca estivessem sendo divulgados no exterior, em pouco tempo, as melhorias do HNA tornaram-se obsoletas e novas demandas por ampliação da Assistência aos Alienados surgiram. No caso da 4ª Seção, o movimento de pacientes com doenças infectocontagiosas se manteve intenso, com declarada superlotação dos seus setores. A realidade era mais penosa nos períodos epidêmicos. No ano de 1909, por exemplo, a direção e os médicos do hospício tiveram que lidar com uma epidemia de tracoma e, de acordo com o relatório de 1910, referente ao ano anterior, passaram pelos pavilhões de moléstias infectocontagiosas 409 pacientes (BANDEIRA, 1910: 120). Quer dizer, nessas ocasiões, o movimento geral daquela Seção tendia a aumentar consideravelmente, o que reduzia a disponibilidade imediata de leitos para os doentes a serem isolados.

Anualmente, a direção da Assistência protestava contra o envio de um contingente de alienados mentais muito acima da capacidade do hospício, acumulando a defasagem numérica na relação de funcionários e pacientes, implicando em desordem administrativa, na deterioração sanitária das seções hospitalares, e no aumento da violência e acidentes em serviço. Além do grande número de internos, o hospital ainda se via às voltas com doentes externos que pediam socorro no hospício, particularmente atendidos pelos serviços de cirurgia do Dr. Alvaro Ramos (CORRÊA, 1911: 54; 1912:5; 1913: 65).

Para desafogar a seção feminina de indigentes, Juliano Moreira conseguiu, junto ao Ministério da Justiça, executar o projeto de um asilo-colônia para mulheres, cuja criação contribuiria para alterar o curso de internação de muitas enfermas indigentes do HNA, incluindo casos de fimatose, tornando-se mais uma alternativa de movimentação dessas pacientes femininas. Isso ocorreu a partir da reorganização da Assistência a Alienados, pelo decreto nº 8.834, de 11 de julho de 1911 (BRASIL, 1911) que previa uma colônia feminina, a criação de serviços de assistência heterofamiliar e a fundação de colônias para ébrios habituais e epiléticos. Até então, a Assistência contava com as colônias masculinas Conde de Mesquita e São Bento, fundadas em 1890, na Ilha do Governador, e que sofriam com a deterioração do tempo e com a falta de estrutura. A proposta final de Juliano Moreira e de Rodrigues Caldas (diretor das Colônias desde 1909) para a solução do problema foi sua transferência para um local mais apropriado (VENANCIO, 2011: 40).

Como mencionamos, junto com a assistência heterofamiliar, o modelo de instituição agrícola era visto como uma das formas de acabar com a superlotação do hospício e separar os doentes crônicos dos agudos. O trabalho era visto como recurso terapêutico e produtivo. Ou seja, um meio de tratamento da doença mental e uma forma de os doentes indigentes, com capacidade produtiva, contribuírem para a manutenção econômica da Assistência a Alienados e dos assistidos, diminuindo os custos do Estado. A regra não se aplicava aos pensionistas (MOREIRA [1905], 1911:749; VENANCIO, 2011: 39).

A nova Colônia de alienadas foi instalada no Engenho de Dentro, em terreno cedido pela Marinha, onde existiam pavilhões para tratamento de beribéricos. Seu primeiro diretor foi o alienista Dr. Simplício de Lemos Braule Pinto.<sup>113</sup> Segundo Jorge (1997), a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro não demorou a cumprir seu principal papel de receber o excedente de enfermas crônicas e indigentes do HNA. Para isso, a edificação existente recebeu algumas modificações de modo a comportar de imediato uma grande leva de enfermas, o que ocorreu em 1911. No ano seguinte, novas obras ampliaram sua capacidade de atendimento (JORGE, 1997:37).

Nesse ano, foram transferidas, para o Engenho de Dentro, 300 mulheres do HNA, e obras foram realizadas, então, na Seção Esquirol do hospício. O número de mulheres chegou a 334, segundo o movimento de enfermos da Colônia, mencionado no relatório de Corrêa (1912). “Com essa providência foi possível efetuar, na Seção Esquirol, algumas obras capazes de dar-lhe o aspecto hospitalar e de permitir melhores acomodações às enfermas. Foram retiradas das enfermarias as grades que as enfiavam e impediam a livre circulação do ar.” (CORRÊA, 1912:60). Dentre as obras da Seção Esquirol, uma sala foi remodelada para atender serviços cirúrgicos – operações, partos, curativos, punções etc. –, de modo que as enfermas ficassem sob vigilância do pessoal de apoio sem necessidade de voltar às seções (CORRÊA, 1912:61).

O relatório informa que nem todas as grades haviam sido retiradas na reforma da década anterior e que a Seção Esquirol passava por novas melhorias. Observamos que a remodelação do hospício era quase uma necessidade permanente, exigindo constantes esforços administrativos para a solução de problemas internos. Do mesmo modo, percebemos o constante pleito do diretor do HNA pelo aumento das enfermarias-varanda de tuberculosos:

As duas varandas destinadas aos tuberculosos foram continuamente utilizadas com máximo de proveito para o isolamento de tais doentes. São, porém, insuficientes para o número crescente desses enfermos; pelo que o

---

<sup>113</sup> Braule Pinto trazia na bagagem a experiência de já ter dirigido o asilo de alienados de Barbacena, anexo ao Sanatório para fímatosos, à época sob a direção de Rodrigues Caldas, conforme mencionado no capítulo 1.

diretor propõe o aumento de tais varandas, de modo que possa alojar e isolar maior número de tuberculosos (CORRÊA, 1911: 55).

\*

Tendo aumentado o número de entradas foram absolutamente insuficientes os dois pavilhões destinados ao isolamento dos alienados acometidos de doenças infectocontagiosas intercorrentes. O diretor pede especialmente o alargamento das enfermarias-varandas destinadas aos tuberculosos (CORRÊA, 1912: 61).

Mesmo depois da expansão da 4ª. Seção, os relatórios administrativos continuaram a acusar falta de leitos para todos os casos de doenças infectocontagiosas. A Comissão de Inspeção<sup>114</sup> acusou o excesso de lotação nas seções do hospício, em seu relatório de 1910. Apesar das boas condições higiênicas dos pavilhões Jobim e Francisco de Castro, a direção passou a usar os pavilhões Guislain e Griesinger (de epiléticos), provisoriamente, para separar os enfermos com moléstias infectocontagiosas (BANDEIRA, 1910: 126).

A direção do hospício considerava insuficiente o número de leitos reservados às afecções contagiosas, especialmente para o isolamento da tuberculose. Tal carência de vagas também decorria da frequente recepção dos doentes rejeitados pela Misericórdia. Problema pertinaz que prejudicava a administração do HNA. Juliano Moreira teve de queixar da Santa Casa de Misericórdia ao Ministro da Justiça, pelo envio de doentes, tomados por delírios infecciosos ou tóxicos, para morrer no hospício, em vista da falta de salas de isolamento para esses casos naquela entidade filantrópica (CORRÊA, 1913: 63). A taxa de mortalidade continuou sendo impactada por elementos externos, de acordo com o relatório ministerial de 1915, referente ao ano anterior:

Durante o ano próximo o movimento geral de doentes nos três estabelecimentos da Assistência a Alienados subiu à enorme cifra de 5.259 internados, sendo a média diária superior a 1.800. Foi apenas 7,7% a mortalidade dos admitidos. E poderia ser menor se não continuasse o fato seguinte: nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, não havendo salas destinadas a pacientes que no curso de qualquer doença apresentem delírios (as mais das vezes tóxicos ou infecciosos), são enviados a morrer no Hospital Nacional muitos indivíduos em estado pré-agônico. Faleceram assim diversos no 2º e 3º dia após a entrada.

Dos colegas médico-legistas da Polícia tenho conseguido a diminuição na remessa de moribundos, tendo sido aceitos muitos por comiseração inspirada pelo estado em que vinham, pois recusá-los seria condená-los a uma nova travessia penosa pelas ruas da cidade (SANTOS, 1915: 76).

---

<sup>114</sup> Comissão formada pelos doutores: Epinacho C. de Albuquerque, Antônio Baptista Pereira, Carlos Olyntho Braga. (BANDEIRA, 1910: 127).

Em parte, essa passagem é muito semelhante a outra escrita por Juliano Moreira (1906: 5), na década anterior, decorrido um ano desde a inauguração da 4ª. Seção de doenças intercorrentes e infectocontagiosas:

No Hospital da Misericórdia não havendo sala destinada a doentes que no curso de qualquer moléstia apresentem um delírio as mais das vezes infeccioso, são enviados à polícia e depois ao Hospício muitos indivíduos tuberculosos e outros em estado pré-agônico! Faleceram aqui, no segundo e terceiro dia de entrada muitos destes doentes aos quais, si tivessem poupado os solavancos em carro pouco confortável, através das ruas da cidade, com certeza teriam adiado a morte ou sucumbido mais tranquilamente.

Ninguém se lembrará por certo de remover para um Hospício o bubônico ou varioloso que por acaso delira. No hospital de isolamento ou no hospital comum é que deve ser tratado do delírio transitório superveniente, aquele que estiver padecendo de uma moléstia infecciosa. Nos países civilizados tem-se cuidado mesmo de criar, nos hospitais comuns, salas para os doentes delirantes. É de esperar que os hospitais gerais desta capital fundem tais serviços (MOREIRA, 1906: 5-6).

Trata-se aqui da primeira evidência de que a criação da 4ª. Seção contribuiu para atrair mais doentes contagiosos para o HNA, a partir de 1905, principalmente enviados por algumas instituições hospitalares, como a Santa Casa. A 4ª. Seção tornou-se lugar de assistência terminal para muitas pacientes tuberculosas. Além do mais, para a direção do HNA, muitos desses doentes não seriam alienados por apenas apresentarem delírio de quadro infeccioso. Tampouco o eram os variolosos e bubônicos, enviados para hospitais de isolamento e não para instituições para alienados.

Uma segunda evidência vem da falta de leitos na capital para cuidar de inúmeros infectados pelo bacilo de Koch, o que explica o fluxo desses pacientes para o HNA. O relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública (BANDEIRA, 1910), por causa da persistência da propagação da tuberculose, afirma que era impossível efetuar o real combate à essa moléstia sem verbas suficientes. Propunha acabar com as infectas casas de cômodos; obter da Misericórdia a construção de uma unidade hospitalar, em Cascadura, a fim de retirar do Hospital Geral da Santa Casa os fímatosos; e aproveitar o hospital do Engenho de Dentro para a mesma finalidade, entre outras providências (1910: 5).

Igualmente, evidencia a análise de Afrânio Peixoto (1913) sobre *A tuberculose dos hospitais do Rio de Janeiro*. No início da década de 1910, o médico-psiquiatra atuava como professor de Higiene Pública da Faculdade de Medicina do Rio, diretor do Serviço Médico-Legal e membro titular da Academia de Medicina. Retomando a avaliação de Oswaldo Cruz, Peixoto entendia que as obras gerais de saneamento, as desinfecções e outras estratégias profiláticas haviam sido eficazes contra outras infecções, porém não contra a tuberculose.

Abertamente crítico e até irônico, recorrendo à estatística para afirmar seus argumentos, o professor compreendia que os poderes públicos não atendiam às “causas menores”. E uma delas era o fato de que as cidades atraíam para si os doentes, sobretudo os fímatosos, em busca de “um leito para morrer”. Argumento que se aplicava à assistência onerosa e pouco eficaz da Misericórdia, abarrotada de tuberculosos que, recebendo tratamento por dois ou três meses (bem acima da média europeia, de 30 dias), dificilmente saíam curados e ainda propagavam a infecção. Sem meias palavras, o professor acusou a “indiferença criminosa” da instituição, compartilhada pela Diretoria Geral de Saúde Pública, que não fazia cumprir o que estava previsto no código sanitário de 1904. A seu ver, bastaria “o simples recurso de enfermarias especiais para tuberculosos, mesmo nos hospitais gerais, para que as possibilidades de contágio se reduzissem logo” (PEIXOTO, 1913: 192).

Nessa ocasião, seu posicionamento sobre o sanatório como armamento antituberculoso mudara em relação ao início da década anterior, quando criticara o alto custo dos sanatórios e defendera como prioridade a educação higiênica em larga escala. Nos parece que passou a dar mais relevância aos papéis do sanatório e do hospital no arsenal de defesa contra a tuberculose, como segue:

Contra o tuberculoso disseminador de bacilos o recurso seria a sequestração, ao menos relativa, no sanatório para curar-se ou no hospital para morrer e, na impossibilidade de atender a todos em tempo de lhes ser útil ou de impedir que sejam nocivos à comunidade as práticas de desinfecção e asseio doméstico, num isolamento limitado, mas cuidadoso (PEIXOTO, 1913: 189).

Nesse fragmento, fica muito claro que o professor buscava diferenciar as funções do sanatório e do hospital, pelo menos do ponto de vista da assistência aos tuberculosos: no primeiro, a perspectiva de tratamento e cura; no segundo, um lugar para se morrer. Todavia, ambos deviam proteger a coletividade contra a disseminação do bacilo de Koch. Deste modo, Afrânio Peixoto passou a defender como maior veemência o isolamento do tuberculoso, “fonte de contágio”, observando de forma crítica a inoperância da política de notificação compulsória, prevista em lei desde 1902 (PEIXOTO, 1913: 189).

Mas por que essa mudança de perspectiva? Talvez a resposta esteja nos dados de óbitos apresentados pela estatística de Falkenburg (Amsterdã), em que a cidade do Rio de Janeiro estaria em 1º lugar na classificação de mortalidade por tuberculose, entre as 30 maiores cidades do mundo.<sup>115</sup> Assim: “O Rio ficará, pois, das grandes cidades aquela em que morrem mais

---

<sup>115</sup> Considerando a taxa por 100.000 habitantes, os cinco primeiros da lista foram: Rio de Janeiro (420,4); Budapeste (331,4); Paris (330,6); S. Petersburgo (274,2); Moscou (272,0), seguidos por mais 25 cidades.

tuberculosos: não só na Europa, mas a Ásia e a Oceania terão de curvar-se diante de nós.” (PEIXOTO, 1913: 188). Em suma, na sua visão, a cidade tornara-se um polo de atração de tísicos e outros doentes depauperados em busca de um leito para morrer. Neste sentido, a Santa Casa e demais hospitais da Misericórdia não estavam adaptados para essa realidade.

Por fim, valem dois comentários sobre a análise de Peixoto. Primeiro, sua fala traz o mesmo grau de urgência que fora apontado pelos médicos Sodré e Fajardo, mais de 20 anos antes, sobre a necessidade de solucionar a promiscuidade entre tísicos e outros pacientes não acometidos pela doença, nas enfermarias da Misericórdia, e a falta de leitos para os afetados pelo bacilo de Koch na capital (visto no capítulo 1). Segundo, Afrânio Peixoto se ateu aos índices de mortalidade por tuberculose nos hospitais da Misericórdia e não mencionou os do HNA. O que nos faz pensar que não estendia sua crítica ao hospício porque via a legislação sanitária sendo aplicada internamente ou porque optou por tomar como objeto de análise apenas a realidade dos hospitais da Misericórdia. Podemos conjecturar também que, por ser muito próximo de Juliano Moreira, o professor estava a par dos esforços do diretor no sentido de expandir os números de leitos para tuberculosos.

No ano seguinte à publicação do artigo de Peixoto, em junho de 1914, ocorreu a inauguração do Hospital de Nossa Senhora das Dores, em Cascadura, para mulheres tuberculosas. Fruto de convênio com o governo federal, a construção se arrastava desde 1910, segundo a matéria “*A assistência aos tuberculosos começa a ser feita pela Santa Casa – o hospital sanatório de Cascadura*” (A NOITE, 18/12/1911:1). O projeto previa a abertura de 200 leitos, distribuídos em pavilhões de cura e isolamento, além de contar com seções de hidroterapia, radiografia, sala de cirurgia, lavanderia e desinfetório. A doente seria alocada de acordo com o período da moléstia.

No mesmo ano da inauguração dessa nova unidade filantrópica, houve a atualização do código sanitário da capital pelo decreto n. 10821, de 18 de março de 1914. Na prática, os artigos referentes à tuberculose continuavam semelhantes aos do código sanitário de 1904, como tratado no item 2.1 deste capítulo. Foram mantidas as regras referentes ao isolamento dos indivíduos com tuberculose aberta, domiciliar ou hospitalar; a notificação dos óbitos por tuberculose para desinfecções profiláticas e quando da “eliminação dos bacilos específicos”; e o isolamento hospitalar em instalações especiais e com o aparato higiênico adequado (BRASI, 1914: cap. V).

Todavia, nos anos seguintes, as notícias acusando a falta de leitos para tuberculosos continuaram sendo estampadas nos jornais, como exemplificam reportagens da época: *Os*

*hospitais não têm mais lugar para os enfermos – A miséria nesta capital é hoje difícil de descrever* (CORREIO DA MANHÃ, 24/12/1915: 4); *Precisamos de hospitais para tuberculosos – O Hospital de N. S. das Dores é modelar... mas é o único no Rio* (A RUA, 20/04/1915:1); ou, *Os hospitais para tuberculosos – A população da Santa Casa tem trinta por cento de tuberculosos* (A RUA, 06/05/1915:1). Com a abertura do Hospital de Nossa Senhora das Dores se esperava uma redução da população tuberculosa na Santa Casa, porém aconteceu exatamente o contrário: cresceu o número de doentes “em busca dos ares de Cascadura numa tentativa de salvação” (A RUA, 06/05/1915:1). Por consequência, o quantitativo de óbitos por tuberculose também aumentou. O periódico *A Rua* estampou a realidade desoladora da Santa Casa (figura 16) – enfermarias lotadas e enfermos pelo chão.

Como observado por Sanglard (2008), na cidade do Rio de Janeiro, a organização da assistência pública esteve em debate, nas duas primeiras décadas do século XX, e vários aspectos mobilizaram a atenção médica, como a saturação da assistência dada pela Misericórdia, que sofria com a superpopulação; a carência de leitos hospitalares na capital e de hospitais de isolamento; além da necessidade de criação de hospitais modernos e de órgãos administrativos de assistência. Entretanto, a pandemia da gripe espanhola (1818-1919) revelou a urgência do problema hospitalar da capital, gerando um clima favorável para a adoção de medidas governamentais de assistência à saúde e à expansão de leitos hospitalares (SANGLARD, 2008:65-71).<sup>116</sup>

Figura 16 - Enfermaria masculina da Santa Casa

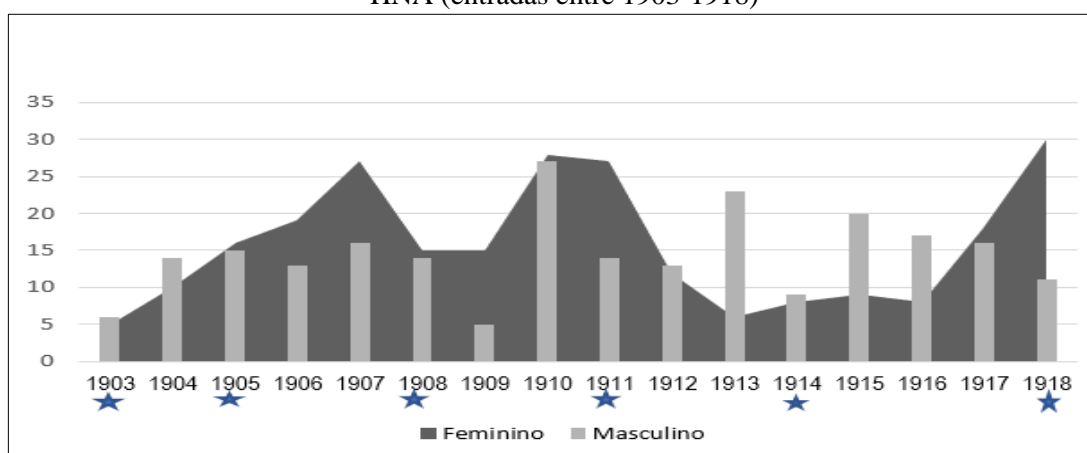


Fonte: *A Rua* (06/05/1915:1).

<sup>116</sup> Na gestão de Carlos Chagas (1919-1926), à frente do recém-criado DNSP, foram criados os seguintes hospitais: o Hospital Pedro II (1920); o Hospital São Francisco de Assis (1922); o Hospital Gaffrée & Guinle (1924-1929); o Abrigo-Hospital Arthur Bernardes (1924); iniciadas para obras do Hospital do Câncer (1927-1935) e do Hospital de Clínicas Arthur Bernardes da Faculdade de Medicina (1926-1934); sem contar a criação das colônias Juliano Moreira (1924) e de Curupaity (1922-1928) (SANGLARD, 2008: 71).

Outro indício de como a tuberculose, dentro do hospício, refletia a dinâmica da assistência à saúde carioca se verifica no fluxo de fímatosos no HNA, com entrada entre 1903 e 1918, conforme o gráfico 5. Após o inquérito sobre as denúncias de insalubridade e promiscuidade de 1902, o primeiro ano da direção de Moreira começou com um menor número de alienados tuberculosos (11 casos, sendo 5 mulheres e 6 homens), em relação ao ano anterior (18 casos, 11 femininos e 7 masculinos)<sup>117</sup>. Foi o momento de mudança de direção do HNA e de reformas estruturais.

Gráfico 5 - Comparação entre as frequências de pacientes homens e mulheres tuberculosos no HNA (entradas entre 1903-1918)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

A partir de 1904, o número de pacientes (de ambos os sexos) fímatosos subiu e chama a atenção o fato dos casos femininos terem superado os masculinos por sete anos consecutivos (1905-1911), principalmente a partir da ativação da 4a. Seção de isolamento, em 1905, quando se intensificaram as transferências de pacientes de outras instituições para o HNA. Esse dado é significativo pois a entrada geral de indivíduos do sexo masculino manteve-se superior ao feminino, como analisamos anteriormente.

Procuramos entender a razão dessa prevalência da tuberculose feminina por meio dos dados estatísticos de mortalidade da capital, mas, curiosamente, o Dr. Sampaio Vianna (1911) indica o inverso. Como membro da Academia de Medicina e chefe da Seção Demográfica da DGSP, Vianna dedicou-se a estudar o panorama epidêmico da cidade do Rio de Janeiro. Em seu artigo sobre a *Mortalidade sob o ponto de vista das moléstias*, o médico comparou a estatística de várias doenças e reafirmou a prevalência de óbitos por tuberculose sobre as outras

<sup>117</sup> Dos pacientes que deram entrada entre 1890 e 1902, levantamos apenas os que permaneceram no HNA após 1903, na gestão Juliano Moreira. Portanto, não foram identificados todos os casos de tuberculose do período anterior a 1903 [no Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS], pois muitos morriam em poucos dias, semanas ou meses.



enfermidades contagiosas.<sup>118</sup> Cotejando os números da doença com os dados das respectivas populações recenseadas, em 1906, concluiu que a tuberculose fazia mais vítimas entre os homens (ver tabela 1), com uma taxa de óbitos de 4.23% do sexo masculino contra 3.70% de mortalidade feminina. De acordo com o demografista, os números da doença eram majoritários na zona urbana. Entre 1903 e 1909, morreram 20.048 sujeitos por tuberculose, na zona urbana; e 2.712 na zona suburbana (VIANNA, 1911: 46).

Tabela 1 - *A mortalidade de homens e mulheres por tuberculose na capital federal (1903-1909)*

ANOS	H	M	TOTAL
1903.....	2.014	1.307	3.321
1904.....	1.872	1.203	3.075
1905.....	1.933	1.231	3.164
1906.....	1.969	1.171	3.140
1907.....	1.816	1.282	3.098
1908.....	2.185	1.431	3.616
1909.....	1.936	1.410	3.346
Somma.....	13.725	9.035	22.760

Fonte: Sampaio (1911: 46)

Pelos dados do Dr. Vianna, podemos desconfiar que a prevalência da tuberculose entre as alienadas não refletia a realidade da capital. Sendo assim, tal prevalência pode ser entendida como um fenômeno institucional e dinâmico, pois variou ao longo do período analisado. Retornando ao gráfico 5, vemos que houve um declínio no número de fmatosos nos anos de abertura do Pavilhão De Simoni (20 leitos femininos), em 1908, e do Pavilhão Sigaud (24 leitos masculinos), em 1909. Declínio que foi seguido de um aumento do número de pacientes tuberculosos de ambos os sexos.

As transferências institucionais ajudam a explicar o fato, visto que a Santa Casa não tinha espaço apropriado para o isolamento dos tuberculosos, principalmente das mulheres. Mas, também, não podemos desconsiderar que houve internações de vários distritos policiais diferentes, como veremos no próximo capítulo. Entre 1912 e 1916, há um declínio acentuado da moléstia no contingente feminino, exatamente após a abertura da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro (1911), que desaglomerou a Seção Esquirol. Tal declínio também pode ter

<sup>118</sup>Entre as moléstias comparadas (tuberculose, varíola, febre amarela, peste, sarampo, escarlatina difteria, coqueluche gripe, febre tifoide, disenteria, beribéri e paludismo), somente a varíola sobrepujou a tuberculose, em 1904 (4.201 óbitos) e 1908 (9.046 óbitos) (SAMPAIO, 1911: 16).

ocorrido pela criação do Hospital Nossa Senhora das Dores, em 1914. Nesse cenário, a cifra de homens tuberculosos ultrapassou os casos femininos e se manteve por cinco anos consecutivos.

O número de tísicas alienadas voltou a subir, em 1917, e elevou-se rapidamente, no ano seguinte. Esse aumento coincidiu com a carestia – em razão do prolongamento da I Guerra Mundial (1914-1918), no cenário internacional – e com a pandemia de gripe espanhola que assolou a capital, em 1918. Houve, então, duas centenas de novas internações, em relação ao ano anterior.<sup>119</sup>

O relatório da Assistência, relativo ao ano de 1918, sinaliza que, frente às limitações orçamentárias, a direção do HNA utilizou estratégias para desaglomerar o hospício, concedendo maior número de altas, “das quais muitas evidentemente prematuras”<sup>120</sup>, e acompanhamento de doentes em domicílio. As altas hospitalares, portanto, seguiam menos a lógica do tratamento clínico e mais a necessidade de diminuir a superpopulação do manicômio, como ilustra o texto abaixo:

Facilitou-se, no decorrer do ano, a retirada de pacientes, prestando-se também a Assistência a, gratuitamente, ver e medicar, os que foram levados à consulta diária no ambulatório do Hospital. Além disso, como em anos anteriores, assistência, também gratuita, foi concedida a muitos doentes (uma média de 8 por dia) apresentados à consulta no hospital, continuando eles, porém, em domicílio, com o fim de evitar a internação, a qual, evidentemente, se fosse feita, elevaria as despesas do Estado (ARAÚJO, 1919: 49).

A pandemia gripal atingiu o hospício e toda a cidade de maneira assustadora.<sup>121</sup> Segundo consta no relatório de 1919, o diretor tentou evitar que a gripe se espalhasse pelo HNA, requisitando ao Serviço Médico Legal que encaminhasse indivíduos para o HNA tomados por delírio gripais simples. Porém, não foi atendido, em face à falta de salas especiais nos hospitais da capital. A tentativa de isolar os doentes em enfermarias especiais também não impediu que a gripe atingisse a maioria dos habitantes do hospício. Só na segunda quinzena de outubro, foram internados mais de 160 doentes com perturbações mentais (a maioria por estados gripais). Até 31 de outubro, dos 1.450 pacientes internados, 1.314 pegaram a gripe; além de 175 empregados, sendo que 2 faleceram. “Destes e dos novos admitidos faleceram apenas 92 da epidemia reinante, isto é 6,3% dos atacados e 39 de outras doenças, isto é 2.6%.” (ARAÚJO, 1919: 52). Na primeira quinzena de novembro, entraram mais 114 doentes (vindo do próprio

---

<sup>119</sup> Em 1917, entraram 1.445 novos doentes (SANTOS, 1918: 53); no ano seguinte, 1.653 (ARAÚJO, 1919: 49).

<sup>120</sup> Relatório do Ministério da Justiça (ARAÚJO, 1919: 40).

<sup>121</sup> Segundo Bertucci (2009), em 8 de outubro foram confirmados os primeiros casos da gripe no Rio e, em poucos dias, a cifra chegou a 20.000 atingidos, causando pânico na população geral e medidas extremas, como suicídio, fugas e auto isolamento. Devido à alta contagiosidade da gripe, as autoridades de saúde não conseguiram promover grandes ações sanitárias, para além dos aconselhamentos individuais – proceder hábitos higiênicos, evitar aglomerações e contatos íntimos (como beijos e apertos de mão) (2009:459).

domicílio e de vários hospitais) e caíram gripados 498, entre empregados, alienados e ex-internados. No final da quinzena, 1.367 doentes mentais ficaram gripados e morreram, da gripe, 54 doentes (ARAUJO, 1919: 52-53). Diante da extensão da influenza espanhola, a direção considerou que a taxa de óbito foi mais modesta do que o previsto. Desse modo:

Sendo a alta porcentagem de casos de broncopneumonia e pneumonia gripais, levando em conta a proporção de internados já atingidos por outras doenças crônicas (tuberculose, enterocolite, nefrite etc.), a cifra de mortalidade do mal esteve no Hospital Nacional muito abaixo do que se poderia prever.

Aliás o isolamento precoce dos pneumônicos e o tratamento assíduo dos doentes pelos melhores meios aconselhados pelos patologistas mais competentes explicam aquela pequena mortalidade (ARAUJO, 1919:53).

Durante a gripe, o recém construído Pavilhão Sigaud foi utilizado para isolar “quase todos os empregados que sucessivamente iam adoecendo” (ARAUJO, 1919: 56), indicando tanto a prática de isolá-los internamente e à parte, quanto o fato de que os pavilhões especiais de isolamento podiam abrigar outros tipos de enfermidades. Parece que buscou-se isolar o mais cedo possível os alienados que caíam gripados, para evitar, ao máximo, o contágio dos demais não atingidos pela gripe. Embora, sem muito sucesso, a direção considerou o resultado do evento pandêmico positivo pois se esperava um número bem maior de mortos. Além disso, curiosamente, naquele período, muitos mudaram de papéis: “Para preencher um tanto os claros deixados pelos que iam sucessivamente sendo atingidos foi mister recorrer a mestres de oficina e até a ex-doentes mentais ou convalescentes, alguns dos quais prestaram relevantes e inesperados serviços.” (ARAUJO, 1919:53).

Não obstante, de novo, a direção, os médicos e demais funcionários se viram às voltas com um excedente populacional difícil de lidar, ficando todos à mercê dos perigos da superpopulação. Além disso, se acelerava a deterioração das estruturas hospitalares e o declínio sanitário da instituição. No último capítulo, teremos a oportunidade de retomar essa fase de declínio e averiguar ensejos de transformação do hospício, relacionados ao novo contexto político que estava se constituindo no período

\* \* \*

Na primeira década do século XX, o HNA foi marcado por grandes transformações que mudaram a imagem do velho Palácio dos Loucos. Transformações que estavam, contudo, estreitamente vinculadas a um contexto mais amplo da cidade, da nação e do mundo. Em nossa análise, sobre a criação da 4ª. Seção de isolamento das moléstias infectocontagiosas

intercorrentes, vemos que a leitura dessas mudanças – no contexto dinâmico da capital e no que tange às mudanças legais, às ações urbano-sanitárias da DGSP, e à própria realidade da assistência à saúde da capital – nos mostra o quanto a relação de interdependência institucional vai se tecendo nas decisões administrativas e nas práticas cotidianas, ainda que possam estar circunscritas a um âmbito limitado (o HNA) e a um fim específico: o tratamento de alienados tuberculosos.

Como visto no capítulo 1, o tratamento ao ar livre surgiu em meados do século XIX, com a difusão do método de Hermann Brehmer, por Peter Dettweiler e Paul Kretzchmar, na Europa e Estados Unidos. O método de Brehmer propunha ao doente uma rotina de descanso orgânico e psíquico, em sanatórios, por meio de uma terapêutica de ar fresco, em varandas protegidas, com boa alimentação e exercício moderado. Tudo devidamente supervisionado por médicos (HOTHMAN, 1994: 195). Um ponto que nos chama a atenção a respeito dessa prática, no âmbito da psiquiatria, é que embora há décadas os primeiros sanatórios para tuberculosos haviam sido criados, a proposta continuava sendo vista como um recurso moderno, um experimento terapêutico. Neste caso, podemos afirmar que sua atualidade estava na adaptação da terapêutica *outdoor* da tuberculose pelas instituições de assistência aos alienados.

Os novos pavilhões de isolamento da tuberculose no HNA eram a materialização dos princípios pregados pela literatura científica internacional para o controle da tuberculose nas instituições para insanos, como indicavam estudiosos dessa problemática – Babcock (1894), Crookshank (1899), Maccallum (1902), Marie e Rolet (1906), entre vários outros. Eram, portanto, muito diferentes das construções grandiosas e fechadas, com um número exorbitante de leitos. O sanatório ideal para acolher os alienados tuberculosos era um o chalé modesto (para acomodação de poucos pacientes), cercado por varanda espaçosa para a prática diária da helioterapia, construído em terreno aberto, arejado e arborizado. Contudo, no HNA, a implementação dessas pequenas galerias de curas se mostraria insuficiente diante da crise de leitos na capital, que denunciava o quanto a resposta para um problema institucional poderia gerar novos problemas e consequências não previstas.

Como demonstram nossas fontes, o contexto político e urbano-sanitário favoreceu importantes avanços administrativos no HNA na primeira década do século XX, o que possibilitou a abertura de novos leitos e da especialização da assistência aos alienados vítimas, de intercorrências e infecções. Entretanto, a remodelação do HNA repercutiu fora de seus muros, atraindo mais doentes. E o novo serviço de isolamento acabou sendo insuficiente para

tantos afetados por moléstias infecciosas que chegavam usualmente à Praia da Saudade ou que povoavam as seções do hospício.

Se por um lado a direção da Assistência se via sempre às voltas com novos projetos para o atendimento clínico, em razão dos princípios modernizadores da psiquiatria; por outro, a positiva reinvenção do HNA gerou aumento na população de internos. Em decorrência disso, se fazia necessário implementar novos projetos para dar conta da manutenção dos anteriores, além dos contínuos desafios provocados pela superpopulação de alienados. Assim, paradoxalmente, a ampliação dos espaços de atendimento e de novas especialidades contribuiu para atrair mais pacientes para o HNA, como constatamos ao analisar o movimento de infectados pela tuberculose.

Neste sentido, nosso olhar sobre a realidade do HNA se aproxima bastante do de Ablard (2008) sobre o manicômio de Buenos Aires – a enorme distância entre a agenda psiquiátrica e o produto das reformas implementadas. A frustração com a realidade institucional interna contribuía para o surgimento de novas propostas e a atualização dos anseios psiquiátricos. Então, a despeito dos avanços médicos, em relação ao século anterior, o hospício serviu também como abrigo para pobres e depauperados, prestes a morrer, abandonados e/ou incapazes de cuidarem de si mesmos (2008: 19). Outra questão observada pelo autor e que se aplica à saúde da cidade do Rio de Janeiro, é que a política da não admissão, implantada por algumas instituições, podia afetar outras, levando ao aumento excessivo de pacientes e à deterioração das condições sanitárias e do atendimento asilar (2008:76).

Em vista desses elementos, nossa análise, sobre a assistência prestada pelo HNA no final do século XIX e nas primeiras décadas do século seguinte, nos leva a algumas questões, que tomamos como hipóteses ao longo do capítulo. A falta de instituições especializadas na assistência da tuberculose e o abarrotamento de doentes nos hospitais da capital e no interior do estado não produziriam um contexto político-social extrínseco, por vezes fazendo do Pavilhão de Observação porta de emergência de saúde pública e do HNA um hospital geral? Na verdade, contrariando a legislação, sua especialidade institucional e os diretores da Assistência, muitos enfermos não estariam passando pelo HNA, no fim de suas vidas, por falta de leitos em outros estabelecimentos? Ou, indivíduos afetados por moléstias diversas – em estado febril e delirante – estariam sendo tomados por dementes e levados ao hospício? E ainda, outra hipótese: dirigentes institucionais, diante de tantos obstáculos, já mencionados, estariam agindo deliberadamente no sentido de transferir o problema para outra instituição?

### Capítulo 3

#### **Dentre a população de alienados fímatosos, as tísicas da Praia da Saudade (1890-1918)**

Apresentava-se a enferma em profundo estado de confusão psíquica, de forma astênica, e, como tal, incapaz de fornecer quaisquer informações, nem mesmo o nome (ALMEIDA, 1915:101).

Este capítulo analisa um conjunto de pacientes que estiveram internados no hospício da Praia da Saudade no período de grandes transformações da Assistência a Alienados, entre 1903 a 1918, quando houve a reforma das velhas estruturas do Palácio dos Loucos e a implementação de novos laboratórios, serviços e seções especializadas. Neste sentido, cabe lembrar a criação da 4ª. Seção de moléstias infectocontagiosas intercorrentes e seus pavilhões de tuberculose, como lugar de isolamento e de intervenção terapêutica para os doentes contagiosos.

Em especial, examinamos um grupo de 280 alienadas tísicas, identificadas no Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS. As trajetórias institucionais dessas mulheres revelam muito das conexões internas e externas do HNA, contribuindo para entendermos como tais mudanças impactaram na assistência das tísicas. Ao serem agrupadas e cotejadas com outras fontes, vários elementos desse universo feminino afloraram, revelando fragmentos de histórias de vida, filtrados inexoravelmente pelo olhar médico. Assim, de tais fontes emergem vidas despedaçadas pela doença e a complexidade das práticas assistenciais e científicas levadas a efeito no HNA.

Nos dossiês, verificamos a frequência dos registros administrativos e médicos, quantificando os dados considerados mais relevantes, para confrontá-los com outros documentos – relatórios da Assistência, matérias jornalísticas e estudos científicos. Nossa atenção se concentrará particularmente nos três grupos de análise, segundo a data de entrada, apresentados no capítulo anterior e agora comparados: 27 enfermas tuberculosas adentraram durante o período Juliano Moreira, do 1º grupo (1890 -1902); 77 pacientes do 2º grupo (1903 - 1907); e 176 do 3º grupo (1908-1918). Deste conjunto, destacamos ainda as pacientes que passaram pelo Pavilhão De Simoni, entre 1908-1918, a fim de discutir e esclarecer dados fornecidos pelo Dr. Waldemar Almeida, clínico do setor de moléstias infectocontagiosas, no artigo *O problema de assistência aos insanos tuberculosos*, publicado em 1919. Como dissemos na introdução desta tese, eventualmente, o universo da tuberculose masculina será contemplado, a título de comparação. Também lembramos que, para agrupamento dos sujeitos

da pesquisa, consideramos a própria dinâmica institucional e seus marcos temporais na assistência às pacientes tuberculosas.

Ao nos colocarmos o desafio de alcançar as alienadas tuberculosas, buscamos mais uma via para ajuizar de forma ampla a inserção da tuberculose nas rotinas institucionais do HNA. Em particular, procuramos identificar a procedência dessas pacientes e suas possíveis trajetórias institucionais, verificando os desdobramentos internos e externos na assistência feminina; traçar o perfil social dessas enfermas; e retratar o quadro orgânico e psíquico das mesmas, observando as particularidades da assistência às alienadas tuberculosas. Na esteira de tais objetivos, buscaremos responder perguntas que surgiram no decorrer do processo investigativo. É possível falar em um perfil social predominante das tísicas do HNA? Por quais mecanismos se produzia, na prática, o isolamento das internas tuberculosas? Que tipo de rotina viviam os isolados nos pavilhões especiais para o tratamento da tuberculose?

A grande maioria das pacientes chegava ao HNA por encaminhamento institucional da Secretaria da Polícia do Distrito Federal/Repartição Central da Polícia e do Pavilhão de Observações (PO). Legalmente, o procedimento para internação seguia dois caminhos: o dos indigentes, por meio da Secretaria de Polícia para o PO, e daí para uma das seções do hospício; e o dos pensionistas, com internação direta em outros pavilhões do HNA. O caminho dependia mormente da condição social do enfermo e do responsável pelo internamento. Como ressaltado por Munõz, Facchinetti e Dias (2011), desde a instauração do PO, em 1894, por lei, os suspeitos de alienação indigentes deveriam ser ali avaliados pelo período de até 15 dias, antes de serem efetivamente matriculados na instituição. A internação no PO ocorria mediante requisição do prefeito do Distrito Federal ou do chefe de polícia, acompanhado de laudo do exame médico-legal feito pelos peritos da polícia. Porém, havia algumas situações em que esse prazo podia ser alterado. No caso de reentrada, o doente não passava por nova avaliação, sendo logo transferido com o mesmo diagnóstico da internação anterior para um dos outros pavilhões do HNA. Outra situação era pelo uso de *habeas corpus*<sup>122</sup>, quase sem registros nas fichas de observações. Também podia valer o critério do alienista, a título de interesse acadêmico (2011: 95).

Os autores mencionados analisam também a reestruturação policial da capital, a partir do decreto n. 6.440, de 30/03/1907, com a criação do Serviço Médico-Legal da Polícia. Colocado sob a direção de Afrânio Peixoto, o órgão assumiu um caráter autônomo, embora ligado ao

---

<sup>122</sup>Trata-se de um direito constitucional, previsto na Constituição Federal de 1891, assegurado aos “brasileiros e estrangeiros residentes no país”, que podia ser acionado quando o indivíduo se sentisse em risco de sofrer violência, coação ilegal ou abuso de poder. Muñoz (2010) discute esse recurso jurídico através do caso de Elza, que o usou para sair do HNA (2010: 53).

chefe de polícia. Nessa ocasião, houve um aumento de médicos peritos e atividade pericial especializada. O exame para determinar a alienação foi detalhado em várias linhas (anexos 5 e 6), refletindo as concepções ocidentais do conhecimento médico, psiquiátrico e antropológico (MUÑOZ, FACCHINETTI e DIAS, 2011: 87).

Com efeito, nas inúmeras guias de internação consultadas, é perceptível que havia um protocolo de observações a ser seguido. Diante da paciente, os facultativos buscavam rastrear os indícios da doença mental, verificando traços de degeneração, alucinações (visuais, auditivas, olfativas e ou de sensibilidade), hábitos nocivos ou estranhos (alcoólicos, manias), delírios (religiosos, persecutórios, alcoólicos, eróticos), reflexos (exaltados, diminuídos, omissos), estado emocional (tristeza, calma, indiferença, depressão, agitação), estado orgânico (abatimento, fraqueza muscular, caquexia), estado mental (confusão, desorientação, incoerência de ideias), nível intelectual (rudimentar, baixo, mediano), estado nutricional (deficiente ou regular), características da fala (mutismo, loquacidade exagerada, distúrbios da linguagem), do sono (regular, insônia), disfunções da memória (recente, passada), presença de transtornos femininos (dismenorreia, metrorragia, amenorreia, menopausa, perturbações do catamênio), distúrbios da sensibilidade (sinestesia, perturbação dos sentidos, parestesia, hipoestesia, hiperestesia, dor), deficiências físicas e marcas corporais.

Desse modo, os psiquiatras anotavam detalhes que presenciavam e elementos fornecidos pela própria doente, por um familiar ou algum outro acompanhante. Mas, frequentemente, os examinadores se viam limitados para cumprir todos os quesitos exigidos pela lei. Limites que eram dados pela interlocução com um ser assaz debilitado (do ponto de vista orgânico e psíquico) ou contrariado para responder aos ditames médicos. Então, aqueles que dependiam de terceiros para preencher as lacunas do exame, deixavam com frequência vários campos do documento clínico em branco.

Tais aspectos nos levam a refletir sobre a interação médico/paciente, no que tange ao ritual do interrogatório, analisado por Foucault (2007), como dispositivo psiquiátrico utilizado para julgar a condição mental do indivíduo, identificado como louco por seu meio social (FOUCAULT, 2007:267). A seu ver, como método disciplinar, o interrogatório permitiria ao psiquiatra estabelecer a “verdade” da loucura, assumindo o poder de arbítrio, ou seja, de definir a existência ou não da loucura, num jogo relacional e de dupla entronização: “do indivíduo interno como enfermo e do indivíduo internante como médico e psiquiatra.” (FOUCAULT, 2007:315).



Lembrando a pesquisa de Rivera-Garza (2011), sobre a elaboração dos diagnósticos da loucura moral no manicômio mexicano La Castañeda, as relações entre psiquiatras e alienados seriam marcadas por tensões e regularidades. Em tais relações, tanto pacientes como familiares participavam das formulações diagnósticas e da reorganização do discurso. Desfazendo a ideia de uma oposição bilateral, a autora assinala a constituição de múltiplos níveis de interação, envolvendo interesses, cumplicidades e estratégias de negociação, numa relação de dependência mútua: de um lado, os psiquiatras e seus anseios profissionais (de audiência, confiança, conhecimento, status, poder); do outro, o paciente interno e o desejo de reconhecimento de seus sofrimentos. Essa relação podia ser circunscrita também pelo silêncio de uns, por convicção de alguns e pela falta de condições de compreensão e de fala de outros (RIVERA-GARZA, 2011: 29-31).

Tratando igualmente da realidade do La Castañeda, Ríos Molina (2004) constata que os psiquiatras tendiam a rejeitar as informações biográficas do paciente, a desconsiderar os antecedentes sociais que contribuíram para o desenvolvimento da loucura e a desqualificar os escritos ou a fala do louco, concentrando-se no que seus olhos de especialistas podiam captar. Além do mais, o aumento do caráter científico do olhar psiquiátrico redundou na valorização dos aspectos fisiológicos como explicação para a origem da enfermidade mental e para a fundamentação da terapêutica. A busca pelo estigma da loucura se fazia no processo de observação de um conjunto de sintomas, percebido na forma de falar, rir, caminhar e chorar do paciente. E a partir do conceito de degeneração<sup>123</sup>, muitos eram condenados biologicamente como casos incuráveis. No terreno psiquiátrico, os loucos também eram observadores, e buscavam construir teorias acerca de sua loucura e de sua presença no manicômio (RÍOS MOLINA, 2004: 24-35).

Quando buscamos entender esse processo relacional dos diferentes atores (médicos, pacientes, familiares, entre outros) notamos, no conjunto de nossas fontes, o quanto psiquiatras dependiam das vozes das enfermas ou de outras vozes para exercerem o seu poder de arbítrio. Da mesma forma, o quanto o silêncio em tal processo podia fragilizar a sua avaliação clínica, deixando espaço para omissões, dúvidas ou julgamentos apressados. Ou seja, mesmo desqualificando a fala da paciente, o psiquiatra precisava ouvi-la e/ou contar com a fala de outros sujeitos intermediários do processo de internação. As dúvidas médicas não esclarecidas,

---

<sup>123</sup> A ideia da degenerescência da espécie humana como desvio patológico e hereditário foi empregada pelo francês Bénédict Augustin Morel, em 1857. Posteriormente, Valentin Magnan corroborou essa percepção, definindo que tal desvio levava ao declínio psicofísico do indivíduo, tornando-o impotente biologicamente, e comprometendo a sobrevivência de futuras gerações (FACCHINETTI e MUÑOZ, 2013: 241).

frente ao quadro apresentado pela doente, são indícios dos obstáculos enfrentados pelo psiquiatra para emitir um parecer diagnóstico. Essas dúvidas eram, às vezes, pontuadas por uma interrogação. Neste sentido, nos parece que a paciente seguia “em observação”, como teremos oportunidade de analisar adiante por meio do estudo do Dr. Almeida.

Os procedimentos burocráticos incompletos e/ou feitos sem a devida participação dos principais atores envolvidos na internação do doente também geravam embaraços interinstitucionais, particularmente em relação aos desacompanhados de algum familiar. Nessa perspectiva, Muñoz, Facchinetti & Dias (2011) ressaltam que a ausência de informações de indivíduos enviado para a Assistência era um dos pontos de conflitos entre as entidades que atuavam junto aos suspeitos de alienação. Outro problema era o constante envio de sujeitos para serem internados no manicômio, muito além de sua capacidade de absorção (2011:89). Além disso, como vimos no capítulo anterior, os constantes envios de doentes pré-agônicos, frequentemente por moléstias infectocontagiosas, geravam insatisfação da direção do HNA.

Os autores indicam que a população desfavorecida recorria usualmente à instituição policial para garantir o acesso ao hospício, seguindo o percurso do internamento gratuito para os indigentes. Quer dizer, uma parcela da população buscava deliberadamente a intervenção médico-psiquiátrica, “seja pelo entendimento de que este saber seria uma arte de curar, seja apenas pela busca de um lugar para se internar o membro da família que fugiu do controle” (2011: 87). Entretanto, como teremos a oportunidade de acompanhar adiante, o trajeto do indivíduo em estado de perturbação mental podia ser circular: muitas vezes, antes de tomar o caminho do hospício, o doente transitava por outros percursos institucionais e/ou outras rotas alternativas para recuperar a saúde.

Legalmente, se a condição socioeconômica do doente permitisse um cuidado diferenciado, o responsável pelo mesmo deveria arcar com os custos do tratamento, dependendo apenas da autorização do diretor (através de requerimento do responsável ou de uma autoridade competente)<sup>124</sup> e com apresentação de pareceres de dois médicos ou certidão do exame de sanidade. De um modo ou de outro, no ato da internação, o doente deveria apresentar protocolo de identificação – com nome, filiação, idade, naturalidade, sexo, cor, domicílio, profissão, sinais físicos e fisionômicos –, além de informações pertinentes à moléstia em curso.

Em alguns casos, observamos que os trâmites burocráticos podiam fugir à norma legal, por influência do/a responsável pela doente ou de manobras dos atores envolvidos no processo

---

<sup>124</sup> Eram considerados competentes para requerer a admissão de enfermos: o ascendente ou descendente; o cônjuge; o tutor ou curador; o chefe de corporação religiosa ou de beneficência.

de internação no HNA. Isto é, a doente entrava como indigente, sendo custeada pelo Distrito Federal, mas depois era alocada na seção de pensionistas. O inverso também podia ocorrer: a paciente entrar como pensionista e depois ser transferida para a seção dos indigentes. Contudo, as relações entre os diversos atores deste estudo se mostraram bem mais complexas e dinâmicas, a depender do período de atendimento nas diferentes sessões do hospício e das condições reais de acolhimento da instituição. Assim, seguindo o curso institucional, observaremos que nossas personagens passaram por diferentes modos de cuidado e acomodação no manicômio da Praia da Saudade. E não há como negar que as transformações legais e estruturais da Assistência a Alienados, ao longo do nosso recorte de estudo, impactaram a vida de seus habitantes.

### **3.1 As trajetórias institucionais das tísicas da Praia da Saudade**

Até o despontar do século XX, no HNA, as internações femininas concentravam-se nas 1ª. Seção de indigente (Seção Esquirol) e 2ª. Seção de pensionistas (Seção Morel).<sup>125</sup> A partir de 1903, com a criação das novas unidades manicomiais da Assistência a Alienados, as possibilidades de movimentação das pacientes se alargaram. Ao entrar na 1ª Seção de mulheres a paciente podia, ocasionalmente, ser transferida para a 2ª Seção e vice-versa, ou ser alocada em uma das novas seções manicomiais: na 3ª Seção das epiléticas (Pavilhão Griesinger); na 4ª Seção das moléstias infectocontagiosas intercorrentes (Pavilhão Jobim (1905) e/ou no Pavilhão De Simoni (1908); e na 5ª Seção (1903) das crianças (Pavilhão Bourneville). A paciente podia ser movimentada também entre as unidades especializadas ou fazer o caminho de retorno para sua seção de origem. Ainda dentro do HNA, havia outros gabinetes pelos quais a mesma podia passar por atendimento, a exemplo dos serviços de oftalmologia, cirurgia, antropometria e eletroterápico, mas eram unidades de curta permanência.<sup>126</sup> A criação da Colônia de Mulheres, em 1911, ampliou ainda mais a possibilidade de movimentação das alienadas na Assistência, para além dos muros do hospício.

Deste modo, a movimentação do indivíduo no processo de internação podia ser bastante dinâmica, como ilustra o quadro 3. Neste sentido, os itinerários eram os mais variados, tanto para chegar ao manicômio como dentro dele. Por suposto, se podia acionar a Secretaria de

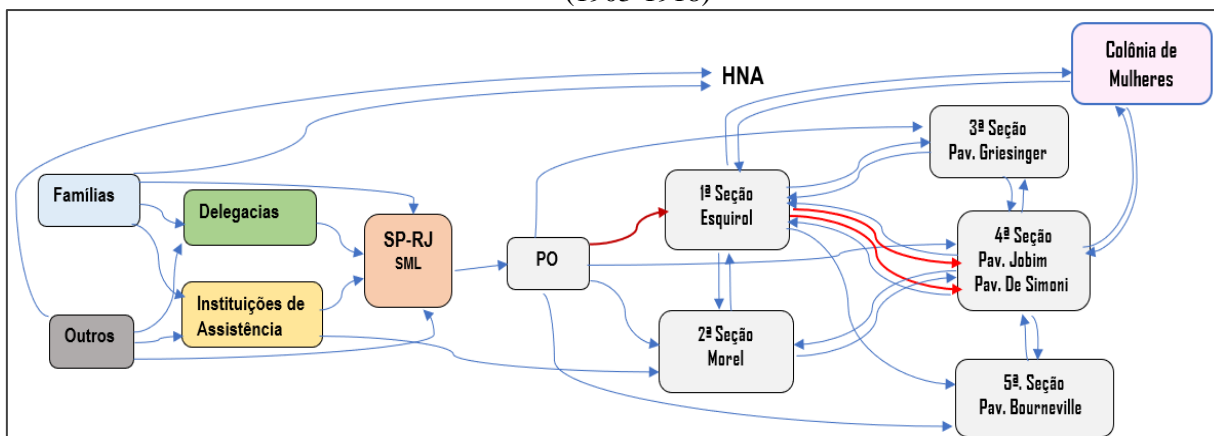
---

<sup>125</sup> Como já observado, no início do século, os protocolos administrativos traziam usualmente os números das seções, mas as denominações das seções já estavam colocadas no final do século anterior, segundo relatório de Brandão (1894).

<sup>126</sup> De modo geral, nos dossiês a passagem nos gabinetes era marcada por um carimbo com o número de atendimento. Os registros indicam que cada gabinete tinha seu próprio livro de controle, mas não localizamos nenhum desses livros.

Polícia da Capital por meio de outros órgãos, como delegacias do interior, circunscrições urbanas ou suburbanas da capital e instituições de assistência. Vias que eram acessadas com frequência por familiares e outros sujeitos das relações da doente (como o patrão ou o tutor da enferma) para conseguir uma guia para o PO, seguindo posteriormente para o HNA.

Quadro 3 - Trajetórias possíveis das alienadas tuberculosas do Hospital Nacional de Alienados (1903-1918)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

No âmbito da Assistência a Alienados, três trajetórias prevaleceram, entre inúmeras variações de itinerários nos grupos analisados, como assinalado em vermelho no quadro 3: uma do PO para a 1ª Seção de mulheres/Seção Esquirol, onde muitas doentes permaneciam, não chegando a passar por outra unidade; as outras duas, saindo da 1ª para a 4ª Seção, sendo as pacientes alocadas no Pavilhão Jobim ou no Pavilhão De Simoni.<sup>127</sup> Em situações muito pontuais encontramos encaminhamento direto para a 2ª. Seção de mulheres/Seção Morel e outras seções do HNA. A intermediação institucional também ocorria no processo de internação de algumas pensionistas, muito provavelmente devido à cobrança legal de um atestado médico, indicando estar a doente “sofrendo das faculdades mentais”. Ou, porque a família recorria a uma instituição de assistência à saúde, mas a doente acabava sendo enviada para o hospício.

Segundo apuramos, os lugares de partida e as motivações para a internação podiam variar bastante. Vejamos os casos de Jovina, Adélia, Benedita e Alzira<sup>128</sup> que foram encaminhadas para o PO e, depois de alguns dias, internadas na Seção Esquirol como indigentes, à custa do Distrito Federal. Elas tinham em comum o fato de serem brasileiras,

<sup>127</sup> Esses três percursos representaram: 44% no 1º grupo (1890-1902); 61% no 2º grupo (1903-1907); 44% no 3º grupo (1908-1918). O restante ficou diluído em inúmeras variações, com idas e vindas entre as diversas unidades da Assistência a Alienados.

<sup>128</sup> Fundo do Hospital Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês (respectivas datas de entrada das pacientes): DC 16,55 (10/0/1899); DC 15,84 (07/03/1899); DC 20,17 (28/08/1901); DC 20,35 (14/13/1902). Por uma questão ética, as pacientes não foram identificadas com os seus devidos nomes.

solteiras e pardas, exceto Benedita, que era preta. Primeiro chegou Jovina, com 30 anos, doméstica, sem conseguir articular a palavra ou mesmo ficar de pé, proveniente do Asilo São Francisco de Assis, em fevereiro de 1899. No mês seguinte, foi internada Adélia, aos oitenta anos, vinda do Hospital São João Batista de Niterói. Falava com volubilidade e incoerência, dizendo-se filha de D. Pedro II e com mania de colecionar objetos inúteis. Em agosto de 1901, da área central do Rio, Benedita, 25 anos, cozinheira, foi levada pelo patrão, Manoel, ao chefe de polícia do Distrito Federal, por conta de suas alucinações e incoerências. Já Alzira tinha apenas cinco anos, quando saiu do Engenho de Fora (Jacarepaguá) para o HNA, levada pela mãe, em março de 1902. Consta que a menina apresentava sinais de astenia e parada do desenvolvimento cerebral. Nesse período, por falta de instalações adequadas e suficientes, adultos e crianças viviam sob o mesmo teto no hospício.

Desse 1º grupo (1890-1902), apenas Jovina foi identificada como tuberculosa, em seu período de observação no PO. Sua trajetória é bastante ilustrativa, pois ela passou pelos momentos de crise e de reinvenção do hospício. Depois de atravessar a cidade, provavelmente, sacolejando num veículo desconfortável da polícia, ela foi deixada no PO, junto com um atestado médico do Asilo de São Francisco de Assis, um encaminhamento da prefeitura e uma guia da Secretaria de Polícia do Distrito Federal. Sua guia policial informava poucos dados pessoais, sem registros familiares, observando ser necessária sua internação no PO, “por sofrer de alienação mental”. Inicialmente, o tratamento recebido no PO lhe permitiu recuperar parte de suas forças, a ponto de tentar evadir-se do hospício, pois, ao chegar, nem conseguia ficar de pé. Apesar da condição de tuberculosa, a paciente teria sido transferida para a seção mais populosa do HNA. Ou teria sido isolada dentro da Seção Esquirol ou no chalé externo para as moléstias contagiosas intercorrentes, instituído no ano seguinte a sua entrada? Não temos como saber porque nenhuma anotação a esse respeito foi feita no seu dossiê. Porém, em razão do grau inicial de sua tuberculose, é possível que ela não tenha sido tomada como uma grande ameaça para as outras internas.

Outras tiveram melhor sorte e foram para a Seção Morel, ala das pensionistas, como Gracinha, Eva, Rosa e Joana<sup>129</sup>. As quatro eram brancas. Em julho de 1899, com 41 anos, chegou a paulista Gracinha, advinda da Casa de Saúde de Nossa Senhora da Glória/RJ<sup>130</sup>, como pensionista de 4ª. classe, paga pelo marido. Ela enfrentava, em seu espírito, a luta constante de

---

<sup>129</sup> Fundo do Hospital Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês: DC 16,51 (20/07/1899); DC 16,11 (19/10/1899); DC 16,82 (24/07/1901); DC 20,38 (23/03/1902).

<sup>130</sup> Estabelecimento particular, criado em 1863, voltado para o tratamento cirúrgico. Segundo Matsumoto (2018) a instituição não aceitava “doidos, maníacos e bexigentos” (2018:120-121)

“dois grupos”: um que falava pelo ouvido direito, outro que falava pelo esquerdo. Em outubro do mesmo ano, Eva, 34 anos, italiana, procedente de Minas Gerais, foi internada por sofrer ataques epiléticos, alucinações auditivas e dificuldade de coordenar as ideias. Embora casada, em seus documentos de entrada, o marido não aparece como responsável pela pensão. Possivelmente, sua assistência se deu à custa do Estado de Minas Gerais.<sup>131</sup> Rosa, por sua vez, saiu de Pilares e foi internada via Secretaria de Polícia, em julho de 1901, “por parecer sofrer das faculdades mentais”. Era uma jovem com 25 anos, brasileira, solteira, doméstica, e com registro de pai e mãe. Do Morro do Castelo, Joana, foi levada ao HNA pelas mãos do irmão, em março de 1902, e foi alocada no mesmo dia na Seção Morel. Era uma jovem portuguesa de 15 anos, voltada para o serviço doméstico. Consta que padecia de ataques histéricos, vertigens, alucinações visuais e dismenorreia. Apesar de Rosa e Joana terem sido instaladas na Seção Morel, elas eram mantidas pelo Distrito Federal.

Por esses exemplos, vemos que a cor, a intervenção familiar e as condições financeiras influenciavam a trajetória institucional da alienada. Mas, independentemente da classe social, na visão médica, todas “pareciam sofrer das faculdades mentais”. Essas mulheres foram internadas no momento mais crítico da instituição, com péssimas condições sanitárias e promiscuidade entre os pacientes nas seções hospitalares. De certo, compartilharam o mesmo ambiente deteriorado e insalubre, e estavam na massa promíscua de enfermos que chocaram os inspetores da Comissão de Inquérito de 1902. Nesse momento, nem mesmo as enfermas pensionistas escaparam dessa triste sina, segundo os registros de diretores, inspetores e das denúncias na imprensa. Confinadas em um palácio decadente, todas corriam o risco de serem vítimas da “peste branca” ou de outra epidemia qualquer.

Com a Reforma do HNA, Jovina e as outras internas não só presenciaram as grandes mudanças do manicômio, como foram realocadas na Praia da Saudade, de acordo com o perfil da paciente e as novas unidades da instituição. Assim, Alzira e Lia foram removidas da Seção Esquirol para a recém-criada seção infantil, o Pavilhão Bourneville; e Joana foi para o setor das enfermas epiléticas, o Pavilhão Griesinger. A Seção Morel também foi remodelada, para o melhor conforto das pensionistas, e recebeu novas internações. No processo de internação, principalmente das pensionistas, eram corriqueiras as intermediações de atores influentes no contexto político da capital ou estadual, como atestam algumas trajetórias.

---

<sup>131</sup> Conforme Juliano Moreira, até 1903, Minas Gerais enviava grande parte de seus alienados para o HNA (MOREIRA [1905], 2011: 766).

Em abril de 1903, chegou Adelina<sup>132</sup>, brasileira, branca, 43 anos, casada, com registro de pai e mãe, procedente de Saquarema. Foi internada por sofrer de “monomania religiosa”. Além da carta de compromisso de pagamento da contribuição correspondente a 4ª classe, assinada pelo marido, o fato de ser filha legítima de coronel possivelmente lhe permitiu um pouco mais de conforto e cuidado dentro da instituição. Lydia<sup>133</sup>, por sua vez, veio transferida da Casa de Saúde São Sebastião, em setembro de 1904, com atestado do respectivo diretor, declarando que a doente sofria de histeria e perturbações mentais periódicas. Lidia, 33 anos, era branca, solteira, doméstica, e tinha registro de pai e mãe. Ela foi alocada na Seção Morel, mas o pagamento de suas despesas ficou por conta do Distrito Federal. Em fevereiro de 1906, foi internada Mariana<sup>134</sup>, procedente de Campos, à custa do Estado do Rio de Janeiro. Com 34 anos, era branca, solteira, doméstica, com registro de pai e mãe. Sua internação se deu com atestado do delegado da polícia de higiene daquela localidade e a proteção do Barão de Miracema.<sup>135</sup> Por uma confusão nos procedimentos administrativos, a doente deu entrada no PO, mas seus papéis eram endereçados à direção do HNA e só foi transferida no corrente mês. O embarço que ficou registrado na sua ficha do hospício. Nesses casos, vemos tanto a presença de familiares nas internações como a articulação de redes de sociabilidade para conseguir vaga no hospício ou alocar a enferma numa seção de maior conforto e assistência. Estratégia que já era aplicada no período imperial, porém em um contexto bem diferente.<sup>136</sup>

As estratégias sociais para conseguir um leito nas seções com melhores acomodações nem sempre eram aceitas de bom grado por Juliano Moreira, pois as vagas para pensionistas eram uma fonte de arrecadação financeira para a instituição. O próprio diretor lamentou ao Ministro Seabra o fato de ser obrigado a rejeitar pacientes de 1ª e 2ª classe e pediu providências para diminuir os prejuízos com os recalcitrantes que se recusavam a cumprir com os compromissos financeiros assumidos com o hospício, prejudicando o erário público (MOREIRA, 1906: 8). Quer dizer, além das práticas de favorecimento a uma ou outra internação, havia responsável que, após conseguir uma vaga na seção de pensionistas, se desobrigava dos compromissos financeiros pela assistência de seu doente. Sem contar as

---

<sup>132</sup> Fundo do Hospital Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 22,54.

<sup>133</sup> Fundo do Hospital Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 24,17.

<sup>134</sup> Fundo do Hospital Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 33,03.

<sup>135</sup> Político fluminense atuante no jogo de poder da esfera estadual, entre o final do Império e a Primeira República. Vide: Ferreira (1994: cap. 1).

<sup>136</sup> Como apontam os estudos de Ribeiro em relação ao período imperial, as famílias recorriam às suas redes de sociabilidade para conseguir uma vaga no hospício, mas o internamento passava pela aprovação do provedor da Santa Casa que dirigia o Hospício (2015:178-179; 2016: 71-110).

queixas quanto ao não recebimento por internações de indivíduos provenientes de outros estados e até do estrangeiro (LYRA, 1907:168). Esse tipo de ingerência do universo político-social no manicômio e de limites decisórios da direção do HNA exigiam certa diplomacia por parte de Juliano Moreira.

Realocações das pacientes por disposição e interesse da instituição ocorriam, normalmente, a pedido médico. Nesses casos, as motivações eram de modo geral em decorrência do exercício profissional ou por necessidade de cuidados especiais da paciente. Ocasionalmente, encontramos alguns casos de transferências por outros motivos: para desaglomerar a seção de indigentes, reacomodar a paciente por inadaptação ou pela impossibilidade de contê-la, e por interesse científico. Isso não exclui interposições da direção, de médicos e de outros funcionários do hospício na trajetória de pacientes – por simpatia, proteção ou hostilidade, entre outros motivos – a exemplo do testemunho de Lima Barreto – que passou por internações nas seções Calmeil (pensionista) e Pinel (indigentes) – em *Diário de um Hospício: o cemitério dos vivos*.<sup>137</sup>

O levantamento da procedência dos três conjuntos de enfermas nos fornece mais alguns dados interessantes sobre os procedimentos administrativos da época e as relações institucionais do HNA. Pelo que conseguimos apreender, a procedência dizia respeito à circunscrição urbana, ou suburbana, de origem do enfermo, ou melhor, à delegacia de proveniência do mesmo. Este campo foi introduzido com as mudanças legais e estruturais da Assistência a Alienados. É possível que fosse um recurso administrativo para garantir o rastreamento de informações sobre os doentes que, muitas vezes, eram deixados no hospício sem maiores informações.

Como pode ser percebido no gráfico 6, dadas as mudanças nos registros protocolares, no início do século XX, quando o campo procedência foi inserido. Neste sentido, no 1º grupo (1890-1902), com a ausência deste campo, prevalece a falta de informações. Já no 2º grupo (1903-1907), as instituições de assistência e as circunscrições policiais da capital, urbanas e suburbanas, passaram a constar nos expedientes das pacientes no campo “procedência”. Considerando os registros relativos às repartições policiais, contabilizamos pelo menos 20 delegacias urbanas e suburbanas da capital<sup>138</sup>, equivalendo a 57% das pacientes indigentes, dos 77 sujeitos do 2º grupo (1903-1907). Três pensionistas também chegaram a passar por uma

---

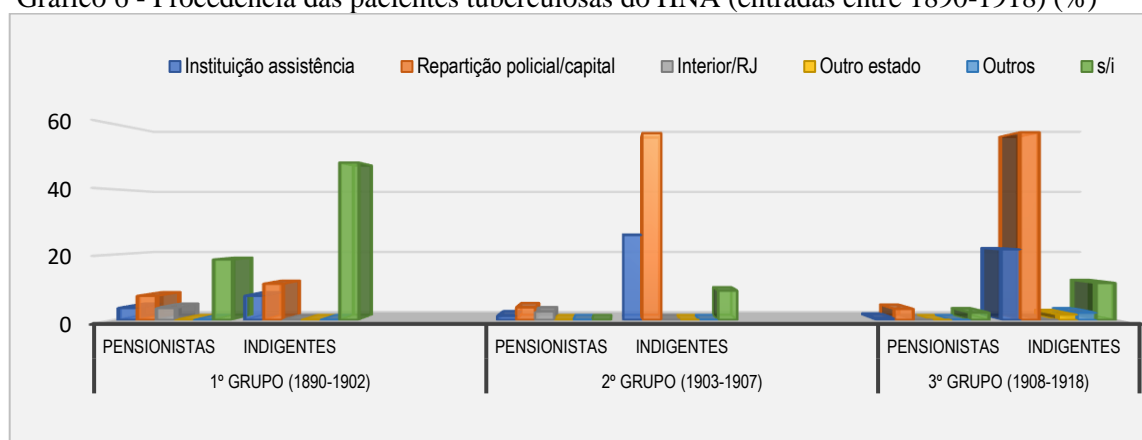
<sup>137</sup> Lima Barreto relata o fato de ter sido favorecido com melhores acomodações por um funcionário do hospício que conheceu seu pai, nas Colônias da Ilha, onde trabalharam juntos (BARRETO, 1993, cap. I e II).

<sup>138</sup> Nos primeiros anos do século XX, não foi possível relacionar as várias circunscrições e/ou distritos policiais às diferentes regiões da cidade, dado às muitas mudanças administrativas do período, tanto da organização policial quanto do HNA. Isso inviabilizou a tentativa de correlacionar os distritos policiais de proveniência das enfermas com as regiões da cidade.



repartição policial. No 3º grupo (1908-1918), a taxa voltou a se repetir, 57% (de 176 sujeitos), correspondendo a 25 distritos policiais<sup>139</sup>, além de uma Delegacia auxiliar, da Secretaria de Polícia Central e do Depósito de Presos. Na verdade, segundo Seabra (1905:69), o Depósito de Presos funcionava junto à Repartição Central da Polícia, no mesmo endereço para onde eram levados os indivíduos sob suspeita de crime e de alienação, à Rua do Lavradio, onde também passavam por exame pericial. Além disso, houve três casos de pacientes de outros estados que entraram direto na Seção Esquirol: uma enviada pela Delegacia de Polícia da Câmara de Leopoldina, e duas vindas do Espírito Santo, uma remetida pelo governo e outra pela Secretaria de Polícia daquele estado.

Gráfico 6 - Procedência das pacientes tuberculosas do HNA (entradas entre 1890-1918) (%)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Esses dados indicam a importância das delegacias distritais na intermediação dos sujeitos que eram levados para a perícia no Serviço Médico-Legal da Secretaria de Polícia. Deste modo, é possível que parte dessas doentes tivessem passado antes por delegacias distritais e/ou encaminhada por agentes daquelas unidades policiais à Repartição Central da Polícia do Distrito Federal. Este é o caso de Felícia, uma jovem de 23 anos, preta, solteira e doméstica. Sua guia policial foi enviada à Secretaria da Polícia, em janeiro de 1904, pelo delegado da 10ª circunscrição urbana da capital, “por sofrer de imbecilidade”.<sup>140</sup> Provavelmente, Felícia foi levada por algum familiar ou conhecido ao delegado local, pois tinha endereço e referência de pai e mãe. No PO, constatados os ataques epiléticos, foi destinada à Seção Esquirol e de lá, para o pavilhão das epiléticas. Pelo exemplo de Dina – uma brasileira, de 26 anos, parda, solteira, doméstica, com registro de filiação e endereço – vimos que o sobrinho apresentou a tia, por

<sup>139</sup> Nas fichas do 3º grupo (1908-1918), a denominação “distrito policial” passou a ser utilizada no lugar de “circunscrição urbana”. Muito provavelmente, em vista da reorganização administrativa da Polícia do Distrito Federal. Essas informações podem ser encontradas no *Almanak Gazeta de Notícias* (1901:487; 1903: 75; 1908:198).

<sup>140</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC23,45.

sofrer de “mania religiosa”, à Secretaria de Polícia. Em 09 de maio de 1906, ela deu entrada no PO e, após 15 dias e com o diagnóstico de histeria, foi transferida para Seção Morel. Os custos de sua internação ficaram a cargo do Distrito Federal. Possivelmente, Dina foi mais uma beneficiada pelos arranjos político-sociais da época.<sup>141</sup>

Outro exemplo claro da atuação da família junto aos órgãos policiais e de assistência é o caso de Glória, que teve duas entradas no HNA. Na primeira, aos 30 anos, foi internada no PO em 14 de outubro de 1911, vinda do Depósito de Presos. De origem portuguesa, Glória era branca, solteira, doméstica, de estatura mediana e compleição regular. No registro do Serviço Médico-Legal, seus familiares informaram que ela era “atacada frequentemente de exaltações nervosas”<sup>142</sup>, tinha crises havia pelo menos 4 anos, quando se tornara irascível, violenta, chegando mesmo, na ocasião dos acessos, a bater e tentar matar as pessoas que lhe ficavam próximas. Tinha a fisionomia meio agitada, mas respondia ao que lhe perguntava. Depois de duas semanas de observação, a paciente foi enviada para a Seção Esquirol. Glória, Felícia e Dina são três exemplos de intermediação da polícia no processo de internação, com o acompanhamento da família. Porém, Glória chegou a ser detida de fato por sua conduta agitada e violenta, vista como um risco para as pessoas próximas.

Outro aspecto importante observado nas trajetórias de várias pacientes é a expressiva frequência de transferências de estabelecimentos de assistência à saúde para o hospício. Nas entradas do 1º grupo (1890-1902) a participação desse tipo de instituição foi pouco significativa, com apenas três casos – Casa de Saúde de Nossa Senhora da Glória/RJ, caso de transferência de uma pensionista; Hospital São João Batista de Niterói<sup>143</sup> e Asilo São Francisco de Assis<sup>144</sup>, de onde foram transferidas duas indigentes. Porém, no 2º grupo (1903-1907) percebe-se que houve um número expressivo de transferências de outras instituições hospitalares a partir de 1905, exatamente quando a 4a. Seção de isolamento das moléstias infectocontagiosas foi inaugurada. Os números demonstram que das setenta e sete mulheres, 27% (21) eram provenientes de diversas instituições de assistência à saúde, das quais 23% (18 indigentes) passaram pela Santa Casa de Misericórdia. Constatamos também um caso

---

<sup>141</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC33,29.

<sup>142</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 52,29.

<sup>143</sup> Anexo ao Hospital São João Batista de Niterói, foi inaugurado o Hospício de Alienados, em 08 de dezembro de 1878, com cerca de 40 leitos, a fim de “receber e tratar os loucos indigentes da província que não pudessem ser recolhidos ao Hospício de Pedro Segundo.” (CLAPER & SANGLARD, 2018:2)

<sup>144</sup> O Asilo de Mendicidade foi inaugurado por D. Pedro II, em 10 de julho de 1879. Desde o início, sofria superlotação, falta de funcionários e verba, em condições inadequadas. Em 1895, com novo regulamento, passou a se chamar Asilo São Francisco de Assis. A admissão de internos foi limitada a indigentes maiores de idade, de ambos os sexos, com a aprovação do diretor do Asilo e do diretor de Higiene e Assistência Pública. (SOUZA & AMORA, 2014:667-669)

proveniente da Casa de Saúde Dr. Eiras.<sup>145</sup> De 1905 a 1907, apenas duas doentes chegaram antes da abertura da 4ª. Seção, uma pensionista do Hospital São Sebastião e uma indigente do Hospício Nossa Senhora da Saudade.

Essa tendência pode ser verificada também para as pacientes do 3º grupo (1908-1918), porém com uma porcentagem menor. Do total de 176 alienadas tuberculosas, 22% (39) passaram por outras instituições de assistência; dentre as quais, 19% (33) foram encaminhadas pela Santa Casa da Misericórdia. O restante ficou distribuído entre cinco instituições, a saber: Hospital Deodoro<sup>146</sup> (1), Inst. Benjamim Constant<sup>147</sup> (1), Hosp. N. S. da Saúde<sup>148</sup> (1), Casa de Saúde Dr. Eiras (1), Asilo/Escola de Menores Abandonados<sup>149</sup> (2), Assistência Pública<sup>150</sup> (1).

Cabe lembrar que, a partir de 1914, a cidade do Rio passou a contar com uma unidade de atendimento às mulheres tuberculosas, em Cascadura, como vimos no capítulo 2. Tal fato ajuda a explicar a ligeira queda na porcentagem dessas pacientes enviadas pela Santa Casa da Misericórdia ao HNA. Ainda assim, é notório que a Santa Casa continuou enviando muitas enfermas para o hospício.

As fontes clínicas indicam que seguir para o hospício da Praia da Saudade era para as doentes, no momento em que apresentavam grande debilidade orgânica e psíquica, a melhor chance de conseguir um leito hospitalar. Na movimentação das tísicas, a nota “transferida para o Hospital por ser tuberculosa” chama a atenção em vários protocolos, indicando que o reconhecimento da infecção ocorreu durante o exame clínico do PO. No 2º grupo (1903-1907), 18% (de 77 sujeitos) deram entrada já tuberculosas, contra 8,5% (de 176 sujeitos) do 3º grupo (1908-1918) e 3,7% (de 27 sujeitos) do 1º grupo (1890-1902). Também, notamos que as doentes diagnosticadas como tuberculosas eram transferidas sem delongas para o HNA.

---

<sup>145</sup> Voltada para o tratamento mental, a Casa de Saúde Dr. Eiras era um estabelecimento particular, administrado pelo Dr. Carlos Fernandes Eiras (1889-1920), que herdou de seu pai o Dr. Manoel Joaquim Fernandes Eiras. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano08/wal0308.php> Acesso em: 22 abril de 2020. Em 1905, se juntou à Assistência a Alienados, bem como a Casa de Saúde Doutor Leal e o S. Sebastião (BRASIL, MJNI, 1905, Anexo D) (FACCHINETTI *et al* (2010: 735).

<sup>146</sup> O Hospital Deodoro foi instalado na Glória, em 22 out. de 1918, no Edifício da Escola Deodoro, com 4 enfermarias, a fim de abrigar as vítimas da epidemia de gripe (CORREIO DA MANHÃ, 23/10/1918).

<sup>147</sup> Instituição inaugurada em 1854, no bairro da Gamboa, no Rio de Janeiro, como Imperial Instituto dos Meninos Cegos. Com o advento da República, a escola passou a se chamar Instituto dos Meninos Cegos e, pouco tempo depois, Instituto Nacional dos Cegos. Disponível em: <http://www.ibr.gov.br/a-criacao-do-ibr> Acesso em: 22 abril de 2020.

<sup>148</sup> Na Gamboa, Hospital de Nossa Senhora da Saúde foi inaugurado, em 1853, para acolher vítimas da febre amarela e da cólera (GANDELMAN, 2001:629).

<sup>149</sup> O Asilo dos Meninos Desvalidos foi inaugurado em março de 1875, a fim de abrigar menores de doze anos. A lei n. 26, de 30 de dezembro de 1891, transferiu o Asilo dos Meninos Desvalidos para a administração do Distrito Federal, medida que foi ratificada posteriormente pela lei n. 85, de 20 de setembro de 1892. (PESSOA, 2016)

<sup>150</sup> No período, havia vários postos de Assistência Pública, vinculados à Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública, espalhados por várias freguesias da capital, que atuavam no socorro público. (JORNAL DO BRASIL, 1914: 312)

Nessa perspectiva, são ilustrativas as trajetórias de sete enfermas<sup>151</sup>, que trazem Maria no nome, encaminhadas pelo Serviço Médico-Legal para o PO, em grande estado de prostração. Mas, antes, elas passaram pelo hospital da Santa Casa da Misericórdia, onde foram rejeitadas. Além das pacientes apresentarem “incoerência de ideias”, “perturbação mental” ou algo semelhante, não foram indicados outros motivos para a rejeição da Misericórdia. Porém, nas avaliações das pacientes há indícios de manifestação de estado febril e/ou delirante e, em alguns casos, a identificação da tuberculose. Assim, entre outras possibilidades, as rejeições podem ter ocorrido pelo estado mental da paciente, pela condição visível de tuberculosa e/ou devido à falta de leito de isolamento na Santa Casa.

As sete Marias eram brasileiras, sendo quatro pretas, duas pardas e uma branca. A maioria tinha menos de 30 anos (com idade entre 17 e 29 anos) e era solteira, à exceção de Maria Cristina, uma viúva de 41 anos. Todas foram registradas como domésticas. Não há registro de filiação e endereço em três casos, como pode ser visto no anexo 9. Elas foram logo encaminhadas para os demais pavilhões do HNA, por serem identificadas como tuberculosas. Duas saíram do PO direto para a 4ª. Seção feminina das moléstias infectocontagiosas e as outras foram internadas na Seção Esquirol, sendo transferidas para a 4ª. Seção em poucos dias. Exceto uma doente que faleceu após três dias na Seção Esquirol. As circunstâncias da internação indicam que todas estavam no chamado estágio da “tuberculose aberta”, pois muito rapidamente foram transferidas para o isolamento. Porém, a suspeita da infecção pelo bacilo de Koch só foi apontada em um dos sete encaminhamentos policiais. As “rejeitadas da Misericórdia” ilustram um movimento que é visível no banco de dados: as pacientes identificadas como tuberculosas não eram retidas no PO e, de modo geral, seguiam para a Seção Esquirol, onde possivelmente aguardavam vagar um leito nos pavilhões femininos de moléstias contagiosas. Em alguns casos excepcionais, como ocorreu com duas Marias, a paciente ia direto do PO para o serviço de isolamento das tuberculosas.

É ilustrativa a trajetória de Maria Alcina<sup>152</sup>, que foi ceifada pela morte antes que pudesse passar pelo tratamento *outdoor*. Após ser rejeitada pela Santa Casa, ela passou pela perícia do Serviço Médico-Legal, em 19 de abril de 1907, apresentando “incoerência das ideias” e “delírio de perseguição”. No dia seguinte, Maria Alcina entrou no PO, onde passou por exame físico e mental, sendo registrados ali seus dados identitários – brasileira, parda, solteira, com 25 anos,

---

<sup>151</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês (com as respectivas datas de entrada no PO): 1. M<sup>a</sup> Cristina, DC 26,10 (05/09/1905); 2. M<sup>a</sup> Lina, DC 33,06 (18/08/1906); 3. M<sup>a</sup> Alcina, DC 34,09 (19/04/1907); 4. M<sup>a</sup> Conceição, DC 34,12 (19/04/1907); 5. M<sup>a</sup> Neves, DC 37,83 (16/12/1907); 6. M<sup>a</sup> Orge, DC 40,10 (11/12/1908); 7. M<sup>a</sup> Carmela, DC 41,66 (18/08/1908).

<sup>152</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 34,09.

com registro de mãe e oriunda de Campo Grande – e o seu estado enfermiço: hábitos alcoólicos morigerados, estado de abatimento, ligeira exaltação dos reflexos rotulianos e diminuição dos plantares, dificuldade na marcha, distrofia acentuada, ideias de perseguição, frequência em sessões espíritas, baixo nível intelectual, e tuberculose pulmonar. Por seu quadro infectocontagioso, ela foi de imediato transferida para o hospício, onde faleceu dois dias depois de tuberculose pulmonar. O óbito foi assinado pelo Dr. Lúcio de Oliveira, o mesmo que apontara, anos antes, o isolamento das doenças infecciosas intercorrentes como uma das necessidades do hospício, como vimos no capítulo 1. Apesar do desagrado do médico, o caso de Maria Alcina demonstra que as doentes contagiosas continuavam sendo enviadas para a Seção Esquirol, mesmo em estágio avançado da tuberculose. Resta saber se ela não foi considerada apta para o tratamento da 4ª. Seção por causa do seu estado moribundo ou devido à indisponibilidade de leito no Pavilhão Jobim.

O caso de Maria Alcina indica também que a doente pode ter buscado outros caminhos alternativos para tentar recuperar a saúde, como a “frequência de sessões espíritas”. Caminho percorrido pela Paula<sup>153</sup>, antes de ser internada aos 13 anos. A jovem era preta, solteira, com registro de pai. A doente “tem procurado se tratar pelo espiritismo”, levada pela dona da casa onde estava, informa a guia policial. Ela foi internada na Seção Esquirol, em abril de 1917, por conta de seus ataques, com quedas e dor de cabeça, talvez de natureza epilética, como registrado no PO. Foi encaminhada para a Colônia de Mulheres no mês seguinte, mas voltou ao HNA para ser tratada no Pavilhão De Simoni, onde faleceu de tuberculose pulmonar, em abril de 1919.

Os exemplos de Maria Alcina e Paula nos alertam para outros trajetos de cura explorados pelas doentes, na esperança de recuperar a saúde. Essas rotas não institucionalizadas fazem parte da cultura popular brasileira, mas não há como aprofundarmos o tema neste estudo. Sabemos que, no início do século XX, as vias alternativas de tratamento da alienação não eram apreciadas pela ciência oficial, e eram inclusive tomadas, por alguns atores, como indicativas de perturbação mental. A historiografia tem já demonstrado as disputas em torno da legitimidade do tratamento da loucura, como pode ser acompanhado em Jabert (2008), Amaro (2010), Pereira Neto & Amaro (2012) e Carvalho (2015).

Pelas rotas institucionais, são vários exemplos de doentes que, antes de conseguir um leito no HNA, tentaram buscar socorro em outro estabelecimento de assistência à saúde. Mesmo nas clínicas particulares não era fácil encontrar as portas abertas para os visivelmente

---

<sup>153</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 77,31.

tuberculosos. Possivelmente não havia muita diferença entre os sexos, mesmo para aqueles que tinham recursos para pagar pela internação, como demonstra o ofício de Juliano Moreira ao Ministro da Justiça, em 15 de janeiro de 1910:

Levo ao vosso conhecimento que às 6 ½ horas da tarde de 13 do corrente veio ter a este estabelecimento o Dr. Idelfonso Brant de Bulhões Carvalho acompanhando o alienado Dr. Gastão Junqueira em estado de grande agitação. Alegou aquele Dr. que tendo ido à casa de saúde do Dr. Eiras para internar o referido paciente isto lhe foi recusado por ser este também tuberculoso.

Estando o Dr. Bulhões Carvalho munido dos respectivos atestados médicos, tendo em vista a segurança pública e a do mesmo paciente, por princípio de humanidade resolvi recolhê-lo ao pavilhão de tuberculosos deste manicômio.<sup>154</sup>

Após o amparo imediato dado ao Dr. Gastão, Juliano Moreira pediu a intermediação do ministro da justiça para que o doente fosse removido para o estabelecimento de alienados do Estado do Rio<sup>155</sup>, onde já havia sido internado uma vez. A ocorrência desse episódio e vários outros reforça nossa percepção de que a reforma implementada pela direção do HNA, particularmente no atendimento aos fimatossos, acabou gerando um efeito adverso: de atrair mais enfermos infecciosos em busca de assistência, como temos evidenciado desde o capítulo anterior.

Mas, em que momento do percurso institucional das doentes no HNA a tuberculose era identificada? A internação do Dr. Gastão parece ser um caso singular em que o paciente já entrou no HNA com o diagnóstico de tuberculose e foi direto para o pavilhão de fimatossos, com a autorização de Juliano Moreira. No percurso usual, a moléstia podia ser identificada durante o exame pericial do Serviço Médico-Legal, mas esse registro foi observado esporadicamente, nos dossiês. Tal fato reafirma a queixa de médicos da Assistência de que a perícia se restringia a uma avaliação superficial dos suspeitos de alienação.

No âmbito da Assistência a Alienados, a moléstia podia ser diagnosticada durante o período de observação no PO. Como trata Mathias (2017), o observado passava por exames laboratoriais, entrevistas psiquiátricas e testes psicológicos, como parte das aulas práticas da Faculdade de Medicina. O que resultava “tanto na elaboração dos registros médicos, como do diagnóstico e do controle estatístico da instituição” (2017: 36). Assim, se discernia os doentes que deveriam ser internados no hospício e, ao mesmo tempo, precavia-se contra uma possível moléstia infectocontagiosa.

---

<sup>154</sup> Fundo BD, Série Saúde IS<sup>327</sup>, Arquivo Nacional, ofício nº 38, de 15 de janeiro de 1910.

<sup>155</sup> O Asilo de Alienados de Vargem Alegre foi criado, em 03/12/1905, para homens e mulheres procedentes dos municípios do estado do Rio de Janeiro (CLAPER e SANGALRD, 2018: 9).

A história de Mena demonstra, contudo, que os médicos do PO enfrentavam resistências ao exame e deixavam de fazer a devida avaliação. Ela tinha 18 anos quando foi atendida no Serviço Médico-Legal, em 29 de maio de 1909. Trava-se de uma jovem preta, brasileira, solteira, doméstica, com registro de pai e mãe. Mena apresentava-se calma e indiferente, porém não permitiu que o Dr. Dantas fizesse o exame somático. Devido ao seu mutismo, não foi possível qualquer “esclarecimento sobre seus antecedentes pessoais, familiares nem atuais.”<sup>156</sup> No mesmo dia, ela foi para o PO, onde passou por observação durante duas semanas. Em sua guia para o HNA, o Dr. Henrique Roxo anotou alguns poucos aspectos, como: apresentação calma, estigmas físicos de degeneração, estatura baixa, compleição boa, dentes regulares, cicatrizes no couro cabeludo, estado de depressão, fraqueza de memória, negativismo. A jovem ficou internada na Seção Esquirol e, após cinco meses ou um pouco mais, passou pelo serviço de cirurgia do HNA para dar à luz, mas sua gravidez não foi mencionada nas guias de internação. Cabe ressaltar que ela foi transferida para o Pavilhão De Simoni, em 18 de julho de 1911, onde faleceu 4 dias depois, de tuberculose pulmonar. Óbito assinado pelo Dr. Rocha Vaz. Portanto, não há como saber se ela deu entrada já tuberculosa pois não se permitia examinar, e é possível que, durante o período de observação, os médicos não suspeitaram da presença do bacilo de Koch. Ou ela pode ter sido uma vítima da “tuberculose institucional” e, quem sabe, tenha falecido de uma infecção aguda. Neste caso, o isolamento no Pavilhão De Simoni não lhe permitiu anos de vida a mais.

A paciente podia apresentar sintomas que levassem à suspeita da infecção pelo bacilo de Koch, ao longo da internação nas seções do HNA e mesmo na Colônia de Alienadas. Diante da suspeita, se fazia a prova de laboratório. Sendo considerada um foco de contágio, seu médico pedia a transferência para um dos pavilhões da 4ª. Seção. Por último, em caso de morte, o cadáver da paciente podia passar por autópsia, para a averiguação da *causa mortis*.<sup>157</sup> Esse procedimento – usual no caso das indigentes, como constatamos pelos livros de observação –, segundo Engel (2001:273), era previsto em lei.<sup>158</sup>

---

<sup>156</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC44,56.

<sup>157</sup> Nos dossiês, nem sempre é possível distinguir em que momento a paciente foi identificada com tuberculose, pois em muitos documentos a informação só parece no registro de *causa mortis*, mas isso não significa que somente após a morte houve a identificação da infecção. Pelos dois livros de observações que tivemos acesso, a autópsia e os exames laboratoriais eram um procedimento usual no HNA, anexada às observações da paciente, mas esses documentos não aparecem nos dossiês consultados no Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS.

<sup>158</sup> Segundo Engel (2011), o código da Assistência estabelecia que os cadáveres dos indigentes deveriam ser autopsiados pelos médicos externos do HNA, e dos pensionistas, apenas com consentimento das famílias. (Arts. 19 e 75, decreto no 508, de 21/06/1890; e Art. 176, decreto no 17.805, de 23/05/1927). (ENGEL, 2001: 273)

Vejamos a trajetória de Santela, jovem de 19 anos (“presumíveis”), brasileira, mestiça, casada, doméstica. A moça deu entrada no PO, em 05 de março de 1910 e, em seguida, foi enviada para a Seção Esquirol. Entre as folhas do livro de observações, há a foto de uma jovem, parda, com cabelos longos e enrolados, expressão confusa e assustada. Nos momentos derradeiros de sua vida, Santela passou por mais de um exame médico. De início, seu quadro foi assim descrito: excitação, movimentação desordenada, palidez e magreza extremas, reflexos rotulianos exaltados, estigmas degenerativos, estado típico das vias digestivas, caverna no ápice do pulmão esquerdo, hepatismo do resto do pulmão, tosse e expectoração, um aborto de três meses (ocorrido um mês antes), sitio-fobia, confusão de ideias, gonorreia, torpor intelectual acentuado, alucinações e ilusões, temperatura de 40°. Segundo a anotação médica: “não foi possível colher dados anamnésicos à vista dos estados físico e intelectual da doente.”<sup>159</sup> Quer dizer, ela não tinha condições de fornecer qualquer informação sobre si. No dia 9 de março, saiu o resultado do seu exame de escarro, feito no Laboratório Anatomopatológico: “positivo para o bacilo de Koch”. No dia seguinte, ela passou por outro exame e assim ficou registrado: estatura baixa, emagrecimento geral e anemia, temperatura oscilante, chegando a 38° na véspera de sua remoção, aparelhos circulatório e geniturinário normal, aparelho respiratório com “fenômenos de bronquite generalizada” e “presença de cavernas”, exame de escarro com a “presença do bacilo de Koch e filetes de sangue”, “diarreia sanguínea”. Em seu exame mental apresentava “estado de confusão”, pronunciando palavras sem nexos, alusões a um parto com aborto – “pondo-se a doente ao mesmo tempo em posição de quem vai parir”; “chegou agitada rasgando e tirando a roupa”. Também, rejeitava alimentos que lhe ofereciam, aceitando-os em seguida com alguma persuasão. Santela faleceu no Pavilhão Jobim, em 11 de março de 1910, de tuberculose pulmonar.<sup>160</sup>

No curto espaço de seis dias em que esteve no PO e no HNA, Santela passou por exames clínicos e testes laboratoriais, sendo avaliada dentro dos critérios médicos da época. Vemos que, durante o seu processo de diagnose e de tratamento, mesmo estando a paciente em estado crítico de sua afecção tuberculosa, os facultativos buscaram examiná-la, considerando seus diversos sistemas orgânicos – visual, nervoso, sensorial, respiratório, digestório, reprodutor, muscular, entre outros, como indicado no livro de observações. Ou seja, paralelo ao estudo da condição mental da paciente, os clínicos buscavam por outros indícios de desequilíbrio orgânico.

---

<sup>159</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, Livro Observações, Fls. 56 (1910).

<sup>160</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, Livro Observações (1910), Fls. 56.



As trajetórias de Santela, Maria Alcina e tantas outras Marias nos fazem pensar sobre o campo de possibilidades de vida e morte dessas mulheres, quando tuberculose e doença mental se encontravam. Assim, podemos ponderar sobre a afirmação de Muñoz, Facchinetti e Dias (2011) de que, no PO, os médicos eram muito diligentes para decidir sobre a internação de enfermas mulheres. O mesmo não ocorria com os casos masculinos, que chegavam ao PO em maior número e provenientes de diversos distritos policiais. Aderindo à percepção de Fabíola Rohden (2001: 132), os autores citados explicam essa maior incidência de internações femininas como decorrente do rompimento de códigos familiares por parte das mulheres e da pressão do poder patriarcal sobre elas. Assim, “a iniciativa tomada pelos familiares para a internação das mulheres estava diretamente ligada ao poder patriarcal e à submissão feminina.” (2011:87)

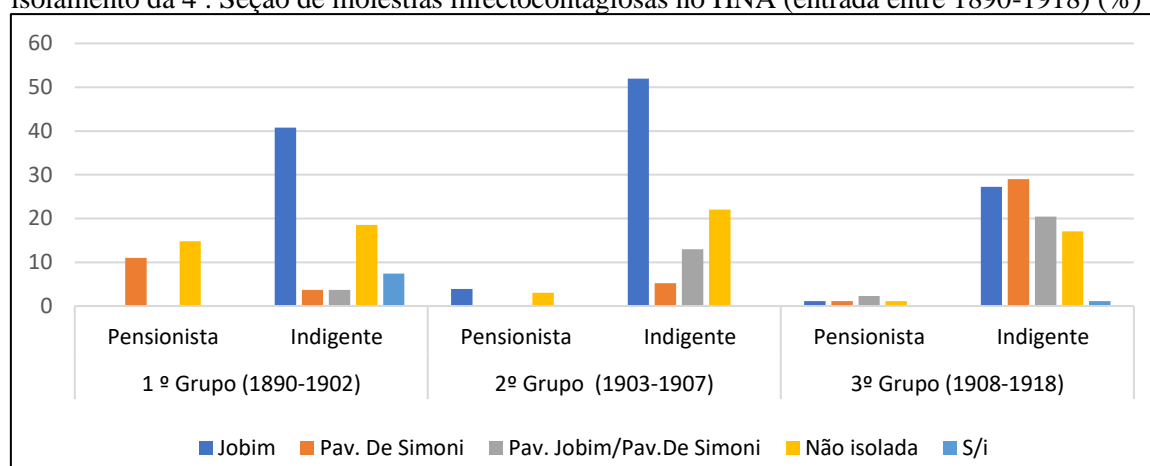
Contudo, como demonstram nossas fontes, o pronto internamento feminino também passava por outras explicações, pois grande parte das nossas enfermas chegaram ao hospício em lastimáveis condições de saúde mental e física. Além disso, muitas foram internadas contrariando os desígnios da direção que demandava que as doentes, em delírio infeccioso, fossem para um hospital ou uma instituição com vaga em enfermarias de isolamento para doenças infectocontagiosas. Para essas pacientes e tantas outras, o HNA representou um leito para passar os últimos dias de suas vidas, tal o estado de enfraquecimento que se encontravam, a ponto de sucumbirem em poucos dias. Algumas, visivelmente tuberculosas, não chegaram a ser transferidas para os pavilhões de isolamento, talvez por falta de vaga ou por não serem consideradas aptas para o tratamento *outdoor*. Outras passaram pela 4ª. Seção, mas não responderam à terapêutica utilizada. São histórias que ilustram o que Juliano Moreira designava como “indivíduos em estado pré-agônico”, cujo custoso percurso até o HNA pode ter lhes antecipado a morte.

Considerando todas as pacientes que passaram pelo isolamento na 4ª. Seção, verificamos as seguintes cotas: no 1º grupo (1890-1902) o índice chegou perto de 67%; no 2º grupo (1903-1907) a taxa foi de 73%; e, no 3º grupo (1908-1918) subiu para 74%. Ou seja, houve um aumento das pacientes isoladas ao longo do período, em função da abertura de novos leitos na 4ª. Seção e do aumento da população do HNA. As passagens dessas pacientes pelos pavilhões de isolamento estão representadas no gráfico 7.

Nos dois primeiros grupos, o Pavilhão Jobim recebeu a maior parte de pacientes indigentes, numa escala crescente de mais de 40%, chegando a cerca de 52%; no 3º grupo (1908-1918), caiu para 27%. Entre as pensionistas, os índices eram bem diferentes: as doentes

isoladas não chegaram a 4% no 2º grupo (1903-1907), e caíram para 1% no 3º grupo (1908-1918). A partir de 1908, com a abertura do Pavilhão De Simoni, houve mudanças na redistribuição das pacientes mas, ainda assim, o Pavilhão Jobim continuou recebendo pacientes tuberculosas. Em menor escala, algumas doentes chegaram a passar pelos dois pavilhões de isolamento. No 3º grupo (1908-1918), esse índice chegou a 20%, no caso das indigentes. São relevantes os números de pacientes indigentes que não chegaram a ser isoladas: de 18,5% do 1º grupo (1890-1902), chegando a 22% no 2º grupo (1903-1907) e, com abertura dos novos leitos, caiu para 17% no 3º grupo (1908-1918).

Gráfico 7 – Comparação entre pensionistas e indigentes tuberculosas que passaram pelo isolamento da 4ª. Seção de moléstias infectocontagiosas no HNA (entrada entre 1890-1918) (%)



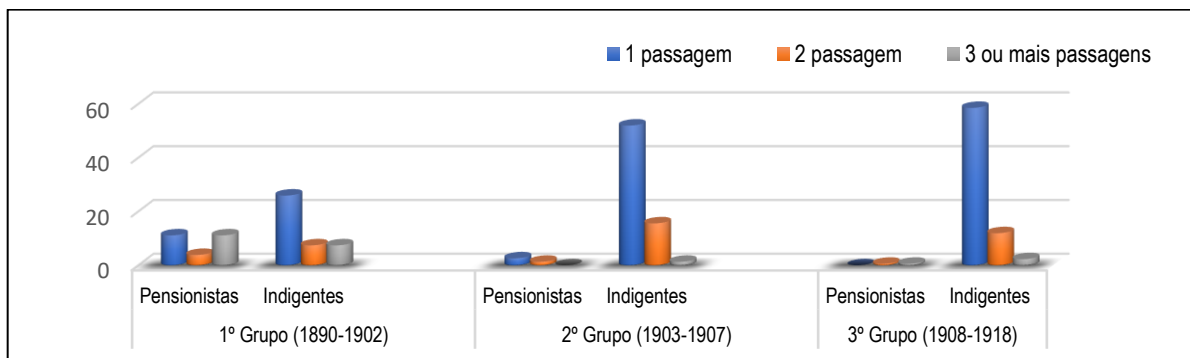
Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Em síntese, o isolamento das indigentes predominou nos pavilhões da 4ª Seção, com certeza, pelo fato de serem as mais afetadas pela tuberculose. A crescente movimentação para o pavilhão Jobim, do 1º grupo (1890-1902) para o 2º grupo (1903-1907), e o aumento no número de pacientes não isolados, indica tanto a procura de leitos quanto a insuficiência de vagas da 4ª. Seção para dar conta de todas as ocorrências de fimatose. A abertura de um novo pavilhão só para as tuberculosas melhorou a distribuição, mas não resolveu totalmente o problema da presença de tuberculosas na seção mais populosa do hospício, a Seção Esquirol.

Sendo o número de vagas da 4ª Seção limitado e diante do aumento da população do HNA, é plausível que as seções Esquirol e Morel também contassem com espaços de isolamento. Todavia, mesmo que tivéssemos evidências de que as seções femininas de indigentes e/ou de pensionistas tivessem alguma separação para as tuberculosas, possivelmente seria pouca a sua eficácia diante do número significativo de alienadas infectadas. Em suma, com o excesso populacional e o enfrentamento de surtos epidêmicos internos, a administração tinha maior dificuldade para isolar todos os possíveis casos contagiosos. Também podia haver menor disponibilidade de vagas porque inúmeras doentes permaneciam isoladas por longos

períodos e/ou passavam pela 4ª Seção em mais de uma ocasião, durante o curso da internação, por conta da tuberculose e/ou devido à outra intercorrência infecciosa (vide gráfico 8).

Gráfico 8 - Passagem das pacientes tuberculosas pelo isolamento da 4ª. Seção de moléstias infectocontagiosas no HNA (entradas entre 1890-1918) (%)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Algumas internas chegaram a passar pelo isolamento duas ou mais vezes. No 1º grupo (1890-1902) o índice de indigentes com mais de uma passagem chegou perto de 15% (4 entre 27 internas); no 2º grupo (1903-1907), aumentou para 17% (13 entre 77 internas); caindo para 14% (25 entre 176 internas) no 3º grupo (1908-1918). No conjunto das pensionistas, só no 1º grupo houve mais ocorrências (4 casos). Apesar de menos significativo em termos numéricos, esses dados são relevantes em razão de que amplia a nossa compreensão sobre os diferentes papéis da 4ª. Seção, como teremos oportunidade de discutir adiante.

A título de exemplo, retomemos a história de Jovina que presenciou as principais mudanças do HNA, na primeira década do século XX. Pelas datas de sua movimentação como paciente, concluímos que sua tuberculose se tornou crônica. Em 1899, ela deu entrada na Seção Esquirol e por lá permaneceu por alguns anos. Com a reforma do manicômio, Jovina pôde ver a sua seção apresentar melhor aspecto higiênico, mas logo voltou a conviver com cada vez mais companheiras de infortúnio. Em 30 de julho de 1906, ela foi transferida para o Pavilhão Jobim, onde ficou por vários meses, presumivelmente na ala das tísicas, sob os cuidados do Dr. Miguel Pereira, o primeiro chefe da 4a. Seção, como vimos no capítulo 2. Teria sido transferida por conta da tuberculose e/ou por outra doença intercorrente? Não há uma resposta precisa para essa pergunta. Pelos meses que ficou no isolamento, é bem provável que ela tenha lutado contra a evolução de sua infecção tuberculosa, o que não exclui a possibilidade de ter tido outra intercorrência, como enterocolite ou disenteria. Apesar do quadro infeccioso, Jovina resistiu.

O cuidado recebido no isolamento lhe permitiu retornar à Seção Esquirol em 13 de abril de 1907. Contudo, o espaço na seção estava ainda mais exíguo. No final do ano corrente, a Seção Esquirol alcançou a cifra de 382 pacientes, numa estrutura com capacidade para 250

internas. As constantes entradas de novas doentes infectocontagiosas preocupavam a direção, não sendo possível “por maior que seja a vigilância, impedir a transmissão de tais moléstias a outros internados” (LYRA, 1908:127). Sem o aumento do quadro de funcionários e médicos, a alta carga de trabalho de enfermeiros e alienistas não lhes permitia dispensar a devida atenção a cada interno (LYRA 1908:127).

Jovina teve outra recaída e foi novamente enviada ao Pavilhão Jobim, em 04 de junho de 1909, e dali para o Pavilhão De Simoni, quase um mês depois. Nesse período, a paciente ficou sob os cuidados diários de enfermeiras e guardas, sendo acompanhada pelo Dr. Rocha Vaz<sup>161</sup>, cuja experiência junto às alienadas tísicas, constatada em vários dossiês de pacientes,<sup>162</sup> contribuiria para que fizesse da tuberculose um dos seus temas de reflexão científica, como veremos no próximo capítulo. Nas mãos do Dr. Vaz, Jovina esteve em tratamento até ser considerada apta para voltar à sua seção de origem, o que ocorreu em 05 de dezembro de 1909. No Pavilhão De Simoni, ela seria isolada mais uma vez, em 10 de agosto de 1910. A partir daí, não consta mais a sua movimentação, apenas o registro de sua morte, por tuberculose pulmonar, em 14 de setembro de 1911. Óbito assinado por Juliano Moreira.<sup>163</sup> Entre idas e vindas, dentro do hospício, ela viveu 12 anos e 7 meses.

A história de Jovina nos fornece vários elementos para reflexão: primeiramente, sobre sua possível condição de agente disseminador do bacilo de Koch, na medida em que ela esteve inserida na maior seção feminina do HNA, nos momentos de maior concentração populacional e deterioração sanitária. Segundo, houve o ensejo médico de tratá-la, submetendo-a à terapêutica *outdoor* por mais de uma vez, o que contribuiu para que ganhasse mais alguns anos de existência dentro da instituição. Neste sentido, a 4ª Seção se constituía em um lugar de cuidado, principalmente porque a seção, que tratava quadros infecciosos, continha um número bem menor de leitos. De qualquer modo, pouco adiantaria não fosse a vontade e a capacidade da paciente de lutar pela vida. A história de Jovina também evidencia o quanto a realidade do hospício era contraditória, pois, ao voltar para sua seção de origem, ela tornava a ficar exposta

---

<sup>161</sup> Formado, pela FMRJ, em 1903, Rocha Vaz (1881-1964) atuou incisivamente no campo médico e educacional. Em 1907, tornou-se médico interino da 4ª. seção, em substituição ao Dr. Ulisses Vianna Filho (LYRA, 1908:130), e participou da fundação da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (CERQUEIRA, 2014: 48). Em 1911, em virtude da reforma da Assistência a Alienados, tomou posse como alienista e, no mesmo ano, assumiu o cargo de professor de Clínica Médica da FMRJ. Participou de congressos médicos internacionais e se dedicou a vários temas de estudo, sendo a tuberculose um deles.

<sup>162</sup> De um total de 280 dossiês consultados de pacientes tuberculosas dos três grupos (1890-1918), foram encontrados 74 assinados pelo Dr. Rocha Vaz. Fonte: Dossiês de internação/Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS.

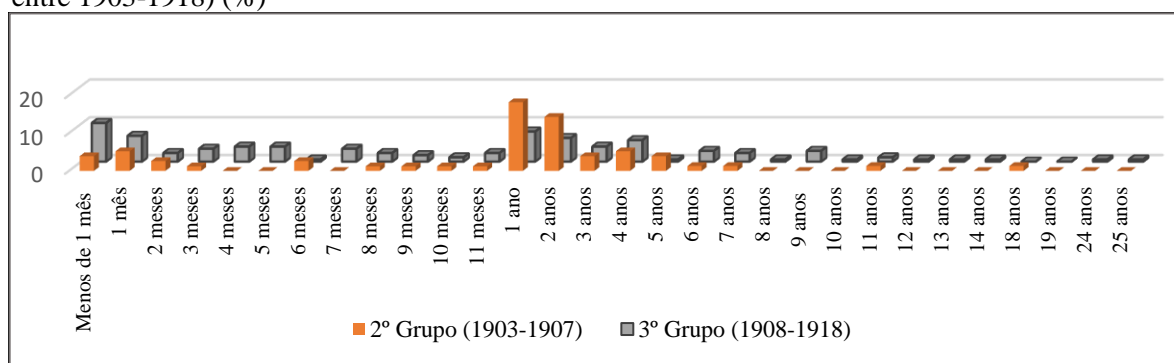
<sup>163</sup> De modo geral, como diretor do HNA, Moreira assinava todas os protocolos de pacientes – entre óbitos, licença, altas e transferências –, indicando que acompanhava toda a movimentação dos pacientes.

às condições que a levaram ao seu debilitamento e à possibilidade de disseminar o bacilo de Koch.

Considerando o tempo de permanência<sup>164</sup> no hospício das pacientes que foram a óbito, certos dados reforçam aspectos abordados no capítulo anterior. Do 1º grupo (1890-1902), só temos informações das pacientes tuberculosas que seguiram internadas após 1903, mas deram entrada anteriormente, entre 1890-1902. Desse conjunto, não contemplamos as pacientes que ficaram por curto espaço de tempo no HNA. Assim, o tempo mínimo de permanência encontrado foi de 2 anos e o máximo de 25 anos.

Quanto ao 2º grupo (1903-1907) e 3º grupo (1908-1918), algumas comparações são possíveis, como podem ser vistas no gráfico 9. Chama atenção a maior porcentagem das pacientes que chegaram a permanecer mais de um ano ou dois. Comparando os dois grupos, identificamos que houve um aumento na incidência de pacientes que foram a óbito logo nos primeiros meses de internação do 2º (1903-1907) para o 3º grupo (1908-1918).<sup>165</sup> E essa tendência se manteve ao longo dos primeiros onze meses, com exceções. Quer dizer, para uma parcela dessas mulheres, o hospício significou um leito para morrer, o que se torna um indício de que a criação do Pavilhão De Simoni contribuiu para atrair maior número de doentes em estágio de tuberculose avançada, como conjecturamos no capítulo anterior. Entretanto, este fato não exclui possíveis casos de contágio interno e óbitos por infecção aguda.

Gráfico 9 - Período de permanência das pacientes tuberculosas no HNA antes de irem a óbito (entradas entre 1903-1918) (%)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Ao mesmo tempo, o gráfico mostra a incidência de pacientes que chegaram a ficar longos períodos no manicômio, antes de falecer. Contudo, com o passar do tempo, a resistência

<sup>164</sup> Na soma dos dados foram excluídas as pacientes com várias entradas – 21% (16 casos) no 2º grupo (1903-1907); 18% (31 casos) do 3º grupo (1908-1918); pacientes sem informação da data de entrada ou de saída, 7% (2 casos) e 2% (4 casos) respectivamente.

<sup>165</sup> As que morreram antes de completar um ano chegam a 42% no 3º grupo (1908-1918), exatamente o dobro do 2º grupo (1903-1907).

das internas ia diminuindo. Entre essas doentes, cabe citar o caso da pequena Lia que foi internada aos seis anos, em 1893, com diagnóstico de idiotia. Apesar do seu relativo comprometimento físico e mental, como ficou registrado em foto, e dos graves surtos epidêmicos dentro do hospício (disenteria, cólera, varíola, gripe, tracoma, além de endemias de disenteria e enterocolite), durante o período em que esteve interna, ela só veio a falecer com 31 anos, de tuberculose pulmonar.

Longos períodos no hospício estavam atrelados, por vezes, a muitas entradas da paciente<sup>166</sup> (entre altas e/ou licenças e retornos) e/ou ao trânsito por vários setores da Assistência aos Alienados. Neste sentido, a história de Glória<sup>167</sup> é ilustrativa: depois da primeira estadia na Praia da Saudade, ela ganhou seis meses de licença, em 12 de dezembro de 1911, a pedido da mãe, com parecer favorável do Dr. Sampaio Côrrea e Juliano Moreira. Sua sina seria voltar para a Seção Esquirol, em 14 de agosto de 1914. A primeira passagem lhe garantiu a 2ª. entrada sem delongas. Após 4 meses, por ser tuberculosa, Glória, a pedido do Dr. Sampaio Côrrea, foi transferida para o Pavilhão Jobim, onde ficou até o início de março de 1915, quando retornou à sua seção de origem. Em 03 de julho de 1915, ela foi para o isolamento do Pavilhão De Simoni, onde ficou sob os cuidados do Dr. Almeida. Em poucos dias, devido à sua agitação, o médico pediu o seu retorno para a Seção Esquirol. Pouco tempo depois, Dr. Côrrea pediu sua remoção para a Colônia de Mulheres em fevereiro de 1916. Depois de um período na Colônia, a pedido do Dr. Olinto, ela foi enviada para o Pavilhão De Simoni, em julho de 1919. Às vésperas do Natal de 1920, ela voltou para a Seção Esquirol e, com três meses, retornou ao Pavilhão De Simoni. Em janeiro de 1922, foi a vez do Dr. Esposel pedir a sua transferência para a Seção Esquirol, “por ser incompatível com o tratamento aqui”, acrescentando “não tem tido febre, nem escarro”. Em abril de 1923, Glória foi transferida, pelo Dr. Lucio, para o Pavilhão Jobim, e uma semana depois para o Pavilhão De Simoni, em 16 de abril de 1923. E, de novo, voltou para a Seção Esquirol “por apresentar melhoras evidentes do estado pulmonar e por falta de meios de contenção.”<sup>168</sup> Ainda foi transferida uma última vez, em 16 de maio de 1924, para o Pavilhão De Simoni, onde faleceu com pouco mais de um mês.

Em síntese, a trajetória de Glória dentro da Assistência foi marcada por dois fatores: a condição de paciente agitada (por vezes violenta e/ou suicida) e de tuberculosa. Sua dificuldade de se adaptar às possibilidades de existência institucional fez com que fosse transferida de um

---

<sup>166</sup> Foram encontrados casos de várias entradas no 2º grupo (1903-1907), com 21% (16 casos); e 18% (31 casos) no 3º grupo (1908-1918). Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS.

<sup>167</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 52,29.

<sup>168</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 52,29.

setor para outro, inclusive antecipando sua saída da 4ª. Seção, sem completar o tratamento. Glória é também um exemplo de como era difícil para os médicos manter as pacientes tuberculosas agitadas em tratamento *outdoor* e sem contenção ostensiva. Devemos destacar o sofrimento de Glória que, deixada pela família no HNA, parece não ter conseguido ressignificar sua existência e se sentir bem em lugar algum.

Bem diferente da história de Pierina, uma camponesa, branca, filha de imigrantes italianos, cuja história foi analisada por Wadi (2009, 2010). Julgada louca, por ter afogado sua filha pequena, foi internada em 1909, no Hospício São Pedro de Porto Alegre. Pierina relutou contra a sua internação, mas acabou se adaptando à vida no hospício, a ponto de não querer sair dele. Para Pierina, viver dentro da instituição seria melhor do que a levar uma vida de privações e sofrimentos na mendicância. Segundo Wadi, Pierina encontrou no hospício gaúcho um “lugar para si”, não por sua condição de louca, mas porque via ali um local onde podia trabalhar. “Pierina enxergou – paradoxalmente – possibilidades novas para sua vida, o que não torna tão simples dizer que ela foi simplesmente vencida, dobrada ou quebrada pelas práticas psiquiátricas.” (2010:347).

No seu longo percurso, Glória passou também pelo gabinete de oftalmologia duas vezes e pelo serviço cirúrgico seis vezes.<sup>169</sup> No trânsito dentro do HNA, esses trajetos eram usuais. A passagem pelo oftalmologista fazia parte da rotina manicomial (30% das enfermas passaram pelo serviço no 1º grupo (1890-1902); 77% no 2º grupo (1903-1907) e 59% no 3º grupo (1908-1918). É plausível que fosse um serviço para evitar epidemias internas (como de tracoma) e tratar infecções de olhos, nariz, garganta e ouvidos, como sugerem alguns relatórios administrativos (BANDEIRA, 1910: 120; SANTOS, 1915: 79; ARAUJO, 1919:57).

Os procedimentos cirúrgicos também eram frequentes entre as tísicas – 52% no 1º grupo (1890-1902); 34% no 2º grupo (1903-1907); e 47 % no 3º grupo (1908-1918). Contudo, as fichas das pacientes apenas trazem o carimbo do setor com o número de atendimento, sem detalhamento da intervenção. Deste modo, os dossiês permitem observar a frequência da passagem pelo serviço de cirurgia, mas sem informar o tipo de procedimento efetuado. Raras foram as referências neste sentido, como no caso de Mena, que passou pelo setor cirúrgico por quatro vezes, mas apenas o parto foi explicitado no seu histórico: ela passou pelas mãos do Dr. Álvaro Ramos, para dar “à luz a um feto a termos vivo, de cor parda, do sexo feminino, a 1 hora da manhã de 08 de novembro de 1909. Parto e delivramento naturais.”<sup>170</sup> Isto é, não houve

---

<sup>169</sup> No caso, os expedientes das pacientes recebiam um carimbo, com o número de atendimento, sem maiores detalhes.

<sup>170</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC44,56.

complicações no parto de Mena. No mesmo dia, ao Juiz da 7a. Pretoria, foi comunicado o nascimento da criança. Consta que a menina faleceu com quase um mês de nascida.<sup>171</sup>

Segundo consta no relatório de Bandeira (1910:120), no mesmo ano do parto de Mena, considerando o atendimento geral do serviço cirúrgico a cargo do Dr. Alvaro Ramos, foram feitos mais 7 partos, 128 operações, quase 10.000 curativos, perto de 150 punções raquidianas e mais de 100 injeções endovenosas, além da aplicação de 15 aparelhos. Muitos desses curativos foram em razão de violência e de acidentes internos (inclusive atendimentos a funcionários da instituição), mas moradores das imediações também buscavam socorro no hospício. Assim, muitas dessas passagens eram para exames mais agressivos, curativos e aplicação de recursos terapêuticos. De resto, o mesmo doente podia ser atendido em diversas ocasiões. No nosso banco de dados, uma única enferma teve cerca de 28 registros de serviço cirúrgico, nos seus quase 25 anos de interna – entre 1915 a 1940.<sup>172</sup>

Segundo Fachinetti, Ribeiro & Muñoz (2008), quanto maior o tempo no HNA maiores eram as probabilidades das pacientes femininas passarem por cirurgia e irem a óbito. Vide citação:

Outro dado retirado do universo estudado até o momento (cerca de três mil prontuários) indica que a maioria das mulheres morria durante a internação (65%), enquanto a maioria dos homens obtinha alta e deixava o hospital (56%). A morte dos pacientes, no mais das vezes, era decorrente de doenças que grassavam no HNA: disenteria, enterite, enterocolite, tuberculose, desnutrição etc. Como as mulheres ficavam mais tempo internadas (698 dias, em média) que os homens (497 dias, em média) e eram sujeitas a um número de cirurgias significativamente maior (36%) que os homens (29%), sua estada no Hospício significava risco de vida bem superior. Dos pacientes operados, 69% acabavam em óbito (a porcentagem é de 45% para os que não sofriam cirurgia) (FACHINETTI, RIBEIRO & MUÑOZ, 2008: 235-236).

Apesar do grande número de carimbos cirúrgicos encontrados nos protocolos de nossas pacientes, não achamos nenhum documento que nos informasse se eram feitas cirurgias para o tratamento da tuberculose. Sabemos que procedimentos invasivos em enfermos tuberculosos estavam sendo experimentados à época, como trataremos no próximo capítulo, mas não há como fazermos uma relação direta entre cirurgia e óbito, visto que seria preciso uma investigação mais profunda dos procedimentos utilizados para saber quantas foram a óbitos por complicações cirúrgicas. Os dossiês informam que alguns desses procedimentos podiam

---

<sup>171</sup> A mortalidade infantil era comum à época, principalmente nas freguesias mais pobres da cidade do Rio. Essa questão mobilizou reflexões da classe médica, como um dos problemas da infância, e redundou em ações filantrópicas, políticas específicas e controles censitários. Vide Sanglard e Gil (2014).

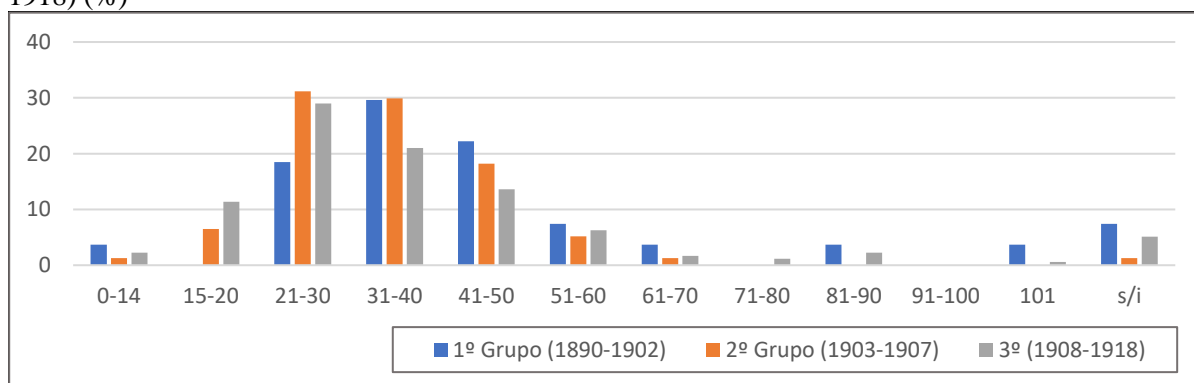
<sup>172</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 70,45.



decorrer mesmo da condição feminina, como o parto de Mena e a infecção puerperal de uma das Marias, rejeitada da Misericórdia e transferida para o hospício “por ser tuberculosa e carecer de cuidados cirúrgicos.”<sup>173</sup> Sem os livros de observações do setor de cirurgia, não há como ir muito além no entendimento dessa questão.

Observando o destino de nossas pacientes nos três grupos analisados, mais de 90% foram a óbito<sup>174</sup>, incluindo todas as pensionistas. No gráfico 10, podemos verificar a faixa etária dessas pacientes na data da saída (por óbito). Apesar de algumas variações entre os três grupos, a maior parte faleceu entre 21 a 40 anos. Na faixa de 41 a 50, o índice ainda se manteve expressivo, mas já em declínio e continuou declinando nas faixas seguintes. Vale salientar que, segundo Veras (1988:389), a expectativa de vida da população brasileira era muito baixa, não chegava a 35 anos. Ou seja, a relação idade/óbito das pacientes tuberculosas estava próxima da expectativa de vida da população geral.

Gráfico 10 - Faixa etária das pacientes tuberculosas que foram a óbito no HNA (entradas entre 1890-1918) (%)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Na verdade, tais dados se encaixam quase perfeitamente nas conclusões estatísticas do demografista sanitário Dr. Sampaio Vianna (1911) sobre a tuberculose na cidade do Rio de Janeiro, para o período de 1903 a 1909. Conclusões que estavam de acordo com o anuário demográfico de 1908, do Dr. Cassio de Resende. Por suas palavras:

1°. A mortalidade da tuberculose é muito mais elevada nos adultos e adolescentes do que nas crianças.

2°. Entre as crianças a sua maior frequência se observa no período de 1 a 2 anos e depois no de 0 a 1 ano. Destas idades ela decresce progressivamente até 13 anos.

3°. A partir de 15 anos começa novamente a aumentar até atingir o seu mais elevado coeficiente no período de 30 a 40 anos. Em seguida entra outra

<sup>173</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 40,10.

<sup>174</sup> Observamos nos dossiês frequentes registros de ofícios, comunicando o falecimento da paciente à polícia, e indicando alguma espécie de controle desses óbitos. Pela lei, eles deveriam ser notificados à DGSP mas, no período de Juliano Moreira, não encontramos notificações endereçadas a qualquer órgão de fiscalização sanitária.

vez em declínio até as idades avançadas da vida (80 a 100 anos) em que parece tomar novo incremento.

4°. É entre 5 e 15 anos que se observa a mais baixa mortalidade.

Considerando separadamente os dois sexos observa-se mais:

5°. Que entre os homens a mortalidade cresce até a idade de 50 anos a 60 anos, em que atinge o máximo, ao passo que entre as mulheres começa a decrescer a partir dos 30 anos. (RESENDE *apud* VIANNA, 1911:46)

De fato, à exceção do 1º grupo (1890-1902), na faixa etária de 31 a 40 anos houve leve queda de mortes femininas. O gráfico 10 demonstra que o declínio prosseguiu depois da faixa dos 40 anos. Isto é, dentro do hospício, os óbitos por tuberculose continuavam seguindo a mesma tendência da doença na população geral do Rio. No entanto, era possível que algumas enfermas prolongassem um pouco mais o tempo de vida por responderem à terapêutica *outdoor*. Ainda assim, a verdade é que as tísicas eram ceifadas pela morte na fase mais produtiva da vida.

As ocorrências antes dos 15 e a partir dos 60 anos são pontuais. De um lado, podemos citar o exemplo de Aninha<sup>175</sup> que, com cinco, foi internada no Pavilhão Bourneville, vinda do Hospital da Misericórdia, em abril de 1905, e logo enviada para o Pavilhão Jobim, onde faleceu 18 dias depois, devido à meningite tuberculosa. Do outro, o caso de vó Luiza, uma anciã de origem africana<sup>176</sup>, possivelmente ex-escrava, que foi internada aos cem anos, em junho de 1910, na Seção Esquirol, onde permaneceu um ano, falecendo depois no Pavilhão De Simoni, em julho de 1911, de tuberculose pulmonar.

Nos pavilhões de isolamento da tuberculose, a ocupação de leitos podia ocorrer por longos períodos, até a enferma voltar para a sua seção de origem, receber licença, alta<sup>177</sup> ou falecer. Por tudo isso, entendemos que a vida no hospício era parte da história trágica dessas mulheres, mas não podemos deixar de apontar os múltiplos papéis exercidos pelo HNA na cidade do Rio de Janeiro, entre os quais o de ser espaço de cuidado para mazelas femininas – muitas mulheres encontraram ali socorro num momento de profundo adoecimento. A grande contradição é que muitas já entravam tuberculosas e morriam com dias ou meses de internação; outras ali ganharam sobrevida, a exemplo de Jovina, ao serem tratadas e responderem à

---

<sup>175</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê 24,85.

<sup>176</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê 47,76. Nos dossiês das pacientes de origem africana, a África aparece como nação, sem detalhes regionais ou étnico-culturais.

<sup>177</sup> Encontramos apenas cinco registros de alta no 2º grupo (1903-1907) e três no 3º grupo (1908-1918). No 3º grupo, também identificamos sete licenças e uma transferência. Porém, é bem provável que esses números não traduzam a realidade, pois pacientes tuberculosas também podiam receber alta ou licença, não ficando a informação da tuberculose registrada no protocolo administrativo. Como mencionado, o histórico da paciente (incluindo os exames laboratoriais) era registrado em livros de observações. Sem os dados dessas fontes não há como ter uma ideia mais precisa sobre os casos de alta e de licença.

terapêutica utilizada. E, certamente, outras se contagiavam nas dependências da Assistência, possibilidade não negada pela própria direção do hospício.

### **3.2 O retrato social das tísicas da Praia da Saudade (1890-1918)**

Além da condição enfermiça e da origem humilde da maioria de nossas pacientes, observadas nas trajetórias institucionais, o que mais elas teriam em comum? Quais seriam as diferenças possíveis de demarcar entre elas? Para responder a tais questões, buscamos identificar, pontuar e agrupar as similaridades e as diferenças presentes nos protocolos institucionais. Assim, ao compormos o quadro geral das tísicas do HNA, verificamos que havia um certo padrão nos grupos analisados, com algumas variações. Em vista disso, seguiremos analisando os três grupos de pacientes conjuntamente, discernindo as diferenças quando necessário, observando os seguintes registros: nacionalidade, cor, idade, estado civil, profissão, filiação e residência. Quando possível, cotejaremos as diferenças entre os gêneros feminino e masculino.

Na comparação entre as mulheres assistidas como pensionistas e as assistidas como indigentes, havia menos casos de tuberculose entre as primeiras. Esta informação esclarece não só o quadro da moléstia no HNA como as condições sociais e sanitárias mais gerais da instituição. Na Seção Morel<sup>178</sup>, proporcionalmente, encontramos mais tuberculosas no 1º grupo (1890-1902), antes das mudanças introduzidas pela direção Juliano Moreira. A reforma do HNA fez cair a incidência da tuberculose entre as pensionistas, de um período para outro – de 33% no 1º grupo (1890-1902), passando para 8% no 2º (1903-1907), e 6% no 3º (1908-1918).

Desse modo, olhando para os números da tuberculose da Seção Morel entende-se as razões que levavam alguns atores a flexibilizar, ou mesmo distorcer, as regras legais de internação, para que seus entes familiares fossem assistidos em melhores condições. Nos anos anteriores à reforma do hospício, a falta de condições sanitárias e a promiscuidade entre as pacientes impactaram fatalmente o primeiro o grupo. A melhoria das condições sanitárias e de acomodação, após 1903, teve efeito positivo sobre a assistência prestada a essa parcela da população asilar. E, mesmo com o crescimento populacional nos anos seguintes à grande reforma, não aumentou a incidência da tuberculose entre as pensionistas.

---

<sup>178</sup> No 1º grupo (1890-1902), de 27 pacientes, 9 foram assistidas na Seção Morel e, dentre essas, 3 também passaram pela Seção Esquirol. No 2º grupo (1903-1907), foram apenas seis assistidas na Seção Morel, num conjunto de 77 pacientes. E, no 3º grupo (1908-1918), de 176 enfermas, 10 estiveram na Seção Morel, dessas 6 também chegaram a passar pela Seção Esquirol. Pacientes identificadas no Fundo do Hospital Nacional de Alienados/IMASNS.

A redução de pensionistas tuberculosas pode ser associada às melhores condições sociais dessas enfermas, fora e dentro do hospício, pois elas tinham boa assistência clínica e conforto hospitalar. Em outras palavras: a não aglomeração das pacientes, somada às boas condições de higiene, à alimentação apropriada, à atenção médica, entre outras variáveis, resultaram no declínio da tuberculose na Seção Morel. Como vimos no capítulo 1, essa equação matemática já era do conhecimento médico-psiquiátrico, no final do século XIX; entretanto, não era fácil aplicá-la a todos os doentes, diante do grande número de indigentes internados no hospício.

É notável que, dentre a minoria de pensionistas, várias eram mantidas pelo Distrito Federal – foram seis ocorrências no 1º grupo (1890-1902), três no 2º grupo (1903-1907), e nove no 3º grupo (1908-1918). E, no 2º grupo, encontramos uma pensionista mantida pelos cofres do estado do Rio de Janeiro.<sup>179</sup> Com efeito, só identificamos quatro pacientes pagantes (de 4ª classe) nos três conjuntos analisados. Ainda assim, segundo consta no regulamento, as pacientes de 4ª classe eram acomodadas em dormitórios especiais de 8 a 16 leitos.<sup>180</sup> Não há dúvida de que a população do hospício refletia a desigualdade socioeconômica da capital. Assim como os índices de tuberculose atingiam os socialmente mais vulneráveis, como tratamos nos capítulos anteriores. Mas, mesmo entre as indigentes, as condições sociais variavam bastante, da miséria absoluta a razoáveis condições de vida e nutrição. Glória, por exemplo, tinha imagem bem cuidada e saudável. Sua foto chama atenção em meio a tantos rostos marcados pela penúria.

Na categoria nacionalidade, as brasileiras predominavam no hospício. As estrangeiras compunham uma minoria: primeiro as portuguesas, seguidas das italianas, africanas, espanholas, e uma de origem árabe.<sup>181</sup> A composição racial das enfermas variou pouco nos três grupos, como pode ser visto no gráfico 11. Houve a predominância das enfermas não-brancas que apresentaram índices em torno de: 30% pretas e 33% pardas no 1º grupo (1890-1902); 32% pretas, 27% pardas, 1% de mestiças e 1% morenas no 2º grupo (1903-1907); 32% pretas,

---

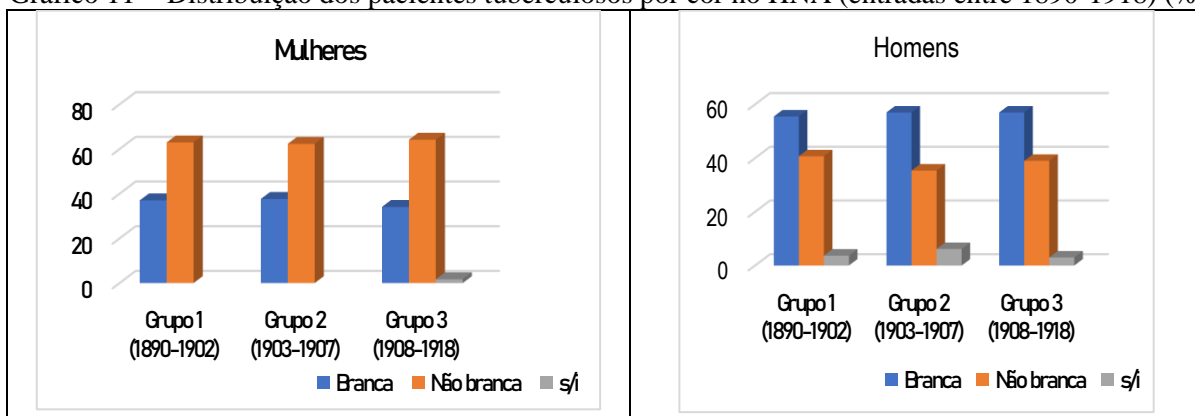
<sup>179</sup> O Decreto nº 5.125, de 1º de fevereiro de 1904, no cap. XI ficou estipulada a divisão dos enfermos pensionistas em quatro classes, a serem mantidos pelos Ministérios da Guerra, da Marinha e da Justiça e Negócios Interiores, pelos Estados e pelo Distrito Federal. Ao Distrito Federal cabia o tratamento dos enfermos indigentes que residiam na capital, e cuja internação fosse requisitada pela Prefeitura ou pela Polícia da Capital Federal. (BRASIL, 1/02/1904: cap. XI)

<sup>180</sup> As regras de acomodação dos enfermos pensionistas eram: 1ª classe, um quarto mobiliado e direito a ter um criado exclusivamente a seu serviço; 2ª classe, um quarto mobiliado com um só leito; 3ª classe, quartos com dois leitos; 4ª classe, dormitórios especiais de 8 a 16 leitos (BRASIL, 1/02/1904: cap. XI).

<sup>181</sup> Neste aspecto, a informação aparece sem maiores distinções de região ou agrupamento étnico-cultural. Assim, as origens quantificadas foram: 1º grupo (1890-1902), 24 brasileiras, 1 portuguesa e 1 italiana; 2º grupo (1903-1907), 70 brasileiras, 4 portuguesas, 1 espanhola, e 1 italiana; e, 3º grupo (1908-1918), 171 brasileiras, 4 portuguesas, 3 africanas, 3 italianas, 1 espanhola e 1 árabe. Em três ocorrências não havia a informação. Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

32% pardas e 1% de mestiça no 3º grupo (1908-1918). Os percentuais das pacientes brancas se mantiveram quase os mesmos nos dois primeiros grupos, em torno de 37%, e caiu para 34% no 3º grupo (1908-1918). Ou seja, o número de pacientes brancas caiu ligeiramente entre 1908-1918, sendo a diferença redistribuída igualmente entre pretas e pardas.

Gráfico 11 - Distribuição dos pacientes tuberculosos por cor no HNA (entradas entre 1890-1918) (%)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Um dado a acrescentar é a prevalência das brancas entre as mulheres assistidas como pensionistas da Seção Morel, a exceção de 3 pardas (duas mulheres do 1º grupo (1890-1902) e mais uma do 2º grupo (1903-1907)). Não temos nenhum registro de pensionista preta. Aspecto que reflete também a significativa correlação entre desigualdade social e cor, que se fazia presente na sociedade da época.

De modo diferente, a parcela da população branca masculina constituía mais da metade dos homens tuberculosos. Do primeiro para o terceiro grupo houve um ligeiro aumento, passando de 55.5% do 1º grupo (1890-1902) para 57% nos outros dois grupos. A cor da população não-branca masculina ficou em torno de: 11% preta, 18.5% parda e 11% morena no 1º grupo (1890-1902); 14% preta, 15% parda e 6% morena e 1.5% mestiça no 2º grupo (1903-1907); 20% preta, 19% parda e 1% mestiça no 3º grupo (1908-1918).<sup>182</sup>

O retrato racial da população tuberculosa do HNA se aproxima muito do traçado por Facchinetti, Ribeiro e Munõz (2008), em as *Insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939)*. Ao fazerem uma breve comparação de gênero dos pacientes do hospício, os autores indicam a prevalência de homens brancos, trabalhadores e pobres, em contraposição ao predomínio das mulheres pardas e negras. Ao mesmo tempo, afirmam a existência de referências pejorativas, no meio psiquiátrico, sobre a “pequena África” que compunha a

<sup>182</sup> As diferenças decorrem de uma pequena parcela de pacientes sem informação.

população do hospício. Para os autores, a predominância de pacientes brancos poderia ser explicada pela acentuada transferência de doentes pretos e pardos do HNA para as colônias. Hipótese não confirmada pelos estudos existentes nem por esta tese (2008: 235).

Diante disso, verificamos o montante de tuberculosas que passou pela Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro e se houve predileção dos médicos ou da direção do HNA na distribuição por cor das pacientes transferidas. Então, observamos 44 transferências até 1918.<sup>183</sup> Do ponto de vista racial, vemos a mesma proporção das pacientes brancas e pretas/pardas do hospício da Praia Vermelha – cerca de 1/3 de pacientes brancas e 2/3 não-brancas. Ou seja, a cor não representou um fator significativo nessa movimentação de pacientes tuberculosas entre as duas instituições. A predominância de pardas e negras entre as alienadas tuberculosas pode ser explicada seguindo-se a análise de Pereira (2016:14), comentada no capítulo 1, que afirma ser essa parcela da população a mais afetada pela tuberculose, na cidade do Rio de Janeiro, por conta das carências sociais dos mais pobres. Quer dizer, da perspectiva da correlação entre desigualdade social e cor, a disseminação do bacilo de Koch, na cidade carioca, refletia-se no âmbito do HNA.

Quanto ao estado civil: as solteiras compunham inicialmente pouco mais de 2/3 das tuberculosas, mas, no decorrer do período, houve um declínio de 20%; com maior participação das casadas (em 6%) e das viúvas (em 5%).<sup>184</sup> Ainda assim, a maior parte das enfermas tuberculosas era solteira.

Ao averiguar as idades das pacientes, temos o seguinte dado revelador, como demonstra o gráfico 12: a maior parte das enfermas tinha entre 21 e 30 anos, ao entrar no HNA, mas houve uma queda em torno de 10% do 1º grupo (1890-1902) para o 3º grupo (1908-1918). Em seguida, aparecem as internadas entre 31 e 40 anos, com maior incidência no 2º grupo (1903-1907). A partir dos 41 anos, as internações declinavam sensivelmente. Ou seja, de modo geral, essas mulheres foram internadas na fase mais produtiva de suas vidas que, pelo Censo de 1906 (BRASIL, 1906: 77), estava compreendida entre 15 e 60 anos. A participação de crianças e

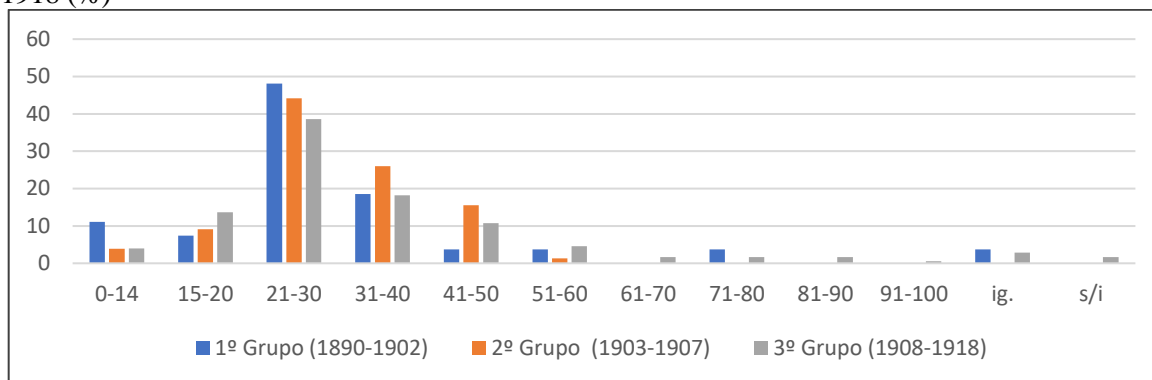
---

<sup>183</sup> Mais da metade das pacientes foram transferidas, do HNA para a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, em dois anos: 14 casos em 1911, ano de inauguração da colônia; e 13 casos em 1916, quando houve uma grande leva de transferências (259, 106 a mais que o ano anterior). As demais ocorreram em 1912 (2), 1913 (1), 1914 (2), 1915 (1), 1917 (7) e 1918 (4). Fonte: Dossiês de internação/Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS.

<sup>184</sup> A diferença decorre de casos registrados como “ignorado” ou sem informação. Houve uma ocorrência de “não casado” que na dúvida (se era solteira ou amasiada) foi lançado separado. Veja a distribuição pelos três grupos: solteiras, 1º (1890-1902) - 74%; 2º (1903-1907) - 70%; 3º (1908-1918) - 54,5%); casadas, 1º (1890-1902) - 18,5%; 2º (1903-1907) - 15,6%; 3º (1908-1918) - 21,6 %; viúvas, 1º (1890-1902) - 7,4 %; 2º (1903-1907) - 10,4%; 3º (1908-1918) - 12,5%); e sem informação, 1º (1890-1902) - 0%; 2º (1903-1907) - 2,59%; 3º (1908-1918) - 8,52%).

velhos foi bem menos expressiva. Havia também grande entrada de homens tuberculosos, na faixa etária entre 21 a 40 anos.<sup>185</sup>

Gráfico 12 - Distribuição por faixa etária das pacientes tuberculosas no HNA – entradas entre 1890-1918 (%)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

As relações de parentesco e/ou de outros laços sociais foram averiguadas através dos campos filiação e residência. No entanto, é impossível afirmar se o endereço era próprio, de um familiar, do local de trabalho ou de alguma outra pessoa do convívio social, pois esporadicamente se fazia menção a acompanhantes das doentes. Inicialmente, observamos que houve um aumento dos registros de filiação do 1º grupo (1890-1902) para o 2º grupo (1903-1907), de 50% para 73% respectivamente, caindo de forma acentuada para 27% no 3º grupo (1908-1918), quando aumentaram os lançamentos da categoria ignorada (44%) ou não foi registrado qualquer informação (28%).<sup>186</sup>

Para complementar, verificamos que os registros de endereços, no 1º grupo (1890-1902), ocorreram em 59% dos casos, contra 37% sem informação, sendo que houve um caso com registro da instituição de procedência. No 2º grupo (1903-1907), foram 65% registros e 22% sem informação, mas também ocorreram 9% de lançamentos “ignorados” e 4% sem endereço. Esses dados indicam que, paralelamente às primeiras reformas do HNA, as mudanças legais contribuíram para melhorar a identificação dos doentes, fornecida por órgãos responsáveis pelas guias de internamento. Também é possível que esses números reflitam o aumento do número de famílias que buscaram o hospício reformado.

<sup>185</sup> Na população masculina tuberculosa, as taxas mais elevadas foram: de 21 a 30 anos – 1º grupo (1890-1902) (48,14); no 2º grupo (1903-1907) (29,23%); 3º grupo (1908-1918) (41,17%); e, de 31 a 40 anos – 1º grupo (1890-1902) (33,33%); 2º grupo (1903-1907) (29,23%); e, 3º grupo (1908-1918) (23,52%). Pacientes identificados no Fundo do Hospital Nacional de Alienados/IMASNS.

<sup>186</sup> Tomamos como referência os registros de pai e mãe, ou um ou outro, em um caso foi registrado o irmão da paciente. 1º grupo (1890-1902): pai/mãe - 8 (31%); mãe - 4 (15%); irmão - 1 (4%); sem informação 13 (50%). 2º grupo (1903-1907): pai/mãe - 44 (57%); mãe - 11 (14%); pai - 1 (1%); sem informação - 14 (18%); ignorada 7 (9%). 3º grupo (1908-1918): pai/mãe 35 (20,5%); mãe 6 (3,5%); pai 6 (3,5%); sem informação 48 (28%); ignorada 76 (44,5%).

Já no 3º grupo (1908-1918), em razão de mudanças no protocolo administrativo, o campo “endereço” passou a não ser preenchido e/ou desapareceu em várias fichas do HNA, assim como o campo “filiação”. Esses dados passaram a ser anotados, ocasionalmente, em “observações”. Ao mesmo tempo, aumentou o número de registros em livros de controle de pacientes<sup>187</sup>, que não foram localizados. Nesse grupo, em 97% dos dossiês não houve registros dessas informações, mas isso não deve ser entendido como a ausência de moradia, parentesco, ou outros vínculos sociais, pois há apontamentos de contatos e endereços (43 casos – 24%) para comunicação, no campo “correspondência”. Nesse grupo, além desse dado, fica difícil mensurar a existência de referências sociais e de pertencimento das pacientes, a não ser a procedência distrital e/ou institucional, como já mencionamos.

Quanto à ocupação, praticamente todas elas se dedicavam aos serviços domésticos, a exceção de uma portuguesa operária, que deu entrada no hospício em 1895. As únicas especificações indicaram os ofícios de lavadeira (1 caso) e cozinheira (4 casos). Não sendo possível discernir quais faziam dos serviços domésticos um meio de vida e quais se dedicavam somente à família. É provável que para muitas delas os serviços domésticos fossem meio de sobrevivência, trabalhando em casa de família ou na própria residência, em razão das condições de pobreza em que a maioria vivia.

O tema do trabalho feminino envolve uma série de aspectos socioeconômicos e culturais que não foi possível aprofundar neste estudo. Por ora, nos basta um breve esboço das circunstâncias de vida e de trabalho de grande parte dessas mulheres. A historiografia assinala que as condições econômicas e sociais são determinantes para a inserção ou não da mulher no mercado de trabalho. Na maioria das cidades brasileiras do início do século XX, os homens pobres dificilmente podiam arcar com a manutenção da família, como o padrão de vida burguês, devido as dificuldades próprias do mercado de trabalho. Assim, as mulheres das classes populares, vivendo em relativa pobreza, eram compelidas a buscar a sua sobrevivência e a dos seus filhos. À época, o mercado de trabalho feminino consistia em diferentes ocupações (costureiras, operárias, chapeleiras, vendedoras, prostitutas etc.), mas prevaleciam as atividades domésticas como formas de ganho. A circulação livre pelas ruas da cidade era vital para a sobrevivência dessas mulheres, mas, isso também tinha um preço social. Frequentemente, elas enfrentavam a desvalorização de sua mão-de-obra e de sua condição feminina, mesmo sendo,

---

<sup>187</sup> Como no caso de uma Maria que ganhou anotações nos seguintes livros: RD/fls. 86, 137 e 199; J/fls. 6; D/fls. 199; RI/fls. 41; K/fls. 15. Fonte: Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, DC 41,66.



muitas vezes, mantenedoras da casa (FONSECA, 1997: 516; SOIHET, 1997: 366-367; CAULFIED, 2000:121).

Além da dedicação ao serviço doméstico, há vários indícios de reduzida ou nenhuma escolaridade dessas enfermas, como podemos deduzir pelo olhar dos médicos ao se referir a capacidade cognitiva da paciente, a saber: de baixo nível intelectual, apoucado, rudimentar, reduzido, inferior, instrução deficiente, ideias ou respostas pueris. As referências à boa instrução ou à capacidade intelectual foram exceções. Neiva Aguilar<sup>188</sup> é um dos raros exemplos neste sentido. Trata-se de uma brasileira, branca, solteira, 34 anos, e com referências de pai e mãe. Ela “era professora e hoje chegou até esquecer o que é que ensinava”, segundo ficou registrado na sua guia do PO.

O estado em que essas pacientes chegavam ao HNA diz muito sobre às precárias condições de vida e de trabalho que a maioria estava submetida, com as implicações próprias da miséria, como a fome, labuta excessiva, violência doméstica e sexual, condições insalubres de moradia e de trabalho, falta de assistência à saúde e à educação. Enfim, após a caracterização dos três grupos de pacientes tuberculosas, podemos afirmar que foram pontuais as diferenças de um grupo para outro, segundo o período analisado. Poderíamos traçar, inclusive, o perfil predominante das tísicas do hospício: mulher brasileira, parda ou preta, jovem, solteira, voltada para as atividades domésticas, com algum vínculo familiar ou de trabalho, proveniente das camadas populares, com baixo ou nenhum grau de escolaridade.

Temos poucos elementos para aprofundar a condição familiar dessas mulheres. Além das referências à existência dos progenitores (ou um deles), há dados pontuais sobre pedidos de licença feito por um familiar (irmão, mãe, marido), como no caso de Glória. Igualmente, temos poucos registros sobre antecedentes hereditários e histórico da paciente, com observações sobre os pais, os irmãos e/ou filhos. Deste modo, há indicações esporádicas de casos de alcoolismo, tuberculose, sífilis, psicopatia ou alguma outra doença na família.<sup>189</sup> Também, encontramos observações sobre familiares saudáveis.

Algumas mulheres solteiras viviam com pais e irmãos, a exemplo de Glória; outras moravam distantes da família, como Paula<sup>190</sup> que, possivelmente, vivia como agregada e/ou doméstica, segundo indicação em sua guia pericial. Também, há indícios de que algumas fugiam aos padrões da sociedade burguesa. Como tratam Fonseca (1997) e Soihet (1989; 1997), por exemplo, é notável a pluralidade das formas de organização familiar como característica

---

<sup>188</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 47,74.

<sup>189</sup> As ocorrências de alcoolismo de um ou mais membros da familiares foram as referências mais comuns.

<sup>190</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 77,31.

das classes populares. Portanto, as uniões esporádicas e os concubinatos faziam parte dessa realidade. Os mais pobres tendiam a fugir das normas de controle social (registros de casamento, divórcio e nascimento), tanto pela diversidade de regras e valores próprios, como pelo custo econômico das formalizações jurídicas.

Esse é o caso de Marina, uma jovem de 24 anos, brasileira, parda, solteira, doméstica, com pais falecidos. Na guia policial, consta que a jovem tinha três filhos com saúde, tendo manifestado delírio de perseguição (passivo), com alucinações auditivas e visuais. “Tudo isto diz a paciente sofrer após uma discussão que teve com o amasio.”<sup>191</sup> Ela entrou para o PO em 13 de agosto de 1907, tendo sido identificada com tuberculose, foi transferida para a Seção Esquirol e de lá para o Pavilhão Jobim, no dia 26 de agosto. Ficou sob os cuidados do Dr. Rocha Vaz, tendo alta exatamente dois meses após entrar no hospício. Teria Marina se recuperado de sua condição tuberculosa? Ou teria saído do HNA antes de terminar o tratamento por questões familiares? Ou outras razões? Em seu dossiê não consta nenhum pedido de licença de um familiar ou conhecido. Apenas foi comunicada a alta ao chefe da Polícia, o que indica algum tipo de controle policial. Não é possível saber se foi por conta da tuberculose, da condição de alienada e/ou se estaria respondendo por algum ato violento contra o marido. Também, não se pode descartar a possibilidade de, após meses de tratamento, o afastamento da rotina estafante dos serviços domésticos, do cuidado dos filhos, do ambiente familiar conflituoso, quem sabe da fome, tenham lhe permitido recuperar a saúde. O certo é que Marina é um dos poucos exemplos que temos de que o isolamento permitiu à paciente tuberculosa uma chance de sobrevivência fora do hospício.

Mena é outro exemplo que ilustra a distância entre a realidade dessas mulheres e as convenções sociais burguesas. Grávida, de forma voluntária ou não, ela passava por grande sofrimento psíquico. Pelo olhar médico, seu mutismo estava associado a um estado de depressão e negativismo. Ao que parece, ela estava desacompanhada durante o exame, porque nenhuma informação foi acrescida por algum familiar ou pessoa conhecida. Porém, em sua ficha, há o contato de D. Andreza e seu endereço para comunicação. Talvez fosse sua patroa ou uma conhecida de sua família; talvez a tenha deixado no PO, por observar mudanças no seu comportamento; ou talvez tenha apenas acionado a Polícia. Sobre isso não há como ir muito longe. Intuímos que Mena estava fechada em um mundo de muitas dores e, sentindo-se desamparada, buscava evitar novas aflições.

---

<sup>191</sup> Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 34,13.

### 3.3 Entre tantos diagnósticos mentais: o lugar nebuloso da tuberculose

O estado psíquico das tísicas foi investigado também pelos expedientes clínicos. Inúmeras moléstias mentais e casos de duplos ou triplos diagnósticos para uma mesma paciente foram atribuídos por médicos do Serviço Médico-Legal da Secretaria de Polícia, do PO e de outras seções do HNA. A lista é extensa, chegando a 21 denominações diferentes (vide gráfico 13), mas não se compara à realidade do hospício mexicano La Castañeda (como trata Rivera-Garza, 2011:22), onde os médicos chegaram a registrar 80 nomenclaturas diagnósticas distintas, nas três primeiras décadas do século XX. Reflexo da falta de sistematização das classificações das doenças mentais. No HNA, ao contrário, algumas fontes primárias e secundárias indicam que o emaranhado de diagnósticos, observado na população de alienados tuberculosos, foi fruto da sobreposição de referências teóricas, criados entre o final do século XIX e às primeiras décadas do século XX. Considerando nosso universo de análise, nos interessa entender melhor a relação entre a tuberculose e o espectro de diagnósticos mentais atribuídos às pacientes do HNA. A princípio, nos contentaremos em situar brevemente as transformações que levaram ao alargamento e às especificações das enfermidades mentais do período. Na sequência, analisaremos os diagnósticos concedidos às pacientes tuberculosas no HNA.

De acordo com Oliveira, Dalgarrondo e Nogueira (2003), no século XIX, o alienismo brasileiro teve aportes e insumos de várias tendências, se respaldando em autores de países diversos – como França, Itália, Alemanha, e Inglaterra –, embora tenha adotado mais frequentemente as referências francesas. Inaugurando a primeira escola brasileira de alienismo, em 1880, Teixeira Brandão criou sua própria classificação psiquiátrica.<sup>192</sup> Posteriormente, o Dr. Márcio Nery propôs também um quadro referencial de moléstias mentais<sup>193</sup>. Ambos seguiram o modelo alemão de Kraft-Ebing. Porém, tanto Teixeira como Nery lançaram mão da concepção de degeneração que, de início, teve lugar no alienismo francês. Nas referências de Brandão e de Nery aparecem o conceito de degenerações, agrupando as mais diversas moléstias, como paranoia, epilepsia, histeria, corea, loucura (hereditária, moral, impulsiva, com consciência), idiotia e imbecilidade.

---

<sup>192</sup> Teixeira Brandão dividiu as moléstias mentais em duas classes, sendo a primeira classe subdividida em três grupos – 1º) psico nevroses; 2º) cérebro-psicoses; 3º) cérebro-patias. A segunda contemplaria as degenerações psíquicas.

<sup>193</sup> Na classificação do Dr. Nery constam 2 grupos: 1º grupo, das moléstias mentais de indivíduos cujo cérebro atingiu pleno desenvolvimento – 1. as psiconevroses; 2. as cerebropatias com suas subdivisões. 2º grupo, das moléstias mentais de indivíduos cujo cérebro parou em sua evolução ou evoluiu anormalmente (degenerações) – 1. Parada de desenvolvimento; 2. Anomalias de desenvolvimento, entre outras subdivisões.

No Brasil, ainda no século XIX, a concepção de degeneração ganhou adeptos e iniciou debates, envolvendo atores como Silvio Romero, Nina Rodrigues e Juliano Moreira. A qualidade racial do povo brasileiro foi um dos temas colocados em discussão, assim como propostas “civilizatórias” de embranquecimento da população por meio da imigração e miscigenação. Debate do qual Moreira tomara parte para defender o avanço da nação com políticas de educação e saúde, e argumentar contra as asserções de Nina Rodrigues sobre os males da mestiçagem, vista como elemento de degeneração. (ODA, 2003: 303; VENANCIO & FACCHINETTI, 2005: 360; VENANCIO, 2007: 67-73; FACCHINETTI & MUÑOZ, 2013: 243).

Nesse processo, como ajuizado pela historiografia, Juliano Moreira teve um papel de destaque na atualização da medicina mental brasileira, ao trazer a abordagem organicista de Kraepelin, sobre a causalidade das doenças mentais, para o debate científico nacional. Debate este que teve seu espaço assegurado nas páginas do periódico *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, criado por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto, em 1905; e nas reuniões da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, fundada em 1907 (VENANCIO & CARVALHAL, 2001:152; ODA, 2010: 500; FACCHINETTI & MUÑOZ, 2013: 247). Para Juliano Moreira e Afrânio Peixoto, o valor da proposição de Kraepelin estava no estabelecimento das bases pelos quais as classificações psiquiátricas deveriam se guiar: a anatomia patológica e o estudo das causas e dos sinais clínicos em conjunto, considerando a evolução da moléstia do início ao fim (VENANCIO & CARVALHAL, 2001:152).

Segundo Venancio e Carvalho (2005), Kraepelin associou elementos da psicologia experimental de Wundt<sup>194</sup>, da bacteriologia, da concepção de degeneração de Benedict Augustin Morel, entre outras referências, para encontrar um modelo analítico que permitisse estabelecer a causalidade e a evolução da doença mental. Ao enfatizar as causas orgânicas dos processos mentais doentes, abandonou a conotação moral e generalizante ainda em voga no pensamento psiquiátrico da época. Neste sentido, propôs novas abordagens para figuras muito

---

<sup>194</sup> A psicologia experimental surgiu com Wilhelmen Wundt (1832-1920), que se dedicou a realizar experimentos psicológicos e teve papel importante na formação de novos pesquisadores através do Laboratório de Psicologia Experimental na Universidade de Leipzig, fundado em 1879. Por meio de aparelhagem específica, se fazia investigações diversas, como: “a intensidade das sensações, sensações táteis, psicologia do som, sensações de luz, gustação, olfação, percepções espaciais, curso das representações, estética experimental, processos atencionais, sentimentos e afetos, processos de associação e memória etc.” (WUNDT, 1909 apud FREITAS, 2009: 12).

discutidas em sua época (como a neurastenia e a degeneração)<sup>195</sup>, pensando os quadros patológicos como frutos de fenômenos internos e externos do indivíduo. Dessa forma, o psiquiatra alemão fundamentou três distintas categorias nosológicas: a paranoia, a loucura maníaco depressiva e a demência precoce. (VENANCIO & CARVALHAL, 2005:74-76).

De modo semelhante, Oda (2010) entende que as proposições kraepelinianas não podem ser tomadas de forma estática, visto que o psiquiatra alemão buscava continuamente refinar suas concepções, reavaliando o seu próprio quadro nosológico – a exemplo das mudanças operadas nas categorizações da paranoia, da demência precoce e da parafrenia, em três períodos específicos, 1904, 1914, 1921 (ODA, 2010:502).

Na apreciação de Birman (2010), Kraepelin retomou, pelo viés biológico, os cânones da medicina científica da segunda metade do século XIX, baseados na teoria da degeneração de Morel, Magnan e Legrain. Dado à sua preocupação em estabelecer a causalidade das perturbações do espírito, Kraepelin teria atado à teoria da degeneração as inovações do discurso bacteriológico, dando-lhe um caráter cientificista/positivista. Igualmente, Kraepelin revisara as noções de mania e melancolia para propor uma nova enfermidade: a loucura maníaco depressiva<sup>196</sup> (BIRMAN, 2010: 347).

Em suma, as concepções de Kraepelin tornaram-se referenciais para representantes do círculo científico local, vinculado a Juliano Moreira, e integrados à arena de debates da medicina mental brasileira. Vários psiquiatras passaram a tomá-las como objeto de estudo e, com frequência, junto aos pacientes do hospício. Particularmente, aqui, ressaltaremos os estudos que nos ajudam a entender a relação da tuberculose com o universo da doença mental, mas o leque de moléstias exploradas por tais estudiosos foi bastante amplo.

Portanto, junto ao projeto de desenvolvimento do campo psiquiátrico brasileiro, seguia o ensejo de Moreira e colaboradores de observarem um padrão nacional de classificações das doenças mentais, com base na nosografia kraepeliana. Segundo Venancio & Carvalhal (2001), Oliveira, Dalgalarondo e Nogueira (2003), uma nova proposta de classificação nacional de doenças mentais surgiu em 1910, gestada no seio da Sociedade Brasileira de Neurologia,

---

<sup>195</sup> Segundo as autoras, baseadas na análise de Roclcke (1997), a neurastenia foi dispersada em duas novas categorias, a exaustão física e excitação mental, fruto da intoxicação. A ideia de degeneração foi tomada para além de uma condição inata e restrita a alguns seguimentos da população, podendo ser adquirida e ameaçar parte da nação, a partir da atuação de agentes tóxicos, como o álcool e a sífilis. (VENANCIO & CARVALHAL, 2005: 76).

<sup>196</sup> Conforme Birman, na Antiguidade, tais noções eram vistas como entidades separadas, ainda que houvesse formulações buscando associá-las. Em meados do século XIX, Falret (1821) e Baillarger (1854) descreveram a mania e a melancolia como parte de um mesmo processo doentio, o qual o primeiro chamou de loucura circular e o segundo de loucura de dupla forma. Na França, em 1883, Ritti reforçou essa perspectiva de uma enfermidade única. E, na Alemanha, outros autores também observavam a mesma enfermidade, chamando-a de psicose periódica (BIRMAN, 2010: 349).

Psiquiatria e Medicina Legal, por Juliano Moreira, Afranio Peixoto, Antonio Austregesilo, Henrique Roxo e pelo Dr. Manoel J. Fernandes Eiras. A nova classificação listava 14 entidades nosológicas:

- 1) Psicoses infecciosas
- 2) Psicoses
- 3) Psicoses heterotóxicas (alcooolismo, morfinomania, cocaino-mania, etc.)
- 4) Demência precoce (esquizofrenia)
- 5) Delírio sistematizado alucinatório-crônico. Parafrenias
- 6) Paranóia
- 7) Psicose maníaco-depressiva (psicose periódica).  
Formas: maníaca predominante, depressiva predominante, mista
- 8) Psicose de involução
- 9) Psicose por lesões cerebrais e demências terminais  
(arteriosclerose, sífilis, etc.)
- 10) Paralisia geral
- 11) Psicoses epilépticas
- 12) Psicoses ditas nevróticas (histeria, neurastenia, psicastenia, nervosismo e coreia)
- 13) Outras psicopatias constitucionais (estados atípicos de degeneração)
- 14) Imbecilidade e idiotia<sup>197</sup>

Venancio & Carvalho (2001:158) demonstram como a classificação de 1910 foi nitidamente inspirada nas categorias kraepelianas de 1904, divulgadas por Moreira e Peixoto em 1906. Assim, os novos preceitos resultaram em mais uma camada de classificações das doenças mentais. Essas referências teóricas foram encontradas no conjunto de moléstias de nossas pacientes, num emaranhado de diferentes perspectivas diagnósticas. Mas, olhando para o campo de diagnóstico dos expedientes clínicos, a tuberculose poucas vezes foi registrada no lugar das enfermidades mentais. Contudo, é visível nos registros de *causa mortis*.

Por esse ângulo, a partir dos artigos de Moreira e Peixoto (1905), *Classificação das moléstias mentais do Prof. Émil Kraepelin*, e de Austregesilo (1909), *Psicoses infectuosas*, identificamos a tuberculose no painel kraepeliniano, inserida no grupo nº 1 da classificação: o das *psicoses infecciosas*. Neste grupo, as psicoses eram subdivididas em: a) *delírios febris*; b) *delírios infecciosos*; c) *estados de enfraquecimentos psíquicos infeccioso*. (MOREIRA e PEIXOTO, 1905: 206; AUSTREGESILO, 1909: 277). Assim, as perturbações psíquicas da tuberculose eram compreendidas dentro de um quadro sintomático infeccioso, semelhante a outras doenças de mesma substância, decorrentes da intoxicação de origem microbiana. Ou

---

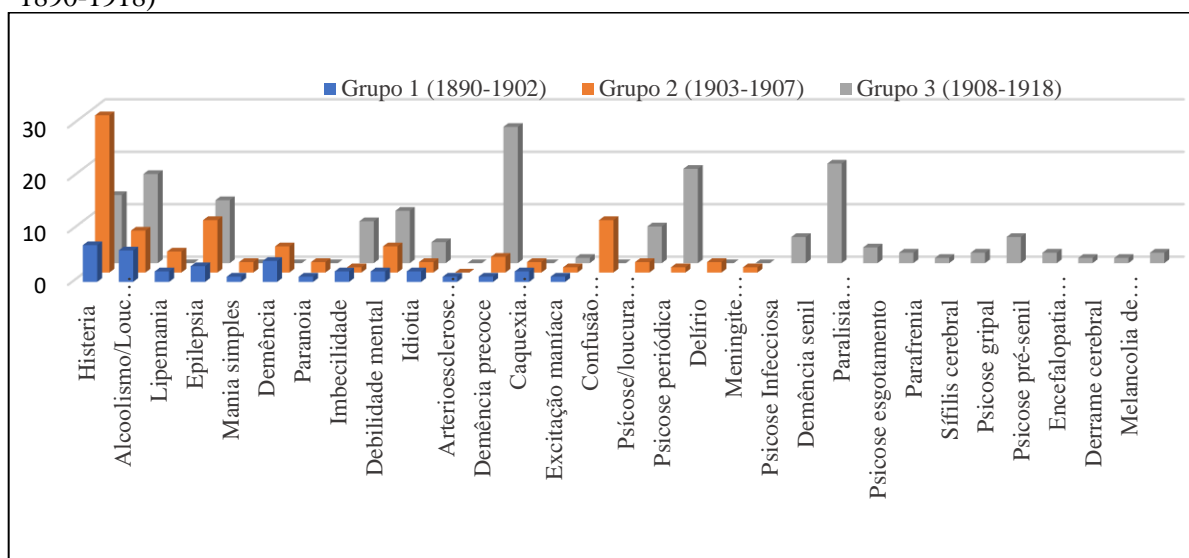
<sup>197</sup> Venancio & Carvalho (2001:158) e Oliveira, Dalgalarrodo e Nogueira (2003:442)

seja, a indicação de psicose infecciosa podia ser, também, aplicada a outras moléstias, como a varíola ou a sífilis.

No gráfico 13, é possível ver a listagem geral dos diagnósticos de nossas pacientes e, ao mesmo tempo, ter uma ideia das transformações em curso. Do primeiro para o terceiro grupo, ocorre o declínio, e até desaparecimento, de determinadas classificações e a emergência de outras. Por outro lado, doenças como o alcoolismo, a epilepsia e a debilidade mental aparecem em frequência crescente, indicando que algumas enfermidades mentais estavam sendo mais diagnosticadas entre as mulheres. Não temos como saber em que medida esses diagnósticos correspondem aos da população total do HNA. Porém, não há dúvida que temos aqui uma boa amostragem das classificações que foram adotadas no hospício, ao longo de mais de duas décadas.

No 1º grupo (1890-1902), de um total de 27 pacientes, identificamos pelo menos quatorze diagnósticos, com destaque para a histeria, a loucura alcoólica/alcoolismo, a demência e a epilepsia. As demais tiveram apenas duas (lipemania, debilidade mental, imbecilidade) ou uma ocorrência (mania simples, paranoia, idiotia, arteriosclerose generalizada, excitação maníaca). Em pelo menos sete casos, houve mais de uma designação diagnóstica.

Gráfico 13 – Frequência dos diagnósticos mentais das pacientes tuberculosas do HNA (entradas entre 1890-1918)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Nesse grupo, a tuberculose aparece como um segundo diagnóstico somente em duas ocasiões e durante o processo de internação da paciente no HNA: um caso conjugado com o alcoolismo e outro com a lipemania. Esses casos são, portanto, diferentes de Jovina, que teve sua condição de tuberculosa identificada logo de início. No PO, o médico resumiu sua condição:

apresentava-se calma, com a feição abatida, sem condições de marchar ou mesmo ficar de pé, manifestava desordem da palavra, possuía traços degenerativos, torpor intelectual, e tuberculose pulmonar em 1º período (fase inicial). Jovina evidenciava os primeiros sinais da afecção pelo bacilo de Koch, mas tirando a referência ao abatimento e à fraqueza orgânica, nenhum outro sintoma - tosse, emagrecimento, perturbações digestivas e infiltração nos vértices pulmonares - foi assinalado na guia de seu encaminhamento. Na Seção Esquirol, ela recebeu nova ficha e mais algumas anotações: "Entrou em estado de agitação e tentou evadir-se; revela ter alucinações visuais e auditivas e insônia."<sup>198</sup> Apesar da identificação da tuberculose, o diagnóstico final foi o de demência precoce. No próximo capítulo, veremos que a frequente ocorrência de casos conjugados de demência precoce e tuberculose foi um problema debatido no campo da medicina mental para se entender uma possível relação de causa e efeito entre as duas doenças.

No conjunto de 77 enfermas do 2º grupo (1903-1907), o número de moléstias subiu para dezoito. Novamente, a histeria assumiu o topo da lista, seguida da epilepsia, confusão mental, alcoolismo, demência, debilidade mental, lipemania e demência precoce. Algumas classificações não passaram de uma ou duas ocorrências (idiotia, paranoia, mania, delírio febril, psicose maníaco depressiva, excitação maníaca, imbecilidade, psicose periódica). Como no 1º grupo (1890-1902), a tuberculose raramente foi indicada no campo de diagnóstico - apenas duas ocorrências de tuberculose pulmonar e uma de meningite tuberculosa. Outras categorias aparecem somente no 2º grupo (1903-1907): meningite tuberculosa, delírio, psicose periódica, psicose/loucura maníaco-depressiva e, com maior frequência, a confusão mental/estado de confusão. Como teremos oportunidade de observar no capítulo 5, o diagnóstico de confusão mental tornou-se expressivo na década de 1920, muito associado ao quadro infeccioso.

Um caso típico de confusão mental é o de Eduarda, procedente do Hospital da Misericórdia, "por parecer sofrer das faculdades mentais". Ela chegou ao PO em 17 de dezembro de 1905, apresentando indiferença, total alheamento ao meio externo, em estado de confusão mental e tuberculose pulmonar, comprovada por exame bacteriológico. Seu diagnóstico: confusão mental. No protocolo da Seção Esquirol ficou registrado que apresentava bronquite dos ápices e exames bacteriológicos negativos. Eduarda esteve no Pavilhão Jobim e saiu com alta do hospício em agosto de 1906. Ou seja, além do diagnóstico de confusão mental, seus exames bacteriológicos indicaram duas condições distintas de estado de saúde, ficando pouco claro se sua alta se deu porque foi considerada "curada" da tuberculose e, por

---

<sup>198</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC16,55.



consequente, do quadro de confusão mental, ou se houve um erro de diagnóstico do seu quadro infeccioso. A dificuldade de estabelecer um diagnóstico preciso, frente a moléstias com íntimas semelhanças, era um dos problemas enfrentados pelos médicos na prática clínica, tema que foi explorado pelo Dr. Rocha Vaz, como trataremos no capítulo 4.

Voltando ao gráfico 13, no total de 176 enfermas do 3º grupo (1908-1918) foram registradas vinte e uma moléstias, porém diminuiu o número de pacientes designadas como históricas. Nesse período, as principais ocorrências foram demência precoce, demência senil e psicose periódica. Neste grupo, vemos novas denominações diagnósticas, identificadas nas alienadas tuberculosas: demência senil, psicose infecciosa, psicose gripal, paralisia geral/demência paralítica, psicose esgotamento, sífilis cerebral, psicose pré-senil, melancolia de involução, parafrenia, encefalopatia congênita, e derrame cerebral. Houve pelo menos 4 dezenas de duplo e/ou triplo diagnóstico no grupo, mas apenas um registro de tuberculose, ainda que a infecção tenha sido identificada inicialmente em pelo menos 13 pacientes.

O caso de Maria V. ilustra bem a sobreposição de classificações diagnósticas e a dificuldade dos médicos de chegarem a um consenso sobre o estado mental de algumas pacientes. Ela foi internada em duas ocasiões: na 1ª entrada, em 02 de julho de 1911, quando recebeu o diagnóstico de psicose periódica – anotado na 2ª guia de entrada no PO. Na 2ª entrada, em 28 de dezembro de 1912, no seu processo de avaliação constam também o diagnóstico de confusão mental (nas guias do Serviço Médico-Legal e do PO) e, no protocolo da Seção Esquirol, o de demência precoce. Maria V. era uma jovem de 17 anos, brasileira, parda, solteira, voltada para o serviço doméstico e com registro de pai. Na guia pericial da 2ª entrada, temos algumas poucas informações a seu respeito: de estatura regular e de compleição franzina, apresentava-se agitada e confusa, com fisionomia indiferente, estigmas físicos de degeneração da mobilidade, sem fornecer qualquer informação, com alucinações, delírios, memória perturbada e má nutrição. Maria V. faleceu no Pavilhão Jobim, em 31 de janeiro de 1913, de tuberculose pulmonar.<sup>199</sup> Sabemos que em sua segunda entrada, Maria V. chamou a atenção médica e chegou a ser estudada mais detidamente pelo Dr. Esposel, interessado em avaliar os distúrbios de sensibilidade em doentes tuberculosos, como veremos mais detidamente no próximo capítulo.

Glória é outro exemplo típico deste grupo. Com duas entradas e dois diagnósticos (primeiro de histeria e o segundo de psicose periódica), seu estado mental desafiava a prática médica e a rotina institucional. Bem diferente da maioria que chegava ao hospício em estado

---

<sup>199</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 56,60.

lastimável, sua foto indica uma mulher com aspecto bem cuidado e fisicamente saudável. Porém, seu estado psíquico tornava difícil a própria existência, a dos familiares, dos psiquiatras e, com certeza, das guardas e enfermeiras que lhe assistiam no hospício. No PO, Henrique Roxo anotou que Glória possuía estigmas de degeneração e nos seus antecedentes familiares, um irmão psicopata. Além disso, ela apresentava ideias de suicídio, alucinações auditivas e visuais, ideias de perseguição e sensação de bolo na garganta. Por seu quadro psíquico, exigia vigilância constante de médicos e outros funcionários da instituição. Devido à sua perturbação mental, ela não foi considerada apta ao tratamento *outdoor* por falta de recursos para contê-la. O que significa que, quando necessário, Glória passava por dispositivos de contenção na Seção Esquirol, para evitar que provocasse danos a si mesma e a outras internas. Ao mesmo tempo, como vimos, ela é um típico exemplo de que, se fosse da vontade da família, a paciente não ficaria retida no hospício, podendo ter prolongados períodos de licença e até mesmo não voltar. Pelo que constatamos, os médicos concediam licença a pedido de um familiar ou responsável pela doente (normalmente de 6 meses, com possibilidade de renovações) sem grandes empecilhos. Bastava que o(a) requerente assumisse o compromisso com o cuidado da doente. Certamente, a família de Glória desistiu de mantê-la em casa, pois não foram encontrados novos pedidos de licença.

Entre os pertences dessa paciente, devolvidos à família, chama a atenção a posse de uma luneta (que fala da curiosidade de alguém acerca do mundo) e pequenos objetos femininos.<sup>200</sup> Seria Glória uma mulher moderna que desafiava o seu tempo? Esta reflexão é proposta por Facchinetti e Cupello (2011:705) ao analisar a histeria, segundo Henrique Roxo, marcada pela “instabilidade”, decorrente da “educação viciosa”, uma perturbação típica das mulheres vaidosas, teimosas, impositivas e rebeldes; e segundo A. Austregesilo, como uma afecção psicológica, produto de sugestão, presente nas mulheres afetadas pelo pitiatismo ou estados psiconevróticos (nervosismo). Independentemente de uma possível rebeldia aos moldes tradicionais, a rotina institucional não parece ter subjogado seus impulsos, considerados uma ameaça para si mesma e para o seu entorno. Nesse sentido, vemos o quanto uma paciente podia reverter a assistência psiquiátrica e se tornar incompatível com as terapêuticas propostas, como a do Pavilhão De Simoni ou da Colônia de Mulheres.

---

<sup>200</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC52,29. Na primeira saída, a mãe de Glória recebeu seus pertences: uma carteira velha, um broche de metal, dois anéis, um par de brincos, uma luneta, uma chave, duas fitas, um lenço, um dedal, e doze mil e cento reis. Da segunda entrada, novamente foram devolvidos a luneta, um par de brincos e uma aliança.

A exemplo de Glória, Neiva Aguilar também teve problemas de adaptação em sua trajetória institucional. Porém, do ponto de vista de sua enfermidade mental, os médicos chegaram a um consenso sobre seu diagnóstico: demência precoce. Em sua guia policial, de 26 agosto de 1910, Dr. Cortes registrou que a paciente tinha pais vivos, sendo a mãe doente de reumatismo, e dois irmãos saudáveis. Estava doente há dez anos. “Tudo começou por profunda tristeza.” Sobre seu quadro psíquico, indicou que ela manifestava calma, fisionomia apagada, humor indiferente, desorientada, alucinações auditivas, fases de grande agitação, sono irregular, memória perturbada. Sua nutrição era regular. Tinha baixa estatura e corpulência regular, com estigmas físicos de degeneração. Pessoa “regularmente destemida sendo até professora”, apresentava perda da afetividade e de emotividade. O médico anotou seu diagnóstico em forma de pergunta: “Demência precoce?”.

No PO, Dr. Roxo registrou o mesmo estado psíquico. Apenas respondia por monossílabos ao interrogatório. “O seu indiferentismo é completo. Passa os dias enrolando mechas do cabelo. Sua boca está constantemente aberta. Houve uma completa transformação do seu caráter, era professora e hoje chegou até esquecer o que é que ensinava.” Ela foi transferida para a Seção Esquirol duas semanas depois. Neiva também chegou a ser enviada para a Colônia de Mulheres em 30 de dezembro de 1911. Permaneceu por lá cerca de um ano e voltou para o HNA, por não se adaptar ao regime colonial. Em janeiro de 1913, foi internada no Pavilhão Jobim por sofrer de enterocolite crônica. Seu falecimento se deu em 10 de fevereiro de 1913. Foram registradas duas causas mortis: ancilostomíase e tuberculose pulmonar.

Neiva foi vítima das duas causas que mais matavam no hospício, mas seu isolamento se deu inicialmente por conta da enterocolite. Seu caso exemplifica como a tuberculose podia estar conjugada com outras doenças dentro do HNA. Quer dizer, além da alienação mental, uma mesma paciente podia sofrer com intercorrências diversas, vinculadas a questões sanitárias. Além disso, o caso de Neiva se destaca pelo seu decaimento intelectual, registrado como um elemento sintomático da doença mental. Foi o fato dela ter sido antes uma mulher destemida que desencadeou sua enfermidade mental e a levou para o hospício? Ou foi o declínio de sua autonomia e capacidade mental que motivou a sua internação? Outras interrogações poderiam ser feitas sobre a profunda tristeza de Neiva, a luneta de Glória, o mutismo de Mena... Aspectos inquietantes de tantas tragédias humanas.

Tais aspectos, aos olhos médicos, aparecem como sinais passíveis de serem traduzidos, em conjunto com outros sinais, em diagnósticos. Traduções que nem sempre eram consensuais. Em síntese, entre tantos diagnósticos encontrados, notamos tanto classificações afins – entre

registros periciais, guias do Pavilhão de Observação e fichas das seções do HNA – e divergências e/ou dúvidas na diagnose de muitas pacientes (normalmente seguida de uma interrogação). É notório que por trás dessa miscelânea de categorias nosológicas havia um processo de mudanças, teóricas e práticas, nas referências sobre a doença mental.<sup>201</sup>

Dentro desse cenário, o artigo do Dr. Waldemar Almeida (1919), baseado na assistência aos enfermos tuberculosos nos pavilhões De Simoni e Sigaud, fornece novos elementos para a nossa reflexão. Com o título de *O problema de assistência aos insanos tuberculosos*, seu estudo nos dá a oportunidade de confrontar informações extraídas do nosso banco de dados com as apresentadas por ele. Além de ter sido o que mais se dedicou ao tema da tuberculose, Dr. Almeida atuou nos pavilhões de isolamento da tuberculose por pelo menos 6 anos, entre 1913 a 1918.<sup>202</sup> De acordo com Cerqueira (2014), o psiquiatra formou-se pela FMRJ, em 1909, atuou na Assistência a Alienados como interno, foi assistente e médico, entre 1908-1922, e era um dos membros mais ativos da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (SBNPML), onde ingressou em 1908.<sup>203</sup>

Em seu histórico sobre a assistência aos insanos tuberculosos, entre 1908-1918, Dr. Almeida construiu um breve relato sobre a criação dos pavilhões de tuberculosos e os doentes neles assistidos. Nesse período, segundo o médico, no Pavilhão De Simoni teriam sido atendidas 443 enfermas (389 brasileiras e 54 estrangeiras), procedentes de vários setores do HNA e da Colônia de Alienadas. Porém, entre as tuberculosas havia algumas poucas com outros quadros infecciosos – “três leprosas, dois casos de demência paralítica e alguns casos de psicose infectuosa, que por motivo de orientação e assistência médica, foram recolhidas àquele serviço”. (ALMEIDA, 1919: 402). Do ponto de vista racial, Dr. Almeida contabilizou: 172 pacientes brancas, 140 mestiças e 122 negras (o que totaliza 434 indivíduos e não 443). O médico relacionou 14 moléstias mentais, distribuídas por 313 enfermas, e mais 105 “em observação”, totalizando 418 sujeitos. E 193 óbitos, “um coeficiente letal ano de 4% sobre o número de entradas”. (ALMEIDA, 1919: 402).

Os seus dados sobre o Pavilhão Sigaud são igualmente divergentes: entre 1910 a 1918, o setor recebeu 359 insanos, 290 brasileiros e 69 estrangeiros, sendo 181 brancos, 102 mestiços e 66 negros (somando 349 indivíduos). O médico contabilizou 19 diagnósticos mentais,

---

<sup>201</sup> Trata-se de toda uma história conceitual que não avançaremos aqui porque demandaria um outro nível de leituras historiográficas, mais tempo de reflexão e espaço de análise.

<sup>202</sup> Segundo averiguamos pelas datas de 15 óbitos de enfermas do Pavilhão De Simoni, assinados por Almeida.

<sup>203</sup> O médico atuou também na criação do periódico *Arquivos Brasileiros de Neuropatria e Psiquiatria*, em 1919. A partir deste ano tornou-se diretor do Asilo Colônia de Alienados de Vargem Alegre (CERQUEIRA, 2014: 30).

distribuídos por 264 pacientes, mais 11 “em observação”, somando 275 sujeitos. Desse modo, ficaram ausentes de sua contabilidade: 10 sujeitos na contagem por cor; e 84 da relação de diagnósticos. “Houve 173 óbitos, o que dá um coeficiente letal ano de 5,3% sobre o número de entradas” (ALMEIDA, 1919: 408).

Diante dos números do Dr. Almeida, as dúvidas são inevitáveis. Quanto aos quesitos racial e de diagnóstico, há divergências nas estatísticas dos dois grupos. Do mesmo modo, não estão claros os coeficientes de óbitos sobre o número de entradas, pois o seu artigo não menciona quantos doentes entraram no período do seu estudo. Não há como saber se se referia ao total da Assistência (o que incluiria as colônias) ou somente do HNA. A ausência de padronização dos relatórios ministeriais também não contribui para esclarecer esses números. Em alguns, houve a inclusão das entradas no HNA, nas colônias, no PO, e no somatório das três instituições, como em Lyra (1909: 130). Em outros balanços, foram lançados somente os movimentos gerais de homens e mulheres assistidos nos estabelecimentos oficiais da Assistência a Alienados, como nos relatórios de Côrrea (1911:54; 1912:60).

Apesar disso, ao enumerar as doenças mentais do Pavilhão Sigaud, o médico deixa claro que estava contemplando os “insanos acometidos pela intercorrência fimatosa”. (ALMEIDA, 1919: 408). Quer dizer, com o foco na tuberculose, ele excluiu da lista de moléstias mentais os acometidos por outras infecções. Isso nos permite dimensionar que no Pavilhão Sigaud, em 9 anos, o índice ficou perto de 74% de pacientes tuberculosos assistidos; e no Pavilhão De Simoni, em 11 anos, a taxa ficou em 94%. Ao tirarmos a média anual de pacientes fimatosos assistidos em cada pavilhão, temos um maior número de mulheres isoladas (38) em relação ao contingente masculino (30). Considerando que o pavilhão feminino tinha quatro leitos a menos que o masculino, é possível inferir que o rodízio de pacientes no Pavilhão De Simoni era relativamente maior que no masculino.

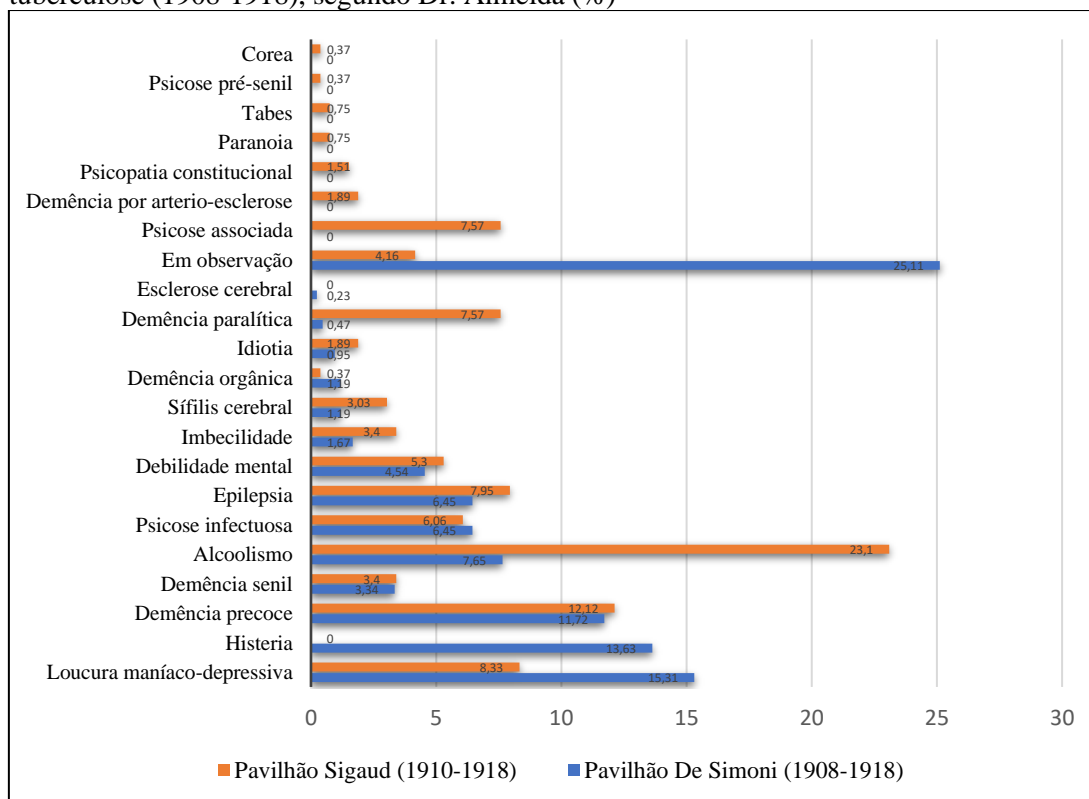
Como vimos no capítulo 2, o Pavilhão Sigaud foi criado, em 1909, para pacientes variolosos e, depois, passou a atender outras intercorrências infecciosas, sendo destinado para o atendimento especializado da tuberculose posteriormente. Isso pode explicar, em parte, tanto a diferença de dois anos na estatística do Dr. Almeida, entre o pavilhão feminino (1808-1918) e o masculino (1910-1918), quanto o maior número de assistidos com outras intercorrências infecciosas no Pavilhão Sigaud (84 contra 25 do Pavilhão De Simoni).

No gráfico 14, colocamos as listagens de moléstias mentais do Dr. Almeida, lado a lado, para efeito de comparação. E para evitar distorções, tiramos a porcentagem de cada uma, tomando o número total de fimatosos atendidos nos respectivos pavilhões. Desse modo, alguns

diagnósticos chamam a atenção pela presença em apenas um dos grupos de enfermos: é o caso da histeria, no Pavilhão De Simoni (1908-1918), da demência parálitica e da psicose associada, proeminentes no Pavilhão Sigaud (1910-1918), entre outras de menor ocorrência.

Proporcionalmente ao número de tuberculosos atendidos nos devidos pavilhões, a loucura maníaco depressiva ocorreu perto de duas vezes mais no Pavilhão De Simoni (alcançando pouco mais de 15% das mulheres); assim como a sífilis cerebral, a imbecilidade e a idiotia no Pavilhão Sigaud. Já o alcoolismo teve o triplo de ocorrências no Pavilhão Sigaud, numa taxa de 23% de homens para quase 8% de mulheres; e, a demência parálitica apresentou acentuada diferença de mais 7% entre os homens para menos de 0,5% entre as mulheres. As demais enfermidades (demência senil, demência precoce, psicose infecciosa, epilepsia, e debilidade mental) não demonstraram acentuadas diferenças no cotejo dos gêneros. Um dos dados que mais chama atenção é a proporção de pacientes em observação – 105 mulheres para 11 homens. Esse dado é bastante relevante, pois significa que 25% das pacientes tuberculosas não tinham o diagnóstico psiquiátrico fechado e nos homens a porcentagem equivalia a apenas 4%. Essa categoria “em observação” pode indicar a frequência de casos que foram transferidos de imediato para as seções do HNA, por conta do quadro infeccioso, não chegando a passar pelo período de observação usual no PO.

Gráfico 14 - Diagnósticos mentais dos doentes que passaram pelos pavilhões de isolamento da tuberculose (1908-1918), segundo Dr. Almeida (%)



Fonte: Almeida (1919: 402-408)

A predominância de algumas doenças nos pavilhões de isolamento, em relação a um dos gêneros, refletia a realidade do hospício, como no caso da histeria entre as mulheres, e do alcoolismo ou demência paralítica entre os homens. Facchinetti, Ribeiro e Muñoz (2008) afirmam que os diagnósticos mais comuns entre as internadas do HNA eram a histeria (prevalente até 1920), a psicose maníaco-depressiva (predominante a partir de 1930), a confusão mental, e a psicose periódica. Já a sífilis, o alcoolismo e a demência precoce prevaleciam entre os homens (2008: 236-237).

Os autores analisam essas diferenças a partir da noção de gênero. A prática médica e seus fundamentos teóricos eram configurados pelo discurso biológico sobre a constituição binária dos sexos, masculino e feminino, e segundo as funções naturais na reprodução da espécie. Homens e mulheres tinham, portanto, papéis sociais diferenciados. Assim, os psiquiatras buscavam nos pacientes, durante o exame clínico, sinais de distúrbios físicos (como ligados aos órgãos genitais) e “sintomas de desvios”, comportamentais e/ou sociais (como onanismo, safismo, ninfomania, exibicionismo, crise de ira, prostituição, abandono do marido, aborto e boemia). No início do século XX, influenciados por referenciais do século anterior, os médicos viam a mulher próxima ao estado “selvagem”, “facilmente identificadas com os sinais de comportamento ‘primitivo’ e cujo corpo “era mais predisposto a sofrer abalos mentais e morais, em decorrência de uma ‘fraqueza natural’ (FACCHINETTI; RIBEIRO; MUNOZ, 2008: 237-238).

Além disso, determinados diagnósticos femininos estariam vinculados a uma ou outra questão própria da mulher: a histeria, ao desvio dos papéis de esposa e mãe modelares; a loucura maníaco-depressiva, aos períodos menstruais; a mania, aos desequilíbrios ovariano, uterinos e das mamas; o delírio de ciúmes e alcoolismo, à menopausa; o período melancólico, à chegada da menstruação (FACCHINETTI; RIBEIRO; MUNOZ, 2008: 239).

Neste ponto, paramos para indagar: em que medida poderia a tuberculose, dentro do hospício, ser observada pelos médicos sob a perspectiva de gênero? Como veremos no próximo capítulo, temos algumas pistas indicando que o olhar médico psiquiátrico podia, sim, ter uma percepção diferenciada dos gêneros em relação à fimatose; mas isso não mobilizou o debate científico. Pelo contrário, a produção local de conhecimento sobre a tuberculose seguiu traçados de investigação diversos da questão de gênero. E, na prática médica, não percebemos anotações de características e distúrbios peculiares femininos como algo característico da afecção tuberculosa.

Para tentar entender melhor o panorama apontado pelo Dr. Almeida, verificamos as enfermas que passaram pelo isolamento no Pavilhão De Simoni, entre 1908-1918. Identificamos um conjunto de 79 tísicas e outras 35 pacientes sem indícios ou registros de tuberculose e que morreram por causas diversas, tiveram alta ou licença.<sup>204</sup> De qualquer modo, era possível a existência de internas com mais de uma moléstia, principalmente em períodos de maior deterioração sanitária da instituição. Contudo, em face da dúvida a respeito desse grupo de 35 internas serem ou não tuberculosas, optamos por não as considerar em nossa contabilidade. Dito isso, sigamos analisando as identificadas como tuberculosas.

O perfil social das 79 tísicas se aproxima do retratado feito pelo Dr. Almeida: a maioria era brasileira (69) e algumas poucas estrangeiras (7), sendo 30 brancas e 47 não brancas (entre pardas e pretas).<sup>205</sup> Esses números revelam que não havia uma prevalência racial na população atendida pelo setor, e que seguiam refletindo a população hospitalar geral. Não obstante, observamos uma lista de afecções mentais bem mais ampla<sup>206</sup> do que a apresentada pelo médico, assim como casos de duplo ou triplo diagnósticos durante o período de internamento. Ou seja, por vezes, a paciente recebia diferentes diagnósticos em sua trajetória institucional. Também verificamos que algumas doentes tiveram mais de uma passagem pelo isolamento, sugerindo que o movimento interno era bem mais dinâmico do que supúnhamos de início.

Desse modo, a partir do nosso banco de dados, relacionamos os principais diagnósticos, representados no gráfico 15. Entre as quatro moléstias de maior recorrência encontramos em primeiro lugar a demência precoce, seguida da histeria, demência periódica e demência senil.<sup>207</sup> A lista de diagnósticos femininos do Dr. Almeida, entretanto, nos apresenta outro quadro: em primeiro lugar a loucura maníaco depressiva e, consecutivamente, a histeria, demência precoce e demência senil. A tuberculose teve apenas três ocorrências.

Aparentemente, o Dr. Almeida reorganizou a miscelânea de diagnósticos dessas doentes de acordo com o seu alinhamento científico, a exemplo da utilização do registro da loucura maníaco depressiva, em vez de psicose periódica e/ou mania. Da mesma forma, podemos ponderar se a categoria “em observação”, aplicada a muitos pacientes, seria um recurso

---

<sup>204</sup> As causas das mortes dessa mulheres aparecem na seguinte ordem: arteriosclerose (6); nefrite (4); enterocolite (3); poli esteatose (3); insuficiência aórtica arterial (2); difteria (2); disenteria (1); septicemia (1); marasmo (1); demência paralítica (1); degeneração gordurosa do fígado (1); ilegível(3). Além disso, há pacientes que saíram do hospício por alta (5), licença (1) ou evasão (1). Dossiês do Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS.

<sup>205</sup> Dossiês do Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS. Complementam a estatística pacientes sem identificação de nacionalidade (3) e de cor (2).

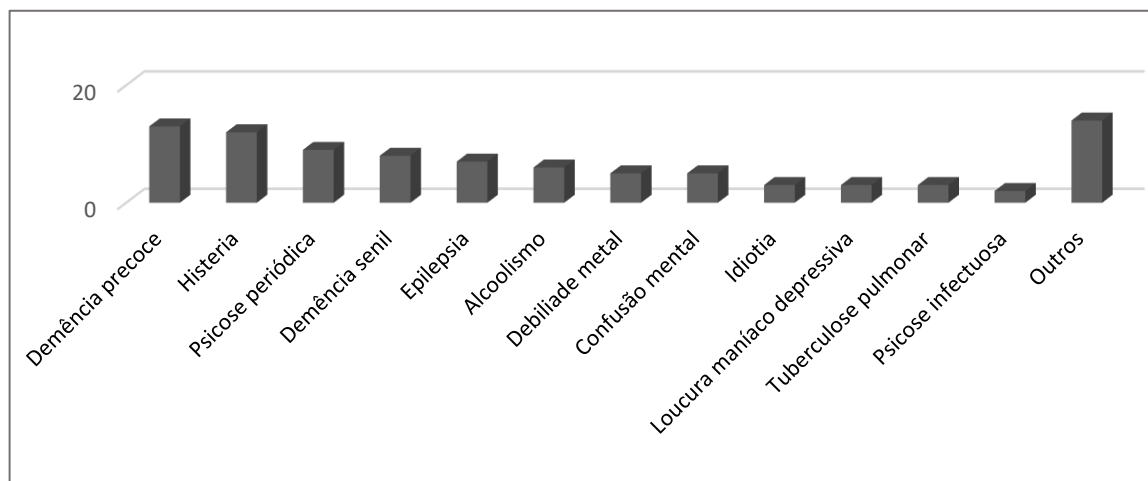
<sup>206</sup> De acordo com dossiês do Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS.

<sup>207</sup> Em outros estão a designações com apenas uma ocorrência: sífilis cerebral; delírio episódico; paralisia geral; psicose de esgotamento; melancolia de involução; excitação maníaca; demência; lipemania; confusão alucinatória; mania; imbecilidade; derrame cerebral; demência pré-senil; microcefalia.



conceitual abrangente, utilizado pelo estudioso, para abarcar outras categorias, como: confusão mental, psicose de esgotamento, tuberculose pulmonar e delírio febril.

Gráfico 15 – Frequência dos diagnósticos das tuberculosas do Pavilhão De Simoni (1908-1918)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Para encerrar o capítulo, convém trazer à tona um último caso, tratado pelo Dr. Almeida (1914;1915;1919), que nos permite preciosa aproximação com a rotina terapêutica do Pavilhão De Simoni. Em 21 de novembro de 1913, uma “mulher desconhecida”, negra, deu entrada na Seção Esquirol em “profundo estado de confusão psíquica, de forma astênica e, como tal, incapaz de fornecer quaisquer informações, nem mesmo o nome”.(ALMEIDA, 1915: 101) Na Seção foi atendida pelo assistente, Dr. Heitor Carrilho<sup>208</sup>, recebendo duplo diagnóstico: mental, “Estado de confusão”; e geral, “Tuberculose pulmonar”. Diagnósticos confirmados pelo Dr. Ernani Lopes.<sup>209</sup> Após 4 dias, a doente foi enviada para o Pavilhão De Simoni, ainda incapaz de fornecer informações sobre si mesma. Posteriormente, a “mulher desconhecida” foi identificada como M.C., de 35 anos, doméstica e brasileira. Segundo o médico, M.C. exibia “nítidos sinais clínicos de tuberculose pulmonar, em estado de extrema miséria psicológica, incapaz de locomover-se, a marcha sendo impossível, tal o grau de abatimento físico” (ALMEIDA,1914:1; 1915:102;). Além do grande abatimento físico, a moça apresentava pulso

<sup>208</sup> Recém-formado pela FMRJ, Heitor Carrilho (1890-1954) atuou como interno e médico do HNA. Foi chefe da Seção Lombroso, voltada para os “loucos perigosos”, assumindo posteriormente a direção do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Também foi professor de psiquiatria daquela faculdade e atuou no Conselho Penitenciário e em sociedades de medicina de sua época. (DIAS, 2011:79)

<sup>209</sup> Ernani Lopes (1885-1975) foi médico interno do HNA; Livre Docente da Cadeira de Clínica Psiquiátrica e Moléstias Nervosas (1911-?); Livre Docente da Cadeira de Clínica Neurológica (1912-?); e Alienista da Assistência a Alienados (1920-?); Diretor da Escola Profissional Alfredo Pinto (??); Diretor da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro; Editor dos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental (?-?). E, atuou na Academia Nacional de Medicina; na Liga Brasileira de Higiene Mental; e na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. Disponível em: <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-psi/medicos/> Acesso em: 20 de mar. 2020.

fraco, taquicardiáco e duplo dicrotismo; a temperatura matutina acima de 38°, alcançando 39° no fim da tarde; “bulhas cardíacas francamente audíveis”; suores noturnos; tosse intensa, constante e catarral, com abundante expectoração; dores torácicas; insônia e perda de apetite.

Pelas recomendações do Dr. Almeida, M. C. ficou de repouso absoluto por um bom tempo. Apesar da falta de apetite, ela teve que se submeter a um regime dietético reforçado, à base de laticínio, gemas de ovos e composto reconstituente. Também teve que se sujeitar a uma série de combinações medicamentosas, o que incluía injeções diárias. Sua rotina abrangia cuidados higiênicos, mensuração térmica, horas deitadas ao leito, na varanda e/ou sob as árvores, tomando ar fresco e banhos de sol. M. C. seguiu realmente essa rotina de cuidados? Não teria resistido a tantas injeções, comer sem vontade e/ou ficar tanto tempo deitada? Nesse caso, não temos documentos que permitam confrontar a prática do médico. Portanto, só nos resta sua versão dos fatos: com quatro meses de tratamento, M.C. recuperou o apetite, o peso e as forças orgânicas, “o que bastante satisfiz a doente”.(ALMEIDA, 1915: 102) Também regrediram os sinais da bacilose e os distúrbios psíquicos. Sentindo-se restabelecida, a paciente pediu alta, saindo em 20 de março de 1914.

Alguns aspectos se destacam neste caso. Primeiramente, o duplo diagnóstico da paciente (confusão mental/tuberculose pulmonar) reforça nossa conjectura de que, para efeitos de análise, Almeida (1919) reorganizou a miscelânea de moléstias mentais do Pavilhão De Simoni, incluindo casos como o de M.C. em outras categorias: “em observação” ou “psicose infecciosa”. Em segundo lugar, ao considerar a melhora da doente, o médico observou a regressão da bacilose e dos distúrbios psíquicos, acentuando a relação entre a fraqueza orgânica e a perturbação mental da paciente, fruto da infecção, não havendo mais razão para detê-la no Pavilhão De Simoni ou mesmo no hospício. Um terceiro aspecto interessante do caso é a concessão da alta a pedido, o que demonstra a ingerência de M. C. sobre seu processo de tratamento, assim como o grau de credibilidade alcançada por ela na relação médico/paciente. Por fim, entre outras enfermas que receberam semelhante tratamento, a resposta surpreendente de M. C. à terapêutica *outdoor* tornou-se “digna de registro”, sendo, então, a paciente tomada como objeto de estudo (ALMEIDA, 1919: 399). Refletiremos mais detalhadamente sobre seus aspectos científicos no próximo capítulo.

Em vista do exposto, compreendemos que as diferentes denominações das moléstias mentais que afetavam nossas pacientes decorriam da superposição de teorias psiquiátricas, variando em função do período de seu internamento e do olhar de um ou outro médico. Quer dizer, ao passar pelo escrutínio clínico, a paciente estava submetida, não só ao olhar analítico

de seu médico-observador, como a toda uma vertente e/ou vertentes de raciocínios psiquiátricos. Ou seja, a um olhar marcado por formação científica específica, por debates sobre as doenças mentais dos quais o médico tomava parte e por sua inserção em contexto sociocultural específico, com valores e concepções que também incrementavam o jogo classificatório.

Apesar das várias categorias médicas observadas nas fontes clínicas das alienadas tuberculosas, percebemos que grande parte das pacientes apresentava quadro de grande debilidade orgânica e psíquica, com variações. Algumas, visivelmente tuberculosas, não chegaram a ser transferidas para os pavilhões de isolamento, talvez por falta de vaga ou por não serem consideradas aptas para o tratamento *outdoor*. Outras passaram pela 4<sup>a</sup>. Seção, mas não responderam à terapêutica utilizada.

Por fim, não podemos perder de vista que as histórias de todas essas mulheres foram compactadas pela objetividade científica que subtraiu, na maior parte dos casos, os sentimentos e anseios da paciente, ficando apenas alguns poucos apontamentos de sua condição orgânica e mental durante o exame. As subjetividades próprias do processo de adoecimento, frente à possibilidade do internamento ou da ameaça da morte, só podem ser alcançadas, muito sutilmente, por expressões anotadas pelos médicos no ato da observação. E, diante do médico, os sentimentos que afloravam podiam ser os mais diversos: indiferença, desconfiança, medo, confusão, irritação, abandono de si, revolta... E o mais marcante: o silêncio de quem perdeu as forças para falar ou de quem se recusa a interagir com um estranho.

\* \* \*

As tísicas da Praia da Saudade, que encontramos, são as retratadas pelos psiquiatras, e uma imagem se apresenta de forma recorrente: a de criaturas depauperadas orgânica e psiquicamente. Grande parte dessas mulheres, “suspeitas de alienação”, chegavam ao hospício já despedaçadas pela doença, magras, pálidas, desnutridas, deprimidas, apáticas, por vezes agitadas, com a memória perturbada, desorientadas e confusas... E, nesse fio de vida, a maioria atravessara a cidade, de forma desconfortável e desgastante, em busca de um leito, muitas depois de terem sido rejeitadas por outras instituições de assistência.

Por um lado, suas trajetórias indicam como o hospício estava assaz interligado às outras entidades de assistência pública da capital e de várias outras regiões, forçosa e insatisfatoriamente, para além da tríade formada com a secretaria de polícia e o intercâmbio hospício/colônia. Por outro, a inserção da tuberculose, no contexto das relações institucionais

do HNA, revela o drama vivido por tais criaturas que precisavam de atendimento médico na cidade carioca. E deixa claro também o dilema médico-institucional diante desses seres em estado pré-agônico que chegavam às portas do hospício: recebê-los em uma instituição sem condições para tal ou rejeitá-los. A rejeição seria o mesmo que condená-los a outra penosa travessia pela cidade, com risco de antecipar-lhes a morte; sendo, portanto, um ato desumano.

Lembramos que, na primeira década do século XX, as mudanças institucionais da direção Juliano Moreira possibilitaram a abertura de novos leitos e a especialização da assistência aos alienados, enfrentando de imediato um grave problema interno. Mas a remodelação do HNA repercutiu fora de seus muros, atraindo mais doentes. Os pavilhões de isolamento feminino Jobim e De Simoni acabaram sendo insuficientes para tantos enfermos que chegavam, todos os dias, ao hospício da Praia da Saudade.

Além disso, a ocupação de leitos por longos períodos acabava limitando o acesso de outros doentes. No meio de tantas internas infectadas com o bacilo de Koch, o critério para mandar a paciente para o Pavilhão Jobim ou Pavilhão De Simoni era a tuberculose aberta. Porém, encontramos dados de enfermas, em estado infeccioso avançado, que não chegaram a ir para o tratamento *outdoor*, por falta de leito ou em razão do perfil mental da doente. Em tais pavilhões não havia mecanismos de contenção para as alienadas agitadas.

Ao mesmo tempo, vimos que o movimento de tísicas acompanhou a dinâmica da assistência às mulheres na cidade do Rio de Janeiro. Assim, no HNA, houve declínio da tuberculose feminina com a criação da Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro (1911), que desaglomerou, pelo menos temporariamente, a Seção Esquirol. E a abertura do Hospital Nossa Senhora das Dores (1914) absorveu uma parcela das tísicas que iriam para o hospício. A tuberculose parece não ter sido um impeditivo para o envio de algumas doentes para a Colônia, por serem consideradas aptas para vida rural e estarem com a tuberculose fechada (sem emissão de bacilos). Entretanto, encontramos, com frequência, pacientes sendo enviadas para o HNA para os pavilhões de isolamento, por causa da tuberculose.

Os novos projetos de atendimento clínico não resolveram satisfatoriamente o problema da falta de leitos do hospício. Contudo, a criação dos pavilhões de isolamento das moléstias infectocontagiosas contribuiu para impulsionar vários estudos científicos sobre a tuberculose, em que doentes fímatosos eram deliberadamente tomados como objeto de estudo. Seguiremos aprofundando este tema no próximo capítulo.

## Capítulo 4

### As múltiplas questões da tuberculose: de objeto a experimento científico (1905-1925)

Neste capítulo, demonstraremos como a produção local sobre a tuberculose, no âmbito psiquiatria, afluiu em um tempo distinto do contexto internacional. Aqui, os estudos ganharam forma após a consolidação do serviço de isolamento das doenças infectocontagiosas, nos fundos do hospício da Praia da Saudade. Isto se deu, em especial, com a implementação dos Pavilhões De Simoni (1908) e Sigaud (1909), especializados no tratamento da tuberculose. As novas medidas não só afirmaram uma prática médica diferenciada para os enfermos mentais fímatosos, como também abriram espaço para mais reflexão, por parte dos psiquiatras, sobre a afecção tuberculosa.

Lembrando Salvatore (2007), cabe sublinhar que o conhecimento produzido pelos atores locais estava vinculado a um contexto institucional, político e sociocultural, com características singulares. Ao mesmo tempo, tais atores representavam a ciência nacional, intrinsecamente vinculada a uma rede transnacional de indivíduos, instituições e práticas. Deste modo, examinaremos a produção científica dos psiquiatras, que exerciam atividades profissionais no HNA e/ou estavam vinculados ao círculo de intelectuais, catalisados por Juliano Moreira, e que tinham como elemento aglutinador a proposição organicista de Kraepelin. Conforme Muñoz (2015), “a geração de Kraepelin produziu novos *lugares de saber* (modelos laboratoriais e institutos de pesquisa, bem como novos objetivos, tecnologias e formas de atuação para o campo mental como objeto científico e assistencial” (MUÑOZ, 2015:21).

Temos como objetivos específicos distinguir as linhas de pesquisas desenvolvidas por esses profissionais; averiguar de que modo buscavam dialogar com a produção científica internacional; analisar como dispunham da estrutura física e humana do HNA para as suas investigações científicas; e correlacionar essa produção científica a novos aspectos que venham a elucidar as relações institucionais do HNA. Objetivos diferentes dos do primeiro capítulo, em que analisamos o debate nacional e internacional sobre a tuberculose, no final do século XIX, bem como as reflexões em torno da doença nas instituições para alienados.

Neste capítulo, a produção científica internacional será observada e discutida a partir da compreensão dos raciocínios dos estudiosos locais, ao longo das primeiras décadas do século XX. Não há aqui intenção de aprofundar a análise de toda a literatura médica mencionada, o

que seria inviável já que as linhas de pesquisa seguiram caminhos diversos e muitas citações se resumiram ao nome do pesquisador, sem grandes referências sobre a obra consultada.

O primeiro ponto a destacar é que boa parte dos artigos que serão discutidos foi publicada no periódico científico *Archivos Brasileiros de Medicina*, em 1913, em edição especial dedicada “às múltiplas questões da tuberculose” (MOREIRA, 1913). Tais artigos foram escritos por atores direta e/ou indiretamente ligados à Assistência a Alienados, à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a outras instituições de saúde pública. O periódico foi fundado em 1911, com direção de Juliano Moreira e Antonio Austregesilo e a finalidade de promover a produção científica nacional para fora do país, mas resguardando os estudos brasileiros de possíveis erros de interpretação e/ou reprodução.

O *Brazil-Medico* noticiou o fato e aplaudiu a iniciativa, reconhecendo a importância da promoção da literatura médica nacional. Assim:

“Os Archivos propõem-se a pugnar pela divulgação e valorização da nossa literatura médica no estrangeiro, seja dando de preferência notícia crítica de obras nacionais, seja inserindo, como fecho de cada artigo original, um resumo de suas conclusões em francês, alemão ou inglês, seja ainda apontando erros de citação, adulterações de sentido e omissões de referência, de que tão frequentemente são vítimas os autores de língua portuguesa.” (BRAZIL-MEDICO, 1911: 68)

O novo periódico se aproxima de *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal* fundado por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto em 1905, a fim de incentivar o estudo criterioso dos doentes mentais e promover a produção científica nacional, tornando-se um instrumento de troca com outras instituições. (FACCHINETI; CUPELLO; EVANGELISTA, 1910: 528).

O periódico *Archivos Brasileiros de Medicina*, ao defender a originalidade da produção científica nacional, reforça a importância dos meios especializados de divulgação científica e das associações promotoras de intercâmbios internacionais para o avanço e a consolidação da ciência, como vimos no capítulo 1.

Tais visões do fazer científico nos ajudam a perceber como, por trás da produção de conhecimento local, existiam processos pessoais e coletivos entrelaçados a várias dimensões institucionais e científicas. No âmbito da medicina mental, a produção de conhecimento era semelhante à de outras especialidades médicas, ou seja, estreitamente vinculada à prática médico-hospitalar. Havia um esforço para compreender a moléstia, e os mecanismos físicos e psíquicos de subjugação do corpo, como também para encontrar recursos terapêuticos eficazes. Os pacientes eram, sim, objetos de análise e experimentação. O tratamento mais acertado para

determinado problema de saúde dependia, então, de uma contínua troca, nacional e internacional, de experiências. Uma busca que se fazia a partir de realidades trágicas e pessoais, como tivemos oportunidade de observar, pelas trajetórias das tísicas do HNA, no capítulo 3.

Quadro 4 - Produção científica analisada sobre estados mentais e tuberculose

Ano	Publicação
1905	MOREIRA, Juliano; PEIXOTO, Afrânio. Classificação das moléstias mentais do Prof. Émil Kraepelin. <i>Archivos Brasileiros de Psychiatria e Sciencias Affins</i> , n. 2, 1905.
1909	AUSTREGESILO, A. Psicoses infectuosas. <i>Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal</i> , Rio de Janeiro, ano 5, 1909.
1913	ABRANTES, Edgar de V. Do pneumotórax artificial no tratamento da Tuberculose pulmonar. ARMBRUST, Gustavo. A helioterapia na tuberculose. AUSTREGESILO, A. Tratamento da tuberculose pulmonar AYRES, Octavio. Tuberculose, tísica e bacilemia. VAZ, Rocha. Diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar. ESPOSEL, F. Nevrites tuberculosas. MOREIRA, Juliano. Estados Mentais nos tuberculosos. RIEDL, Gustavo; MARQUES, Eduardo. Ensaio sobre a tensão superficial do soro nos tuberculosos (Miostagmino-reação). <i>In: Archivos Brasileiros de Medicina</i> , Rio de Janeiro, ano 3., 1º. Sem., 1913.
1915	JÚNIOR, Pio Alves Pequeno. Tuberculose e Demência Precoce. <i>Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal</i> , Rio de Janeiro, ano 11, n. 4, 1915.
1915	ALMEIDA, Waldemar. Resultados terapêuticos n'um caso de confusão mental e tuberculose pulmonar. <i>A República</i> , [coluna: No domínio da Ciência]. Curitiba. Ano XXIX, n. 160, 10 jul. 1914. <i>Brazil-Medico</i> , Rio de Janeiro, Ano XXIX, 1 abr. 1915.
1916	ALMEIDA, Waldemar de; GUEDES, Luiz José. Perturbações mentais em algumas moléstias infecciosas. <i>Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal</i> , Rio de Janeiro, ano 12, n. 1, 1916.
1916	ROCHA, Olavo. <i>Da Tosse: Estudo semiológico, patogênico e clínico</i> . I Vol., Rio de Janeiro, 1916.
1919	ALMEIDA, Waldemar. O problema de assistência aos insanos tuberculosos. <i>Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal</i> , Rio de Janeiro, ano 1, 4º trim. 1919.
1925	GUEDES, Luiz José. O estado mental na tuberculose. <i>Revista dos cursos da Faculdade de medicina de Porto Alegre</i> , v. 11, n. 11, 1925.

Fontes coletadas na Biblioteca Manguinhos/Fiocruz e Biblioteca Alexandre Passos/IMASNS

Tanto a edição de *Archivos*, dedicada à tuberculose, como outras publicações avulsas, identificadas no quadro 4, nos permitem maior aproximação às questões teóricas e práticas que desafiaram os psiquiatras ligados ao círculo de Juliano Moreira. A produção científica local não se restringiu a investigar a relação entre a alienação mental e a tuberculose, mas demonstrou um surpreendente e amplo interesse científico. Além disso, não há dúvidas de que alguns estudiosos usaram a estrutura física e humana do HNA para suas pesquisas. Doentes de enfermarias da Santa Casa e/ou de atendimento particular também faziam parte do universo de

sujeitos investigados. De uma forma geral, todos buscaram referendar suas análises por meio de estudos internacionais e nacionais.

Os artigos publicados sobre a tuberculose em *Archivos Brasileiros de Medicina* resultavam da experiência e do olhar clínico investigativo. As edições especiais traziam ao debate perspectivas diversas sobre a mesma matéria, a exemplo das publicações dedicadas à tuberculose (fevereiro, 1913), à uncinariose (fevereiro, 2014) e à pandemia gripal (maio, 1919). Os psiquiatras alargaram suas preocupações e investimentos científicos, para além da questão mental, a fim de compreender problemas de saúde que afetavam a sociedade como um todo. Tais edições especiais indicam que havia um entendimento prévio e organizacional em torno dos participantes e temas de pesquisa a serem publicados. Isso podia se dar pelo agrupamento de estudos afins e/ou como resultado de um projeto em que os diversos atores ficavam responsáveis por desenvolver determinados temas de pesquisa para publicação futura.

#### **4.1 A relação tuberculose e doença mental como objeto científico: definição, identificação e diagnóstico**

Uma questão, que nos parece central, foi tratada pelo Dr. Octavio Ayres<sup>210</sup> (1913), em *Tuberculose, tísica e bacilemia*, acerca do esclarecimento de conceitos pertinentes ao processo de infecção e adoecimento pelo bacilo de Kock. Como assistente da Clínica de Moléstias Nervosas da FMRJ, Ayres assumiu a tarefa de elucidar termos que estavam sendo desprezados no meio médico e/ou utilizados indistintamente, pois predominavam as perspectivas terapêutica e profilática da tuberculose. No seu entendimento, a falta de distinção conceitual podia influenciar o processo de diagnóstico e o tratamento do paciente, pois diferentes estágios da doença estavam sendo reduzidos a dois: “As várias síndromes clínicas que a toxi-infecção pelo bacilo de Koch pode realizar no organismo do homem são presentemente todas rotuladas com o diagnóstico de tuberculose agudas ou crônicas, exceção feita para a bacilemia.” (AYRES, 1913: 52)

Para Ayres, os avanços de novas práticas medicinais (vacina, sêrum-terapia, higiene, helioterapia, pneumotórax artificial) desbancavam o “velho arsenal terapêutico”. E os novos

---

<sup>210</sup> De Teresina (PI), Octávio Ayres (1880-1964) doutorou-se pela FMRJ, em 1910, defendendo a tese “Da pressão Arterial”, primeira publicação sobre o tema no Brasil. Ocupou cargos técnicos, como diretor do Hospital São João Batista e médico-adjunto no Serviço de Saúde da Brigada Policial da capital. Chegou a catedrático da Faculdade de Ciências Médicas e, eleito em 1924, a Membro Titular da Academia Nacional de Medicina com a memória intitulada “Moléstia de Parkinson”. Disponível em: [http://www.anm.org.br/conteudo\\_view.asp?id=595](http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=595) Acesso em: 05.08.1919



métodos diagnósticos (radiografia, prova de laboratório) colocavam rapidamente à margem “o exame meticoloso das modificações físicas e funcionais do paciente”. (1913: 52) Diante de recursos mais rápidos e seguros para a diagnose, ele destacou sua preocupação conceitual: “o estudo especial de cada individualidade nosológica, com denominações, pesquisas, aspectos clínicos particulares só poderão trazer clareza e método ao espírito.” (AYRES, 1913: 53)

Para esclarecer os termos mencionados, Ayres buscou se expressar pelas palavras daqueles que considerava mestres no assunto. Para falar sobre a tísica, recorreu ao patologista francês George Dieulafoy<sup>211</sup>: “A palavra tísica não é sinônimo de tuberculose; aquela representa a última fase da tuberculose e caracteriza o período da consumpção tisiogênica.” (AYRES, 1913: 53) Ainda, informando que a infecção podia atingir várias partes do corpo, o médico destacou que o tipo pulmonar, o mais comum, podia apresentar-se em formas circunscritas (como granulações e/ou tubérculos) e difusa (como infiltrações tuberculosas ou caseosas); também, podia evoluir lentamente, tornando-se crônica, ou aparecer como moléstia granulosa aguda, “aí há tuberculose, mas não há tísica.” (AYRES, 1913: 53) De qualquer forma, o prognóstico para ambas era o mesmo: uma “sentença de morte”. Os inúmeros doentes consumidos pela forma pulmonar eram denominados tísicos. De novo, dando voz a Landousy (1845 - 1917)<sup>212</sup>:

“A expressão tuberculose deverá ser reservada para as formas anátomo-clínicas que caracterizam o tubérculo, isto é, ao microscópio, o folículo tuberculoso e a olho nu o nódulo tuberculomatoso, este último se apresentando sob dois aspectos:

1º - a granulação cinzenta transparente de Bayle, etc., etc.

2º - a infiltração cinzenta e a infiltração caseosa de Laennec.

A expressão tísica deve, hoje, ainda, como na nomenclatura hipocrática, se aplicar às modalidades consumptivas, ulcerantes e necrosantes do mal tuberculoso de que ele é contingência última; e isto é, qualquer que seja o tecido, órgão ou aparelho atingido pela degeneração caseosa, quer se trate de tísica cutânea, osteo-articular, renal, ganglionar ou tísica pulmonar.” (LANDOUSY, s/d, *apud* AYRES, 1913: 54)

Ademais, Ayres diferenciou o termo bacilemia da bacilose: o primeiro para a fase de veiculação dos bacilos na corrente sanguínea; o segundo, estando o bacilo instalado em algum tecido, para determinar a presença de lesões. “Verificada a presença do bacilo no sangue<sup>213</sup>, nem sempre poderemos pensar em bacilemia, pois somente quando houver a síndrome clínica

---

<sup>211</sup> Paul George Dieulafoy (1839-1911) escreveu o *Manuel de Pathologie Interne*, obra publicada no final do século XIX, com inúmeras edições, tratando da patologia de diversas moléstias infectocontagiosas.

<sup>212</sup> LANDOUSY, Louis Théophile Joseph. *Evolução histórica da tisiologia*, Presse Medicale, 1912.

<sup>213</sup> Os métodos citados são: da homogeneização (Bezançon, Griffon e Philibert); da anti-formina (Schinitter e Kuraschigue); da inoscopia (Jousset); da hidro-hemoyse (Nattan, Larrier e Bergeron); e, da sanguessuga (Lesicur e Gary). (AYRES, 1913: 55).

esta adquire foros de entidade mórbida.” (1913: 55). A essa síndrome clínica, provocada pelo bacilo de Koch, chamada de tifo-bacilose (por Landouzy), Ayres destacou de Gangerot<sup>214</sup> os seguintes sintomas: febre alta, prostração, anorexia, subdelírio, leve diarreia ou constipação, emagrecimento rápido, pulso duplo, baço e fígado aumentado de volume etc. De evolução rápida, a bacilemia levava o doente a morte, no oitavo ou décimo sétimo dia; caso contrário, ao se instalar em um órgão qualquer, a doença assumia a forma crônica, sendo o doente visto como um “tísico vulgar”. Por fim, baseado na visão de Landouzy, via a esperança de cura aos atacados pela bacilemia (AYRES, 1913: 56).

Recorrendo aos estudiosos franceses, vemos Ayres endossando três planos teóricos distintos: um que remontava as concepções hipocráticas da tísica; outro que remetia aos achados anatomopatológicos da tuberculose do século XIX, por Bayle e Laennec; e o terceiro que se apoiava nas recentes contribuições bacteriológicas sobre o bacilo de Koch. Porém, Ayres o faz consciente de que a história da moléstia tinha as suas lições, dispensadas pelos jovens médicos na rotina estafante da pesquisa científica. Deste modo:

Dia a dia, os que vivem a mourejar pelos hospitais, envolvidos em atmosfera de estudos médicos, sentem que o clínico de hoje, obrigado a multiplicar a sua atenção pelos vários métodos de pesquisa científicas, como elementos necessários e indispensáveis à observação minuciosa e completa de cada caso mórbido, se vai desapegando destas velhas noções. (AYRES, 1913:54)

Pelos olhos do Dr. Ayres, no início do século XX, vemos a formação médica se renovando sob novos parâmetros e a exigir postura científica de cada médico, não só como arguto observador clínico, mas também como conhecedor dos recentes métodos de pesquisa e recursos técnicos de desvelamento da doença. Ao mesmo tempo, os jovens estudantes estavam abandonando as velhas lições médicas. Tal cena, que se encaixa bem na análise de Cunningham (1992), ilustra como a introdução do laboratório passou a gerar mudanças na forma de pensar e praticar a medicina (1992: IX). O laboratório, por consequência, exigia um outro tipo de formação acadêmica.

Faure (2008: 32) nos dá ainda um novo elemento para pensar o processo de mudanças do olhar médico: a passagem da tísica à tuberculose representou uma ruptura entre o doente e o médico, que antes falavam uma linguagem comum – da tísica como uma doença dos pulmões e suas expectorações sanguinolentas. O termo tuberculose introduziu uma variedade de afecções pulmonares, e em outras partes do corpo, que retirou do doente a capacidade de definir

---

<sup>214</sup> GOUGEROT. *La typho-bacillose de Landouzy, diagnostic bactériologique à la période d'état. Presse Médicale, 1908.*

sua moléstia. Este processo de transformação foi lento, inclusive na literatura médica (FAURE, 2008:32). O artigo do Dr. Ayres é um belo exemplo.

Vemos a valorização do papel do laboratório em estudos, como no artigo do Dr. Rocha Vaz (1913) – *Diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar* – que nos coloca diante de mais um detalhe fundamental para a prática do isolamento do tuberculoso. É importante registrar sua experiência como docente de Clínica Médica da FMRJ, como médico da Santa Casa de Misericórdia e como alienista do HNA, onde atuou no setor de isolamento das doenças infectocontagiosas e se dedicou a vários casos de tuberculose pulmonar. Consta sua assinatura em dezenas de dossiês de pacientes do hospício, que foram a óbito por tuberculose.

O artigo do Dr. Vaz nos informa sobre a complexidade de se identificar com precisão o doente infectado com o bacilo de Koch, pois “a semelhança das combinações caleidoscópicas”, a enfermidade podia se disfarçar sob várias máscaras (1913: 1). De acordo com o facultativo, a dificuldade se colocava tanto para determinar o estado agudo quanto o crônico. Os sintomas comuns se reduziram a três sinais – emagrecimento, consumpção e caquexia. Igualmente difícil era distinguir a afecção pulmonar de outras condições doentias, como a gripe, o estado tífico e a pneumonia. A própria hemoptise que se fixou na prática clínica como um sinal da tuberculose podia ter várias causas (como aneurismas da aorta) (VAZ, 1913:5).

Ao discutir os problemas das variações clínicas do processo infeccioso da tuberculose pulmonar<sup>215</sup>, Rocha Vaz propôs algumas interrogações que demonstram como o diagnóstico da tuberculose desafiava o olhar médico, tornando-o dependente da prova de laboratório. Deste modo:

Ora, sem que o laboratório venha demonstrar a presença do bacilo de Koch, como podemos afirmar a natureza deste processo, produto de vários agentes patogênicos?” (...)

Como podemos afirmar o diagnóstico precoce da tuberculose crônica em indivíduo que apresenta: *rudeza inspiratória e a expiração longa, prolongada e intermitente*, quando a observação e o estudo das causas determinantes dessas modificações, demonstram a sua presença em indivíduos sãos, em anemiados, em bronquíticos vulgares, etc.?

Quantas vezes o exame físico é negativo e o bacilo de Koch, porém, está acastelado no pulmão, produzindo toxinas que envenenam o organismo inteiro, enfraquecendo-lhe os meios de defesa e cachetizando o doente até tirar-lhe a preciosa vida? (VAZ, 1913: 2-4)

---

<sup>215</sup> O médico fez alusões às formas confluyente e disseminada, no quadro agudo da doença, que apresentariam sinais e aspectos variados, como a “tuberculose hepatizante” (alteração patológica do tecido pulmonar, assemelhando-se ao tecido do fígado); a “tísica galopante” (manifestando-se nos dois pulmões e em vários pontos); ou “tuberculose miliar aguda” (sendo todo o organismo invadido pelo bacilo, pela corrente sanguínea). No caso da hepatização tuberculosa, os sinais seriam semelhantes aos da hepatização pneumocócica – como som de percussão, respiração brônquica, estertores crepitantes e subcrepitantes, febre variável, emagrecimento rápido etc. (VAZ, 1913: 2).

Dr. Vaz refere-se à preferência dos clínicos da época pelo diagnóstico precoce da “tuberculose caseosa crônica”, que ocorria com maior frequência, tinha um período de contágio longo, e permitia aos clínicos apoiarem-se nos sinais do aparelho respiratório (como a variação do som de percussão dos pulmões e a “respiração cavernosa”). Sobretudo, possibilitava algum êxito terapêutico, pelo menos em sua fase inicial. Por outro lado, esses mesmos sinais poderiam ser encontrados em outros quadros infecciosos, como a sífilis e “a supuração de uma dada zona pulmonar” (VAZ, 1913: 4). Ou seja, em sua percepção, os sinais não deveriam ser considerados isoladamente, mas associados.

O médico expôs ainda o valor e os limites de alguns métodos de diagnósticos<sup>216</sup> para a detecção da tuberculose, criados por diferentes cientistas. Mostrou que alguns, mesmo com contraindicações, podiam funcionar para determinados tipos de tuberculose; e outros eram imprecisos ou mesmo inúteis. Entretanto, considerava que tanto em infecções agudas como em crônicas, os exames de escarro e de sangue eram os que melhor detectavam a tuberculose pulmonar (VAZ, 1913: 6-7).

Por fim, destacou suas principais conclusões: 1. O diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar para as formas aguda e crônica só deveria ser feito após certificada a presença do bacilo do Koch no escarro ou no sangue; 2. Os registros das pequenas variantes nas reações individuais não teriam grande valor para a etiologia da doença, dado a presença de vários agentes patogênicos; 3. Os sinais físicos poderiam ser reveladores, mas não decisivos para o diagnóstico; 4. A importância do rigor técnico no exame do escarro – “exame direto, exame depois da homogeneização e da sedimentação, cultura do bacilo e inoculação em animais.”; 5. A pesquisa do bacilo no sangue podia ser feita por vários métodos, todos baseados na homogeneização; 6. No caso, da ausência de resultados positivos por tais meios, o diagnóstico deveria ser feito por exclusão e probabilidade (VAZ, 1913: 8).

Identificamos um estudo de Edward S. Simpson<sup>217</sup> (1910), similar ao do Dr. Vaz que vale a pena mencionar aqui, *Tuberculosis in the insane: with special reference to the pulmonary tuberculosis, and with notes on Calmette's ophthalmic reaction in tuberculosis* – tese defendida na Universidade de Edimburgo. Além da experiência como assistente no *East Riding Mental*

---

<sup>216</sup> A *reação de temperatura* seria de valor quando relacionada à fadiga (método proposto por Dairemberg); o exame *sub-cuti-reação*, empregado para os casos de tuberculose cirúrgica, (com muitas contraindicações, segundo Bandeleir e Ropke); a *cutirreação* de Von Piquet, que pecava pela hipersensibilidade etc.

<sup>217</sup> Edward Swan Simpson (1882-1927) nasceu em Edimburgo, onde graduou-se médico pela Universidade de Edimburgo, em 1905; e doutorou-se em 1910; era membro da British Medical Association e do conselho da Medico Psychological Association. Trabalhou por 22 anos no East Riding Mental Hospital. (THE BRITISH MEDICAL, Marc. 1927: 445).

*Hospital*, Simpson compilou dados de óbitos por tuberculose nos asilos escoceses, substanciando sua tese com dados estatísticos e referências a estudos anglo-saxões sobre a problemática da tuberculose nas instituições para alienados, como os dos doutores Clouston, Crookshank e Eric France (mencionados no primeiro capítulo). Já Rocha Vaz baseou-se muito mais em suas observações clínicas<sup>218</sup> e mobilizou estudos científicos internacionais mais vinculados a investigações de métodos diagnósticos. Porém, ambos eram contemporâneos e desenvolveram experiências no tratamento da tuberculose entre os alienados e levantaram alguns aspectos análogos, ainda que suas investigações estivessem inseridas em processos histórico-culturais diferenciados.

Assim, o Dr. Simpson observou que havia dois fatores que facilitavam ou dificultavam o diagnóstico da tuberculose entre os alienados: um, a extensão da doença; o outro, o estado mental do doente no momento do exame. Seu estudo afirmava que, entre as várias formas de manifestação<sup>219</sup> do bacilo de Koch, a pulmonar era a de maior prevalência nas instituições para doentes mentais inglesas. As fimatoses, em estágios mais avançados, seriam mais facilmente diagnosticadas do que as ocorrências agudas em pacientes com maior comprometimento do estado mental. Porém, um quadro infeccioso poderia confundir o diagnóstico médico, como nos casos de enfisema e bronquite, e dificultar o monitoramento da tuberculose.

Enquanto Rocha Vaz defendeu a importância da prova de laboratório para um diagnóstico eficaz, Simpson salientou o exame clínico e a observação do paciente, pontuando os seguintes aspectos: inspeção da expansão pulmonar; apalpação para confirmar os resultados da inspeção; cuidadosa percussão, especialmente dos ápices posteriores; auscultação, dependendo do estado mental do doente pois poderia ser pouco satisfatória entre os insanos já que muitos doentes tendiam à respiração superficial; investigação da temperatura; controle do peso corporal, que poderia indicar o avanço da infecção e a proximidade da morte; e a observação de vários sinais que poderiam indicar uma infecção bacilar – suores noturnos, anemia, falta de energia, perda de apetite, irritabilidade gástrica; dor localizada, muito comum nos casos de pleurisia (inflamação do tecido que reveste o pulmão); tosse, expectoração; hemoptise; estado mental e mudança no comportamento do paciente. Defendia que os enfermeiros deveriam ser especialmente instruídos para não negligenciar alguns desses sinais,

---

<sup>218</sup> Como mencionado no capítulo três, Dr. Rocha Vaz angariou experiência trabalhando nos pavilhões de moléstias infectocontagiosas. Encontramos inúmeras pacientes tuberculosas assistidas pelo médico.

<sup>219</sup> Sobre os diferentes tipos de tuberculose entre a população de internos, observados ao longo de cinco anos de sua prática médica, Simpson destacou a ocorrência da tuberculose cirúrgica, em todas as classes de insanos, principalmente nos ossos e nas glândulas do pescoço; da meningite tuberculosa, mais comum entre os idiotas e imbecis; lúpus (apenas dois casos); e nos órgãos abominais, em menor frequência no baço e rins etc. (SIMPSON, 1910: 14-18)

assim como para treinar os pacientes para o correto uso das escarradeiras (SIMPSON, 1910: 22-35).

Para ambos, o exame clínico bem como a prova de laboratório eram partes do processo de diagnóstico. O que os diferencia é o ângulo no tratamento da questão: Rocha Vaz pensava o problema do diagnóstico da tuberculose pulmonar a partir de suas dificuldades práticas no HNA, e o discutia em um artigo médico. A preocupação de Simpson estava em entender, identificar e tratar a tuberculose, também a partir de uma instituição para alienados, mas dentro de uma tese doutoral e seguindo a linha de estudos que se desenvolvia no mundo anglo-saxão, desde o século anterior, como vimos no capítulo 1.

Como em Vaz (1913), o laboratório ganhou grande importância também nos estudos de Gustavo Riedel e Eduardo Marques (1913), em *Ensaio sobre a tensão superficial do soro nos tuberculosos (Miostagmino-reação)*. Os autores registraram as experiências realizadas a partir da aplicação do método "Miostagmino-reação", de M. Ascoli, na tentativa de alcançar "um meio seguro e prático" para o diagnóstico da tuberculose. Neste período, Riedel ocupava os cargos de alienista-chefe do Laboratório de Química Biológica do HNA e docente de química médica na FMRJ; e, Marques, o de preparador e docente de microbiologia, na mesma faculdade. Sobre o método de Ascoli os autores esclareceram:

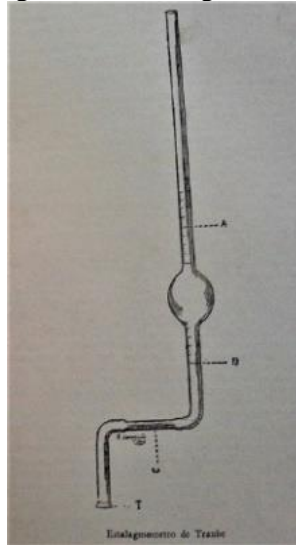
M. Ascoli indicou o fenômeno do abaixamento da tensão superficial que apresenta a mistura, feita em proporções determinadas, de um soro, contendo anticorpos específicos, e antígeno correspondente, após um estágio de 2 horas na estufa a 37°, ou de 1 hora em banho maria a 50°.

O abaixamento da tensão superficial se manifesta por um aumento do número de gotas, aumento que é determinado com o estalagmômetro de Traube. [Figura 17]

A alguns tem esse método diagnóstico proporcionado resultados animadores, principalmente nos animais, nos quais os dados clínicos e bacterioscópicos são por vezes de difícil obtenção. (RIEDEL e MARQUES, 1913:10)

Como outros pesquisadores que vinham aplicando o método com o soro de indivíduos tuberculosos, Riedel e Marques replicaram a experiência. Desse modo, adentrando o campo da bioquímica, ambos trabalhavam em meio laboratorial controlado, em temperatura ambiente, sempre no mesmo horário, e seguindo os procedimentos técnicos necessários para "guardar as devidas relações nos resultados" (RIEDEL e MARQUES, 1913:14). Assim, buscavam produzir antígeno (a partir de culturas do bacilo de Koch) e soro (por meio da punção venosa de pacientes tuberculosos), para testarem a "técnica da reação". A pesquisa ainda estava em curso e os autores não chegaram a uma conclusão definitiva, mas acreditavam que o método poderia fornecer resultados apreciáveis no diagnóstico da tuberculose.

Figura 17 - Estalagmômetro de Traube



Fonte: Riedel e Marques (1913:11).

Difícil compreender os pormenores desse estudo, pelos menos para quem não tem iniciação laboratorial, mas é fácil verificar que os pesquisadores estavam motivados por investigações internacionais.<sup>220</sup> Pelo visto, ambos estavam, formal ou informalmente, estabelecendo parcerias institucionais e diálogo entre distintos campos técnicos-científicos (como a clínica psiquiátrica e a química biológica), sendo Riedel alienista-chefe do Laboratório de Química Biológica e ambos docentes da FMRJ. Também, possivelmente utilizavam a estrutura do HNA para suas pesquisas. O estudo de Riedel e Marques (1913) bem como o de Rocha Vaz (1913) nos leva a crer que os métodos existentes de identificação do bacilo de Koch eram ainda considerados insatisfatórios e, nos planos nacional e internacional, cientistas buscavam alcançar procedimentos técnicos mais rápidos e eficientes para a detecção da tuberculose.

Não menos árduo é o artigo do Dr. Esposel (1913) – *Nevrites tuberculosas* – que nos orienta para outro ângulo de abordagem científica da infecção pelo bacilo de Koch: do esforço em compreender como a tuberculose podia afetar os nervos do sujeito doente e por quais sinais se podia reconhecer a doença. Ocupando os cargos de assistente no HNA e de médico-adjunto na Santa Casa da Misericórdia, o Dr. Esposel procedeu experiências em pacientes das duas instituições. Partindo do princípio de que a tuberculose era, desde muito, reconhecida como fator etiológico de nevrites [ou neurites], o psiquiatra indicou a falta de exames

---

<sup>220</sup> A exemplo das pesquisas de M. Ascoli (miostagmino reação), Vallillo (aplicação do método em bovinos e suínos tuberculosos), Izar (aplicação do método em soro de indivíduos tuberculosos).

anatomopatológicos dos nervos e acionou vários estudiosos internacionais<sup>221</sup> desse campo para afirmar a relação entre a tuberculose e os distúrbios de sensibilidade. Portanto:

O início de qualquer processo tuberculoso no organismo se revela, muitas vezes, por sinais de reação nevrítica. Assim é, que não raro o ciático é o nervo lesado, de sorte a termos de princípio uma nevrite específica, quase sempre bilateral e com sua sintomatologia conhecida; outras vezes são os nervos intercostais (Bean), os supra orbitários (Peroud), os trigêmeos (Naissade), os frênicos e outros.

A respeito da tuberculose pulmonar, muitos sinais verificados e descritos como elementos para a precocidade do diagnóstico assentam sobre uma reação nevrítica ou neuromiosítica. (ESPOSEL, 1913: 129)

Dessa forma, Esposel indicou resumidamente vários sinais<sup>222</sup>, discutidos por diferentes pesquisadores, como elementos que poderiam contribuir para a precocidade do diagnóstico da infecção tuberculosa. Considerando os períodos da tuberculose pulmonar, o médico defendia que as reações nevríticas podiam aparecer no 1º período da moléstia, cujo índice podia ser muito acima dos 10% (porcentagem indicada por Carrière); e, com maior frequência, nos tuberculosos em 2º e 3º períodos. Ou seja, na sua visão, o avanço da tuberculose favorecia o aparecimento de nevrites (ESPOSEL, 1913: 131).

Após as explicações científicas de praxe, o Dr. Esposel tratou das experiências feitas em dezenas de pacientes do Hospital da Misericórdia (7ª, 8ª, 10ª e 20ª enfermarias) e do HNA, nos quais identificou uma alta ocorrência (95%) de “perturbações da sensibilidade”, como: dormências; formigamentos; câimbras; reações de frio ou calor, particularmente nos membros inferiores; a dermalgia de Peroud (afalgesia de Pitres), quer dizer, dor acentuada ao mínimo toque; confusões de estímulos e erros de localização, entre outras. Esposel definiu índices para os problemas de sensibilidade encontrados nos pacientes, a exemplo da incidência, em 90%, de dor à pressão dos músculos gêmeos. (ESPOSEL, 1913: 132).

O facultativo nos coloca a par das experiências que fazia no “Gabinete Erb”, do HNA, ao explicar suas experiências com o uso de correntes elétricas:

Fizemos o exame elétrico em vários nervos dos membros inferiores de alienados fimatosos recolhidos ao Hospital Nacional. Ressaltamos aqui, que em

---

<sup>221</sup> Esposel respaldou suas alegações nos estudos anatomopatológicos de Pitres e Vaillard, Eisenlohr, Oppenheim, Strümpel, Católa etc. Sobre os sinais da reação nevrítica, citou vários outros autores e suas conclusões, como no caso da identificação da taquicardia no início da fimatose, discutida por Bouchard, Turban e Huchard; e a desigualdade pupilar, por Destrée e Hamigton etc. Comenta o curso que fez com o prof. Dejerine [prof. de Paris e médico da *Salpêtrière*], com quem dialogava sobre a questão das polinevrites nos fimatosos, como fenômenos raros, mas não em absoluto para Esposel, que observava a polinevrite generalizada. (ESPOSEL, 1913: 130).

<sup>222</sup> Por exemplo: os pontos dolorosos, indicados por Cros; o sinal de Peter e Filleau, que era a “dor despertada pela pressão entre os músculos escalenos”; o sinal de Roussel ou “dor pela percussão, impropriamente dita ungueal”, como observado por Austregésilo; a “atrofia muscular precoce escapulo-torácica”, verificado por Vulpian, Charcot, Raymond; a taquicardia no início da fimatose, discutida por Bourchad, Turban, Huchard e Grasset (ESPOSEL, 1913: 130).



todos eles havia notável hipoe excitabilidade ao estímulo farádico e ao galvânico e em alguns, o que é importante, inversão da fórmula (Reação de Erb)<sup>223</sup> à eletricidade galvânica, o que constitui um dos elementos da síndrome de reação de degeneração. (ESPOSEL, 1913: 133).

De acordo com Munõz (2015), além da psiquiatria comparada<sup>224</sup> e da psicologia experimental, o método kraepeliano propunha o olhar atento para “as lesões físicas, a observação longitudinal e constante do paciente e do curso da doença.” (MUÑOZ, 2015:20). Neste sentido, o manual de W. Erb [1882] tornou-se referência para os interessados na aplicação da eletroterapia, particularmente voltado para o tratamento das doenças nervosas, a exemplo dos estudos de Freud e outros que se dedicaram à neurologia. De fato, os objetivos da medicina mental tornaram-se próximos aos da medicina geral: pesquisa em laboratório, experimentos com animais, localização da doença no corpo etc. (MUÑOZ, 2015:54).

Para exemplificar suas experiências no “Gabinete Erb”, Esposel apresentou os casos de duas jovens tuberculosas, observadas no Pavilhão Jobim. A primeira, Maria V., tinha 17 anos, era parda e doméstica, deu entrada hospitalar em 28 de dezembro de 1912. “Diagnóstico mental: demência precoce. Intercorrência: tuberculose com manifestações nevríticas (forma amiotrófica); perturbações objetivas da sensibilidade; mialgias. Reflexos patelares e aquileos vivos; marcha levemente atáxica.” (ESPOSEL, 1913: 133) Já Paulina deu entrada no dia 26 de novembro de 1912, diagnosticada com epilepsia e tuberculose pulmonar. A moça tinha 24 anos, era preta, solteira, e dedicada ao serviço doméstico. A paciente apresentava “perturbações objetivas (hiperestesia), mialgia, reflexos vivos etc.” (ESPOSEL, 1913: 134).

Em ambas, o Dr. Esposel examinou as respostas dos nervos ciáticos e tibial. Os testes com corrente farádica indicaram alteração da sensibilidade nas duas jovens. Paulina apresentou “grande hipoe excitabilidade farádica”, considerando a resultados obtidos, na mesma máquina, com outros pacientes. Quanto à corrente galvânica, o Dr. Esposel interrompeu os testes para não expor as jovens a uma carga elétrica além do tolerável. Sobre este aspecto registrou:

Quanto à eletricidade galvânica não levamos o nosso exame além da reação de fechamento do polo positivo comparando com a do fechamento do negativo, pois para estas contrações já era necessária uma intensidade tal de corrente (como a de 40m.a. num caso) que penoso para a paciente seria a verificação do resto da fórmula, que, de regra, exige ainda maior intensidade de corrente (ESPOSEL, 1913: 134).

---

<sup>223</sup> Segundo Savoy e Koury (1943), o exame elétrico permite identificar modificações do sistema nervoso motor periférico. O emprego das correntes farádica e galvânica podem indicar hiper ou hipoe excitabilidade dos nervos periféricos, utilizando um menor ou maior intensidade de corrente elétrica para provocar a contração muscular. As alterações dependem da gravidade e antiguidade da lesão. A reação de Erb é uma das possíveis fórmulas para induzir a resposta muscular (1943:119).

<sup>224</sup> A psiquiatria comparada estava voltada para o estudo das formas de manifestação das doenças mentais em culturas diversas, segundo Oda e Dalgalarondo (2000:178).

Possivelmente, como deduzimos pelos detalhes mencionados pelo Dr. Esposel, as jovens foram consideradas como objeto de estudo por serem tuberculosas e apresentarem alguma disfunção na mobilidade ou outro tipo de problema nos membros inferiores. O médico concluiu que, em alguns casos, a tuberculose poderia estar ligada à “síndrome polinevrítica”, admitindo “a existência de nevrites ligadas ao processo tuberculoso”, restava saber como isso ocorria.” (ESPOSEL, 1913: 135). E, assim, ele prosseguiu, averiguando as possíveis explicações dos estudiosos para essa relação sem, contudo, chegar a uma conclusão consistente – além do que “não se pode negar a existência de nevrites tuberculosas de causa específica expressa pela sua natureza toxi-infectuosa.” (ESPOSEL, 1913; 134).

Um dos casos analisados pelo Dr. Esposel, Maria V., é uma das pacientes que obteve mais de um diagnóstico em sua trajetória de internação, como já mencionamos no capítulo 3. Na sua guia policial, Maria V. foi diagnosticada em estado de confusão mental, assim descrito: de estatura regular; compleição franzina; má nutrida; com estigmas físicos de degeneração da mobilidade; agitada; fisionomia indiferente; confusa, com alucinações e delírio de sonho. No PO, além do diagnóstico de confusão mental, ela recebeu o de demência precoce. Mas, em sua ficha do PO, também ficou registrado o diagnóstico de psicose periódica, em sua primeira passagem pelo hospício, em julho de 1911. Em sua 2ª internação, no HNA, ela deu entrada na Seção Esquirol e, dois dias depois, foi enviada para o serviço de isolamento das doenças infectocontagiosas, o Pavilhão Jobim, em 31 de dezembro de 1912. A passagem pelo “Gabinete Erb” ocorreu de fato, mas não consta a data. Maria V. foi a óbito exatamente um mês depois, por conta da tuberculose pulmonar.

Por seu breve histórico, vemos que Esposel desconsiderou em seu relato a informação de que fez o experimento numa paciente em estágio avançado da infecção tuberculosa, já com grande comprometimento do seu estado orgânico. Também, notamos que os “estigmas físicos de degeneração da mobilidade”, anotado na guia policial da paciente, foram traduzidos como “tuberculose com manifestações nevriticas”, por Esposel. Intercorrência que não ficou registrada no seu protocolo, apenas o seu óbito, por tuberculose pulmonar, em 31 de janeiro de 1913.

Conforme Munõz (1915), a neuropatologia laboratorial foi um caminho trilhado pelos alemães na busca por respostas para as desordens mentais. Contudo, ainda no século XIX, surgiram críticas aos resultados poucos promissores na explicação etiológica de tais desordens. As lacunas não preenchidas no processo de diagnóstico levaram Kraepelin a defender o *retorno à clínica*, mas sem perder de vista a investigação laboratorial (1915: 56). Na visão de Kraepelin,

o retorno à clínica deveria estar associado às tecnologias médicas de quantificação, de exame, e às pesquisas anatomopatológicas. Ou seja, era preciso lançar mão de “todos os saberes científicos, instrumentos, métodos e tecnologias disponíveis para que os novos avanços pudessem ser alcançados na explicação da psicopatologia e no aperfeiçoamento das nosologias.” (1915: 62) Segundo Berrios e Hauser (2013:139), a junção da clínica com a análise estatística permitiu a Kraepelin avançar na compreensão da doença mental e criar uma taxonomia para as psicoses.

No Brasil, o ramo da neurologia se desenvolveu vinculado ao da psiquiatria, a partir do século XIX, mas ganhou autonomia no século XX, especialmente a neuropatologia. (FACCHINETTI & MUNÓZ,1913: MUÑOZ, 2015: 29). Pelo que informa Engel (2001), o setor de eletroterapia foi implementado no HNA pelo diretor Teixeira Brandão, em 1899, para tratar casos de histeria, hemiplegia, atrofia muscular e nevrites infecciosas (2001:310). Na visão da autora, a eletroterapia teria sido mais um dos meios de tratamento e de controle empregados nas unidades da Assistência, como a hidroterapia. Ou seja, o início do tratamento terapêutico, e de pesquisas utilizando correntes elétricas, é anterior às mudanças realizadas por Juliano Moreira.

Contudo, pelas investigações do Dr. Esposel, entendemos que tais recursos não se reduziam a ser um instrumento de controle dos pacientes. O médico nos dá um exemplo concreto do tipo de pesquisa que era levado a efeito no “Gabinete Erb” do HNA, dentro da influência organicista germânica, e como a tuberculose pulmonar instigou investigações diversas e singulares. Seu estudo demonstra também como os alienados mentais podiam tornar-se objetos de pesquisa científica sobre a tuberculose e terem seus corpos submetidos aos estudos da ciência.

Um trabalho que tirou grandes lições da clínica foi o do Dr. João Olavo da Rocha e Silva, outro médico interno da Assistência a Alienados que se dedicou ao tratamento de doentes tuberculosos e transformou sua prática médica diária em um projeto de investigação científica. No livro *Da Tosse: estudo semiológico, patogênico e clínico*, publicado pela tipografia do *Jornal do Comércio*, em 1916, Olavo Rocha anunciou a sua trajetória profissional junto aos doentes tuberculosos. Inicialmente como médico da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, e atuando no Dispensário Azevedo Lima (fundado em 1902); entre 1905 e 1912, nas enfermarias do Hospital da Misericórdia; e a partir de 1912 como assistente do HNA.

Ao logo desse período, conforme expresso, Dr. Olavo Rocha se dispôs a examinar três pacientes diária e minuciosamente, instigando-lhes a falar sobre seus males e sintomas físicos,

"pois o tempo que dispensamos a cada um deles é bastante para que nos contem com minúcias todos os incidentes da sua doença, são uns cinco mil doentes, dizíamos que nos tem falado de tosse, de expectoração, de hemoptises, de pontadas de afrontação, etc." (ROCHA, 1916: I).

Além da experiência clínica, o Dr. Olavo Rocha fez um levantamento exaustivo de tratados médicos que abordaram a tosse – livros que muitas vezes dedicaram apenas algumas páginas ao tema, sem grande profundidade, segundo criticou – a fim de ir além da explicação de fenômenos exteriores. Seu levantamento bibliográfico incluiu, dentre outros, estudos de fisiologia, patologia, diagnose, psiquiatria, cirurgia e clínica médica. Deste modo, o médico observou a importância de compreender o organismo do doente como um todo e conhecer a fundo os diversos aspectos da terapêutica:

A práticos, dignos desse nome, interessa tudo quanto é capaz de esclarecer a terapêutica, e base dela é, em muitos casos, a patogenia e a fisiopatologia. Conhecendo a diversidade de modo porque podem múltiplas causas provocar um mesmo sintoma, e conhecendo o íntimo mecanismo de que resulta a manifestação de cada sintoma, pode o prático compreender as relações de dependência existente entre vários que se apresentem simultaneamente, e visar então terapêuticamente aquele único de que demais dependem. Sem esses conhecimentos fica ele às cegas, curando de fenômenos que estão subordinados a outros de que ele se descuida, ou agredindo a todos simultaneamente, como se fossem independentes entre si. Age então o prático como um magarefe, que para cortar da vida o fio a sua presa, lhe andasse escalpelando o órgão por órgão, aparelho por aparelho, tecido por tecido, matando-lhe portanto parte por parte, ao invés de, com um só golpe, logo lhe cair a fundo sobre o nó vital (ROCHA, 1916: III).

Portanto, seu objetivo foi criar um manual que contribuísse mais a fundo para o conhecimento do assunto, não só apontando o pensamento de diversos autores, como analisando as diversas tosses à luz de sua própria experiência. De acordo com a apresentação do livro pelo *Brasil-Médico*, trata-se do primeiro tomo de um projeto que incluía uma série de trabalhos voltados para o estudo de moléstias do aparelho respiratório<sup>225</sup>, e que revelava, ao mesmo tempo, o médico erudito e prático, “um verdadeiro clínico moderno.” (BRAZIL-MEDICO, 1917:103). Quer dizer, a dedicação conjunta à clínica e à investigação científica tornara-se sinônimo de modernidade da profissão médica.

Seu livro *Da Tosse* foi estruturado em cinco capítulos, nos quais o clínico buscou apresentar desde aspectos anatômicos e fisiológicos a clínicos e terapêuticos. Em síntese, no livro foram discutidos os seguintes temas: *I. Generalidades* – da anatomia do pulmão e a atividade respiratória à caracterização da fisiologia das ações de espirrar e de tossir. *II.*

---

<sup>225</sup> Dando seguimento ao seu projeto, Olavo Rocha publicou outro livro, *Expectoração*, em 1923, mas não foi localizado.

*Particularidades relativas as várias origens da tosse* – a origem de dezenas de tosses: voluntária, nervosa, histérica, dentária, faríngea, laríngea, traqueal, brônquica, pleural, abdomino e pelvi-viscerais, entre outras subdivisões. *III. Caracteres da tosse subordinados a circunstâncias de varia espécie* – os tipos de tosse: seca, úmida, quintosa, forte, fraca, sonora, surda, recorrente, contínua, irresistível, provocada, auscultada. *IV. Consequências da tosse* – fadigas e dores, vertigens, vômitos, sufocação, metástase, enfisema, pneumotórax, incontinência de urinas, perturbações circulatórias, rupturas vasculares etc. *V. Tratamento da tosse* – quando e como intervir para tratar o doente. Antes de ver a tosse como um mal, o médico alertou para a sua função de defesa do organismo, a expulsar pelas vias respiratórias “tudo o que de estranho nelas se encontre”, cabendo ao médico agir de acordo com a necessidade do paciente: a) provocando-a; b) reduzindo-a; c) desprezando-a; d) extinguindo-a (ROCHA, 1916:51-52).

A tuberculose não foi tratada em tópico específico no livro, pelo contrário, a moléstia aparece como um tema transversal em toda a obra: nos esclarecimentos conceituais, nas experiências científicas, nas histórias de pacientes e na bibliografia científica citadas ao longo do livro. Mas, sem dúvida, em relação a outras moléstias que afetam o aparelho respiratório, como bronquites e coqueluche, a afecção tuberculosa foi a de maior frequência nas citações, indicando a relevância que assumiu nas pesquisas científicas da época.

O livro de Olavo Rocha é curioso em vários sentidos. De início, as inúmeras subdivisões listadas ao tratar da tosse, as experiências clínicas e as discussões científicas específicas por trás de uma variedade conceitual, algumas remontando a outros períodos históricos. Em alguns casos, o médico exemplificou seu ponto de vista sobre o tópico tratado, citando casos da sua prática médica. Por exemplo, as tosses abdomino e pelvi-viscerais (compreendida pelas tosses de origem gástrica, hepática, esplênica, intestinal, peritoneal, renal, uterina, ovariana e testicular) seriam espécies em voga antes de Auenbrugger<sup>226</sup> (inventor da técnica de percussão) e Laennec<sup>227</sup> (criador do estetoscópio). Com a aplicação dos métodos de percussão e ausculta, teria diminuído expressivamente o número dessas espécies. No entanto, alguns autores ainda as consideravam como possibilidade, e outros que duvidavam que houvessem existido. Neste aspecto, Olavo Rocha buscou exemplificar sua posição por meio do exemplo de duas de suas pacientes, uma do Dispensário Azevedo Lima e outra funcionária do HNA, que apresentaram

---

<sup>226</sup> Leopold Auenbrugger von Auenbrugg (1722- 1809), médico austríaco que desenvolveu a técnica de diagnóstico da percussão. Após sete anos de investigação, em 1761, publicou a técnica na obra *Inventum Novum*. Somente em 1808, com a tradução para o francês, seu método ganhou maior repercussão mundial. Disponível em: <https://www.britannica.com/> Acesso em: 20 de abril de 2020.

<sup>227</sup> Nos referimos a Laennec no capítulo 1, p. 28.

a tosse provocada pela pressão dos órgãos abdominais, mas cujo quadro decorria provavelmente da afecção do aparelho respiratório que ainda não estava aparente no período do exame.

O médico, apoiado na prática clínica, reafirmava frequentemente sua posição frente a outras concepções médicas sobre a tosse. Em princípio, a experiência junto a inúmeros doentes do peito lhe conferia certa autoridade ao falar do assunto, como no exemplo abaixo:

Tosse de outras origens. Tratando-se de pessoas sensíveis, dizem Frederieq e Nuel<sup>228</sup>, pode a tosse depender do frio aplicado sobre qualquer parte do corpo. Creio estaremos de acordo com esses autores, se a expressão vaga *pessoas sensíveis* for substituída pela condição clara *doentes das vias respiratórias*. Realmente, são sempre doentes dessa espécie os que tosse por se lhes haverem resfriado os pés, ou por terem exposto o corpo, principalmente o tronco, a uma corrente de ar frio. Quando vejo um doente tossir, ao descobrir seu peito para o exame que, no Dispensário Azevedo Lima, é feito em sala cujas janelas conservo bem abertas, logo presumo que vou encontrar afecção do aparelho respiratório, qualquer que ela seja, e não me lembro de me haver enganado. (ROCHA, 1916:30)

O trecho nos mostra como o clínico buscava se resguardar em seu trabalho, mantendo as janelas bem abertas. Um recurso utilizado nos sanatórios e galerias de cura, para manter os espaços internos arejados e diminuir a possibilidade de contágio, como vimos no capítulo 2. Ao mesmo tempo, o recurso natural era utilizado para identificar doentes acometidos de moléstia respiratória.

Tanto a experiência prática quanto sua erudição faziam de Olavo Rocha um profissional seguro e elogiado no *Brazil-Medico*. É notável o seu cuidadoso trabalho de análise de ampla literatura médica, em grande parte composta por publicações internacionais (em alemão e francês) do século XIX e por obras recentes. Da literatura nacional, o médico fez referências alguns poucos nacionais, como Torres Homem e Juliano Moreira. Todas as referências foram registradas uma a uma em notas de pé de página. Além de ser um estudioso metuculoso, estava atento ao caráter pedagógico da obra. Este procedimento não foi efetuado por muitos de seus pares – como Esposel ou Riedel e Marques –, dificultando sobremaneira a checagem de informações.

#### 4.2 A terapêutica antituberculosa

Apesar da afirmativa de Grancher que a tuberculose é das moléstias crônicas a mais curável; apesar do êxito feliz de vários processos e métodos propalados como curativos; a verdade é que em medicina não encontramos o remédio na acepção rigorosa do termo, para a cura da tuberculose pulmonar. (AUSTREGESILO, 1913: 137)

---

<sup>228</sup> Frederieq et Nuel: *Physiologie humaine*. Par., 1883, vol. II, pág. 217 (ROCHA, 1916:30).

As palavras do Dr. Austregesilo, extraídas do *Tratamento da tuberculose pulmonar*, nos dão a dimensão do quanto o entusiasmo médico-científico pela profilaxia da tuberculose, divulgada entre o final do século XIX e o despertar do XX, cedeu ante à realidade da doença. É do lugar de professor da Faculdade de Medicina do Rio, de médico da Santa Casa e de membro titular da Academia de Medicina que ele admite os limites da ciência para sanar a devastação provocada pela tuberculose pulmonar. Também, como médico do HNA, trabalhando na Seção Pinel, o Dr. Austregesilo assistiu alguns enfermos que foram a óbito por tuberculose<sup>229</sup>, na primeira década do século.

Para o professor a “profilaxia do terreno”, ou seja, a resistência do organismo contra o bacilo era ainda um campo de aprendizado. O tratamento da doença deveria, como proposto por Bandelier e Roepke<sup>230</sup>, contemplar o organismo como um todo, visando a “cura constitucional”, não apenas do aparelho respiratório, mas também das faculdades somáticas e psíquicas, preparando o paciente para compreender e responder com energia as orientações médicas. “Como insiste Cornet, um mau psicólogo não poderá ser um tísico terapeuta.” (AUSTREGESILO, 1913: 138). Isto é, para tratar o paciente tuberculoso era preciso ser especializado no campo da medicina mental e da fisiologia.

Dr. Austregesilo retomou a classificação de René Laënnec<sup>231</sup> sobre os estágios da tuberculose, para afirmar que o primeiro período da doença, considerado curável, era também enganoso para o médico. Pela dificuldade de definir uma tuberculose incipiente, se deveria recorrer ao exame do escarro, sempre que possível. Já no 2º período, a cura tornava-se mais difícil. Novamente, vemos a prova de laboratório sendo colocada como um recurso fundamental para orientar o olhar médico.

Suas recomendações terapêuticas seguiam na linha do que era indicado na literatura médica internacional – a cura pelo clima, associada ao repouso, à atividade física moderada e à superalimentação. Em seus termos: “O repouso, o movimento moderado, a educação respiratória, a pureza e a liberdade de ar a respirar, a luz solar, a regularização da influência das

---

<sup>229</sup> Apesar de não dispormos de um levantamento completo dos dados masculinos, observamos alguns casos de óbitos por tuberculose da Seção Pinel, assinados pelo médico entre 1904 e 1908.

<sup>230</sup> De origem germânica, Bandelier e Roepke angariaram experiência como diretores de sanatórios e se dedicaram a coletar o máximo de informações sobre o diagnóstico e o tratamento da tuberculose, e reuniram as informações de uma extensa bibliografia em um guia para estudantes, de uso clínico. (THE BRITISH MEDICAL JOURNAL, 1911: 258)

<sup>231</sup> Como mencionado no primeiro capítulo, Laënnec descreveu o processo tuberculoso em duas formas anatomopatológicas, a granulosa (tubérculo isolado) e a infiltrada (tuberculose caseosa), considerando as duas formas como etapas diferentes do mesmo processo doentio.

intempéries sobre o doente de acordo com o seu estado, tais são as regras elementares para a cura do doente.” (AUSTREGESILO, 1913: 138).

Notamos que os recursos terapêuticos descritos por Austregesilo foram extraídos da obra de Bandelier e Roepke (1911), *Die Klinik des tuberkulose*. Segundo observamos na versão inglesa<sup>232</sup>, em único volume ilustrado, de mais de 500 páginas, os autores analisaram todas as formas de tuberculose. O capítulo II foi dedicado à tuberculose pulmonar. São quase 200 páginas a tratar da anatomia da doença, dos sintomas, dos diagnósticos, dos tratamentos, e da profilaxia. Na figura 18, temos uma imagem dos pulmões afetados pela tuberculose.

Bandelier e Roepke recomendavam que o tratamento deveria agir sobre o físico e o psíquico – trabalhando órgãos e tecidos para restaurar as forças do indivíduo; como também guiando, instruindo e educando a mente do indivíduo. O tratamento deveria, então, ser adaptado a cada pessoa, de acordo com suas peculiaridades. A terapêutica indicada baseava-se no tratamento sanatorial criado por Brehmer and Dettweiler.<sup>233</sup> (BANDELIER & ROEPKE, 1913:98)

O professor Austregesilo comentou a parte terapêutica, descrita pelos autores, fazendo um paralelo com a realidade brasileira, com sua própria experiência e conhecimento científico. O artigo do Dr. Austregesilo nos coloca a par de grande parte do arsenal terapêutico para o tratamento da tuberculose, utilizado e discutido por médicos estrangeiros e brasileiros. Optamos por caracterizar brevemente os métodos terapêuticos mencionados e comentar mais detidamente alguns pontos que julgamos interessantes nas considerações do professor. Sua lista também nos permite ter uma noção das inúmeras técnicas que estavam sendo testadas à época para o tratamento da tuberculose.

O *repouso parcial* consistia na prescrição de uma rotina de inatividade que abrangia aspectos de ordem moral, física e genital. Quando o doente estava em estado de consumpção, a prescrição era de repouso absoluto, o que incluía abstenção sexual e longas horas de descanso, entremeadas por refeições. Até que “as reações benéficas surjam, isto é, a febre desapareça, o aumento de peso se acentue, podem ser tentados os pequenos passeios sem fadiga, tudo dosado para que uma imprudência não venha perturbar o adquirido” (AUSTREGESILO, 1913: 139). Bandelier e Roepke (1913: 101) recomendavam que os pacientes passassem as longas horas de

---

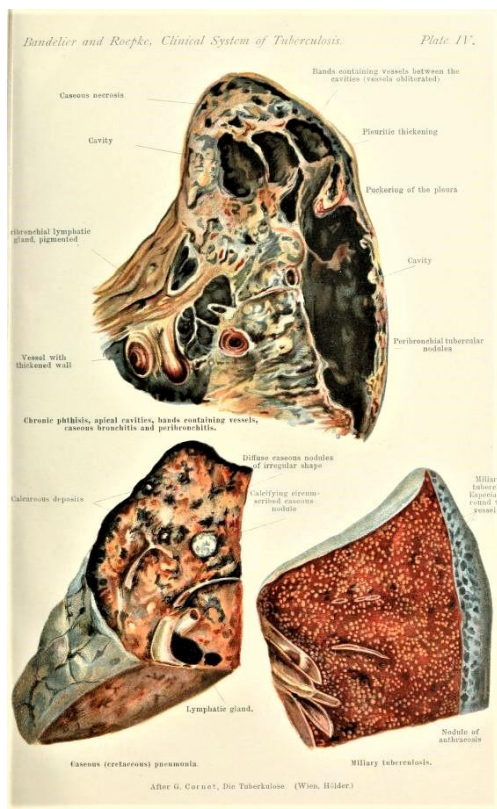
<sup>232</sup> Bandelier e Roepke [1911]. *A clinical system of tuberculosis, describing all forms of the disease*, publicada em Toronto, em 1913. Austregesilo indicou em sua bibliografia várias outras obras, publicadas em alemão, francês, inglês e português.

<sup>233</sup> O tratamento sanatorial de Brehmer and Dettweiler foi tratado no 1º capítulo.



descanso em área externa, ao ar livre e, durante a noite, que as janelas ficassem abertas para a plena circulação de ar.

Figura 18 - Ilustração da tuberculose pulmonar



Fonte: Bandelier & Roepke (1913: 21).

A *cura alimentar* era baseada na ideia de que o fímato tinha uma “diátese incendiária” e precisava de “carvão de boa qualidade”, quer dizer, alimentos albuminoides (proteína), fáceis de ingerir e de boa digestão – o que excluía o bacalhau e a carne seca. As bebidas leves (vinho branco, água vinhosa, cerveja maltada) eram permitidas, desde que bem aceitas pelo paciente. Ao mesmo tempo, contraditoriamente, o álcool era condenado para os fímato, por terem o fígado “mioprágico” (insuficiência funcional). Como indicava a escola francesa, o ideal era de 3.500 a 4.000 calorias diárias (diferente dos 4 a 5 mil calorias, indicadas pelos alemães), produzidas por uma boa cozinha com bons condimentos (açúcar, sal, pimenta) etc. Baseada na recomendação de Bandelier e Roepke de consumo de ovos, manteiga, carboidratos, vegetais, dentre outros alimentos, Austresegilo preparou uma rotina de refeições reforçadas, com horas determinada<sup>234</sup>, e adaptada à cultura brasileira.

<sup>234</sup> Como sugestão: “7-8 da manhã – Café com leite ou mingau; 2 gemas de ovos, biscoitos ou pão de ló com manteiga fresca; ou pão simples. 11 horas, almoço – peixe ou camarão; 1 bife, 2 gemas de ovos; batata, caldo de

A *cura de clima* estava associada ao tratamento em sanatório e era vista como um recurso valioso, desde que orientado por médicos especializados. Em relação ao tema, o médico fez algumas ponderações sobre os melhores climas brasileiros para o fímato. Citando a escola francesa, que dividia os climas segundo suas propriedades calmantes ou estimulantes, o professor fez um passeio pelos climas diversos do Brasil e do estado do Rio de Janeiro (Mendes, Petrópolis, Friburgo, Teresópolis), qualificando os melhores lugares para se tratar a tuberculose. Na capital, Jacarepaguá foi particularmente indicada como a região mais adequada “aos débeis do aparelho respiratório” e aos pacientes menos afeitos ao frio, como os tuberculosos, velhos, cardíacos ou com enfisema.

A *helioterapia* (tratamento pela luz solar), utilizada por Rollier<sup>235</sup> e Malgat<sup>236</sup>, seria benéfica para os casos de tuberculose cirúrgica, mas de pouco proveito para os de tuberculose pulmonar, na visão de Austregesilo. Conforme Lograsso e Balderrey (1924), Rollier se dedicou a aplicar a luz solar nas manifestações da tuberculose cirúrgica [óssea, ganglionar, cutânea], mas o médico estava convencido de que a helioterapia poderia ser eficaz na maioria dos casos de tuberculose pulmonar, encorajava os colegas a fazerem experiências neste sentido (1924:117). Lopez (2007) esclarece sobre Malgat, que aplicava a helioterapia em Nice (França), para tratar tuberculose, adenite, osteoartrite, anemia e neurastenia. A exposição ao sol era vista como um recurso benéfico por suas propriedades analgésicas, microbicidas, excitantes do sistema nervoso, vasodilatadoras e tônicas. Os resultados da cura solar eram ressaltados nos seguintes casos de tuberculose: pulmonar (das lesões iniciais à tuberculose crônica), óssea, ganglionar, peritoneal, mal de Pott e úlceras da pele. Depois de 10 anos de trabalho, Malgat teria afirmado, em 1911, que a tuberculose se curava em todos os seus graus pelos banhos de sol, “metodicamente aplicados”, e a única condição para isso seria o emprego de luz intensa (LOPEZ, 2007:90).

---

feijão, arroz; algumas ervas (poucas e tenras, se o doente gosta); doce e frutas. Doce, de preferência creme ou pudim.3 ou 4 horas, lanche – 1 xícara de cacau ou de leite; biscoitos com manteiga fresca.7 horas, jantar – Pouca sopa; 1 prato de qualquer carne; 2 gemas de ovos; arroz, caldo de feijão ou massas ou qualquer purea; doce, queijo e fruta. À noite é preferível não tomar nada, salvo se o estômago do indivíduo é muito bom e se há uma grande desnutrição. Neste caso, mesmo durante a noite, pode ser usado o leite ou gemas de ovos. Logo que haja esfalfe das vias digestivas o clínico deve suspender a superalimentação.” (AUSTREGESILO, 1913: 144).

<sup>235</sup> Auguste Rollier (1874-1954) estudou nas Universidades de Zurique e Berna e, em 1898, formou-se em medicina. Em 1903, abriu seu Instituto de Helioterapia em Leysin, na Suíça. Defendia o tratamento pelo ar fresco, exercícios físicos, descanso e sol para tratar seus pacientes. Ficou conhecido por tratar a tuberculose esquelética pela helioterapia (HOBDAV, 1997:459).

<sup>236</sup> MALGAT, Joseph — *La Cure Solaire de la Tuberculose pulmonaire*, Paris, 1911.

O Dr. Gustavo Armbrust (1913) tratou sobre *A helioterapia na tuberculose*<sup>237</sup> e defendeu que os benefícios da técnica também se aplicavam à tuberculose pulmonar. Na percepção de Armbrust, a “ação regeneradora do sol” agia como um tônico, com poder “antisséptico e microbicida”, como abordado pela comunidade científica.<sup>238</sup> Ainda, por meio de sessões de insolação direta, a pigmentação da pele contribuía para as trocas orgânicas, o desaparecimento da anorexia, o aumento de peso, a diminuição da febre, dos suores, da tosse e da produção de expectoração. Desse modo: “O valor prognóstico da pigmentação tem sido observado não só na tuberculose pulmonar como nas tuberculosas cirúrgicas.” (ARMBRUST, 1913:178).

Barguil (2011) observa que, nessas terapêuticas, se usava tanto a luz solar quanto as lâmpadas de fototerapia. A opção era feita pelo médico. Uns preferiam as lâmpadas pelo melhor direcionamento e graduação dos raios luminosos nas partes do corpo; outros davam preferência à luz solar, em combinação com o tratamento climático. “Na helioterapia, existiam controvérsias relacionadas tanto às temperaturas caloríficas quanto à duração do banho solar, e ainda quanto às áreas expostas à insolação.” (BARGUIL 2011:109). Podemos complementar Barguil, afirmando que a controvérsia também passava pelo o tipo de tuberculose, segundo as diferentes visões de Austregesilo e Armbrust.

A *hidroterapia* foi outro recurso citado por Austregesilo, sem maiores comentários, como elemento terapêutico utilizado de forma auxiliar pelos médicos Bruchmer Peter, e Winternitz. Contudo, Bandelier e Roepke (1913) dedicaram pelo menos quatro páginas sobre o tema, inclusive detalhando a técnica de bandagens de Winternitz. Além da purificação do corpo pela limpeza, a hidroterapia era defendida para estimular os nervos da pele, fortalecer o coração, melhorar o sistema pulmonar e o aprofundamento da respiração, para melhorar também o fluxo sanguíneo, facilitar a troca de gases e despertar o apetite e a digestão (a assimilação da nutrição). Entretanto, havia também controvérsias sobre sua aplicação, como o uso de banhos quentes, experimentado por alguns, mas não recomendado pelos autores no caso da febre tuberculosa, por não verem resultado na sua aplicação. Defendiam ainda que os banhos deveriam ser adaptados às suscetibilidades de cada paciente (BANDELIER E ROEPKE, 1913: 107).

A ideia de que os efeitos do frio e do calor incidiam sobre os aparelhos circulatórios, cardiovasculares e também sobre as funções excretórias e defensivas, estimulando-as, era

---

<sup>237</sup> Dr. Gustavo Armbrust (1879-1953), docente da FMRJ, autor da tese “A hidroterapia nas moléstias agudas infecciosas” (1907), também foi chefe do Serviço Hidroterápico do Hospital de Crianças e proprietário do Instituto de Fisioterapia Dr. Gustavo Armbrust. (BARGUIL, 2011:130).

<sup>238</sup> O autor faz referência à repercussão internacional sobre os resultados da helioterapia, empregada por Rollier e Malgat, praticada em Leysin e Nice respectivamente (ARMBRUST, 1913:175).

baseada numa ampla literatura médica europeia e norte-americana, de fins do século XIX, e da qual Winternitz fazia parte, como afirma Barguil (2011). Pelo olhar médico, os banhos frios (na forma de duchas ou envoltórios embebidos em água) foram ressignificados e elevados às categorias de tratamento e remédio valoroso. Não só como antipiréticos no processo febril, mas também como estimulante das forças defensivas do organismo (BARGUIL, 2011:153).

Em vista desses adendos, concluímos que o Dr. Austregésilo tinha reticências sobre a helioterapia e a hidroterapia, no tratamento da tuberculose pulmonar. Mas não quis levar adiante a discussão. Assim, indicou outros métodos que estavam sendo experimentados, e evitou aprofundar o assunto e entrar no mérito das controvérsias científicas. Nesse sentido, mencionou as seguintes terapêuticas: *ginástica respiratória* (aconselhada somente depois da cura, de forma racional e gradual); *actinoterapia* (uso de raio x) e a *radioterapia* (injeções radioterápicas estavam sendo testadas por alguns clínicos); *estações hidrominerais* (no Brasil, para a tuberculose, apenas indicava Poços de Caldas (AUSTREGESILO, 1913: 10).

Sobre a medicação específica, para Austregésilo, não havia uma que fosse eficaz e garantisse a cura: “todas as tentativas de curabilidade da tuberculose pulmonar fazem explosões de entusiasmo, mas as cinzas aparecem logo após as lufadas.” (AUSTREGESILO, 1913:146). Acerca dos métodos disponíveis com base na imunização, o professor analisou mais detidamente os tratamentos imunoterápicos.

A *imunização ativa* era efetuada pelo próprio organismo a partir de injeção de toxinas à base de tuberculinas e aplicadas de forma fracionada.<sup>239</sup> “Pela excitação dos focos tuberculosos, novos anticorpos surgem de modo que, estes anticorpos sempre secretados progressivamente, vão dando aos tecidos capacidade de reserva de unidade imunizadoras que vão produzir ou auxiliar a cura.” (AUSTREGESILO, 1913:146)

O princípio do medicamento contradizia a realidade da doença, mas não invalidava seu uso. Ao ser aplicado no indivíduo infectado pelo bacilo de Koch estimulava uma reação de hipersensibilidade cutânea às proteínas do bacilo. Assim, o teste tuberculínico tornou-se um meio de identificação dos infectados, possibilitando a complementação do tratamento com outros métodos. A tuberculina mais antiga, criada por Koch (T.A.K.) consistia num estrato glicero-aquoso, que injetada em tuberculosos latentes provocava reações, como febre, mal-estar e escarros sanguíneos. Mesmo afirmando que não havia grandes diferenças entre elas,

---

<sup>239</sup>Conforme o médico, havia vários tipos de tuberculina sendo testadas: T. O. (Obere Schicht); T.R. Tuberculina residual; E. B. K. Nova tuberculina; Tuberculina de Klebs; Tuberculo-plasmina de Bücher e Haln; Oxituberculina de Hirschfelder; caldo de Denys, B. F. (bouillon filtre); Spenger e Portsucht tuberculin; Calmette (C. L.); e Beraneck (T. B.) (AUSTREGESILO, 1913: 144).

Austregesilo preferia indicar o “caldo de Denis B. F.”, por ser de fácil preparo e pela sua ação branda.

Conforme verificamos, o produto não era de uso simples, sem contraindicação e/ou reações adversas. Ao escrever ao Barão de Pedro Afonso sobre a vacina antipestosa, Oswaldo Cruz fez uma comparação entre as composições da tuberculina e da vacina antipestosa, afirmando o risco de agravamento da tuberculose:

Essas substâncias são, como a vacina antipestosa, líquidos que encerram os produtos do metabolismo dos respectivos micróbios e contêm as correspondentes toxinas ou parte delas. Quais as consequências da injeção de tuberculina ou de maleína em indivíduos afetados de tuberculose ou de mormo, são por demais conhecidas, para que sobre elas insistamos; são as reações que exteriorizam uma agravação das lesões dos tubérculos. Essa agravação é proporcional à dose de substância empregada, a ponto de se poder transformar uma moléstia local n'uma geral. Assim, a tuberculose pulmonar ou outra forma de tuberculose local pode generalizar-se, dando lugar a granulia, em consequência da injeção da tuberculina. Esses factos se observam em virtude do mesmo mecanismo que descrevemos, em tratando da vacina antipestosa, i. é.: adição de novas quotas de toxina á secretada pelos micróbios já existente (CRUZ apud BOCHNER, 2016: artigo 22)

Segundo o professor Austregésilo, o Instituto Oswaldo Cruz produzia soluções de tuberculina, juntamente com um prospecto das séries e orientações para o seu devido uso pelos médicos. As notas de emprego da “Tuberculina T.O.A.” definiam que o produto deveria ser empregado para excitar as forças defensivas do organismo. Portanto, havia a necessidade de vários cuidados e observação clínica minuciosa quando de sua aplicação: a não indicação para casos avançados de tuberculose, pois o corpo debilitado por infecções secundárias não produzia a resposta esperada; cuidados de fortalecimento do organismo durante a aplicação; e sua interrupção em casos de prostração do paciente durante o tratamento.<sup>240</sup> Para Austregésilo, o método tinha adeptos entusiasmados e outros nem tantos. Na sua visão: “É na tuberculose pulmonar, nas formas iniciais de pouca reação e de curso lento que o médico encontra a sua melhor indicação. Não deverá iniciar nenhum tratamento sem uma leitura atenta dos tratados a respeito.” (AUSTREGESILO, 1913:150).

Por ser essencial aplicar apenas preparos recentes, o Instituto fornecia doses para duas inoculações, devendo ser pedido nova remessa por carta, com indicação da última inoculação aplicada. Ao pedido de tuberculina se requeria anexar dados dos pacientes (nome, idade, local de moradia, profissão, cor, nacionalidade, altura, peso, e observações clínicas de 15 dias). Para

---

<sup>240</sup> São citados uma série de outros cuidados, como: estabelecer regime de repouso e superalimentação do doente, antes e durante a aplicação; não aplicar em doentes com hemoptises ou congestão de um dos pulmões; seguir uma série de 20 injeções, podendo a série ser repetida com intervalos etc. (AUSTREGESILO, 1913:147-148).

receber a remessa seguinte, era preciso informar as observações sobre o paciente (temperatura, escarro, peso tosse, hemoptise, apetite, diarreia, suores noturnos, sono, resultado do exame físico do pulmão), “de acordo com os impressos fornecidos pelo Instituto.” (AUSTREGESILO, 1913:147-148).

Por ser de uso extremamente técnico, a tuberculina acabava ficando restrita aos consultórios e aos sanatórios, entre outras instituições de assistência médica. Deste modo, presumimos que o tratamento pela tuberculina não alcançava muitos dos infectados pelo bacilo de Koch. Segundo Nascimento (2008), a terapêutica da tuberculina, em especial o uso de TOA (Tuberculina Original Antiga), era muito frequente, e a substância, fabricada no Instituto de Manguinhos, era fornecida gratuitamente ao dispensário da Liga (NASCIMENTO *et al.*, 2008: 155).

O artigo de Austregesilo é esclarecedor quanto ao uso da tuberculina, mas não menciona os propósitos do Instituto Oswaldo Cruz para a coleta de informações sobre os pacientes e suas reações ao tratamento com a substância. Possivelmente, o levantamento de dados tinha finalidades diversas, como o controle de qualidade do produto e de sua distribuição, o levantamento de reações adversas, e a produção de pesquisas epidemiológicas e/ou medicamentosas.

Os periódicos do período comprovam que o produto era divulgado como sucesso científico em muitos anúncios de médicos, incluindo a afirmação de curas alcançadas com o seu uso, como no artigo *A tuberculose – o seu tratamento*, do Dr. Alvaro Tavares, publicado na *Gazeta Médica* e transcrito n’*O Paiz*, em 27 de julho de 1910. Também constatamos que as propriedades curativas da tuberculina e o pneumotórax artificial foram exaltados pelo Dr. Oliveira Botelho na sessão da Sociedade de Medicina e Cirurgia, em 6 de junho de 1911, publicada em *Novos métodos para o tratamento da tuberculose*. “Assevera-se que a tuberculose é hoje uma moléstia curável, não só pela tuberculina bem aplicada, como pelo pneumotórax artificial, atuando como meio mecânico e comprimindo o pulmão.” (BRAZIL-MEDICO, 1911:230). As discussões médicas ilustram como algumas terapêuticas ganharam adeptos entusiasmados. Porém, o entusiasmo dos doutores Tavares e Botelho não era compartilhado pelo Dr. Austregésilo, que preferia manter certa reserva com métodos que preconizavam a cura. Seu espírito científico, neste sentido, não deixava que fosse levado pelas circunstâncias e/ou resultados imediatos.

Conforme assinalado no capítulo 1, nos anos iniciais do século XX, a tuberculina era recomendada para fins de diagnóstico da tuberculose nos asilos de alienados, pelos doutores

Crookshank, France e outros médicos britânicos. Vimos a menção ao uso do produto pelo Dr. Simpson (1910) que, após aplicar injeções de tuberculina em oito pacientes, concluiu que o método poderia ser um agente curativo nos casos iniciais de tuberculose e, nos casos avançados, contribuir para retardar o progresso da doença. Em nenhum caso observado, o uso cuidadoso e regular da tuberculina acelerou a doença. (SIMPSON, 1910: 43)

Também identificamos a substância sendo usada no HNA, como comprovado por ofício de Juliano Moreira<sup>241</sup>, enviado ao diretor do Instituto Oswaldo, encomendando o produto com urgência. Contudo, não foi mencionado o objetivo da requisição do produto. Então, deduzimos que, no HNA, provavelmente a tuberculina estaria sendo usada como recurso diagnóstico e/ou tratamento dos doentes tuberculosos.

O professor Austregesilo descreveu também a *imunização passiva*, feita a partir soros de animais (como cavalo, burro, cabra) imunizados contra a tuberculose. Neste sentido, explicou que vários soros estavam sendo experimentados: o *Soro de Maragliano* – prescrito na Itália, na Alemanha e na França, a partir do uso de bacteriolisina, e aplicações por via retal ou cutânea; o *Soro de Marmoreck* em teste na Alemanha e na França, “um antitóxico, com efeito no organismo como um todo, mas sem muitos benefícios locais, mais indicado para a tuberculose pulmonar aguda, febril e galopante, também aplicado por via retal ou cutânea; o *Immun-Koerper de Spleger*, empregado na pele, baseado no princípio que “o homem tuberculoso seria infectado por bacilos humanos e bovinos, tendo propriedades tóxicas opostas e o tratamento consistiria em injetar, cada vez, um bacilo derivado do bacilo secundário para neutralizar a ação do bacilo predominante” (AUSTREGESILO, 1913:153). Sobre tais método, Austregesilo buscou fornecer um pouco mais de dados técnicos. Sobre *Immun-Koerper*, o psiquiatra afirmou não ter conhecimento de sua aplicação por médicos brasileiros, mas completou: “Nas mãos, porém, do seu autor os I. Koerper tem trazido resultados encorajantes, apesar de divergências de vários tisioterapeutas” (AUSTREGESILO, 1913:153).

A *cura de remineralização*, por sua vez, especialmente da recalcificação de Ferrier, era baseada na crença de que havia grande desmineralização do organismo no processo tuberculoso (ideia defendida pela escola francesa, mas colocada em dúvida pelos alemães). Baseado neste princípio, o médico poderia indicar uma dieta para repor minerais. No Brasil, a tricalcina estava sendo indicada pelos médicos brasileiros, por ser equivalente a fórmula de Ferrier (AUSTREGESILO, 1913:154).

---

<sup>241</sup> Ofício 299, de 07 de abril de 1920, de Juliano Moreira para o Dir. do Instituto Oswaldo Cruz. Pedido com urgência de tubos de soro antidisentérico e outros tantos de tuberculina. Fundo Institucional/IMASNS.

A *opoterapia* era outra linha de testes experimentais, baseada em preparados glandulares, visando impedir o avanço da tuberculose. Nesse sentido, vários estudos estrangeiros (como Lemoine, Bonchard, Barbier) estavam sendo feitos com extratos de fígado. De uso corrente, a parotoxina<sup>242</sup> de Lemoine (extrato biliar) era prescrita como injeção hipodérmica ou em pílula. Sobre o método, Austregesilo deu o seguinte testemunho: “O lugar preferido para as injeções deve ser a nádega. Conheci uma moça que com o uso seguido de parotoxina ficou durante mais de um ano com os braços cheios de nódulos e tão irreduzíveis que dava aspecto de aleijão.” (ASTREGESILO, 1913:156). A *opoterapia suprarrenal* baseava-se no uso de injeções de adrenalina (método experimentado por Rergent e Renon), indicada para tuberculosos hipotensos e muito desmineralizados, e contraindicada para tuberculosos velhos, hipertensos com obstrução das artérias e ateromatosos. Sobre a *opoterapia tiroidea*, apenas consta que o hipertiroidismo era comum no início da tuberculose, particularmente nas mulheres, e causava vários sintomas, como taquicardia, febre, diarreia etc. Austregesilo não recomendava o método, por entender que “a medicação tiroidea é uma faca de dois gumes” (AUSTREGESILO, 1913:156).

O *tratamento pneumático – terapêutica pneumática ativa* – se baseava no repouso e exercício do pulmão (Bandelier e Roepke), e na aplicação de ar comprimido (com aparelho de Waldenburg). A *pneumática passiva*, pelo uso de “gabinetes pneumáticos”, seria exitosa na ação anti-catarral e anti-congestiva, tornando a respiração mais lenta e mais profunda, mas sem nenhum efeito curativo. O *tratamento por meio de máscara pulmonar aspiradora* – base da terapia de Kuhn –, “uma verdadeira ginástica respiratória dosada e forçada”, usava-se uma máscara bucal-nasal e cadeira apropriada para a posição de Trendlenburg (das operações obstétricas). Assim, se facilitava a “hiperemia do ápice pulmonar”, aumentando o fluxo sanguíneo para a área superior do pulmão. Segundo Austregesilo, com resultados duvidosos, exceto em alguns experimentos de Willy-Meyer e outros. (AUSTREGESILO, 1913:157)

No *tratamento cirúrgico*, experimentavam-se procedimentos mais invasivos, visando à cura, como a *condrotomia* (ressecção do anel costal superior), cujas indicações foram feitas no 39º Congresso das Sociedades Alemãs de Cirurgia (1910); a *pneumolise costo-plástica* (ressecção da 1ª a 9ª costela); a *drenagem da caverna, pneumectomia* (ressecção do foco tuberculoso); e o *pneumatorax artificial*, o de melhor resultado entre os métodos cirúrgicos.

---

<sup>242</sup> Medicamento criado pelos professores Lemoine e Gerard da Universidade de Lille, partia do princípio que as doenças infecciosas assim como as intoxicações seriam menos graves nos indivíduos com bom funcionamento do fígado. A parotoxina era administrada em injeções subcutâneas, em injeções intra-laryngeas e em pílulas, por via bucal (MATOS, 1909:15).



Por fim, o médico cita a *pleuriz artificial*, isto é, injeções aplicadas no músculo da espádua, a partir do uso de substâncias como eucaliptol, mentol e emulsão de terebintina, (experiência de Cecikas). Sobre esse procedimento, extremamente doloroso, Austregesilo escreveu: “Apesar dos fatos, o método parece-me perigoso porque o pleuris espontâneo já por si é um elemento favorável à evolução da tuberculose” (AUSTREGESILO, 1913:159).

Ainda, verificamos que o professor excluiu dois tópicos, tratados por Bandelier e Roepke (1913:130-137): o *tratamento com drogas*, usando medicamentos, como as preparações com o Creosoto e Guaiacol, Arsênico e Iodo; e o *tratamento por inalação*, com pó, fluídos, vapores e gases.

Em sua síntese comentada sobre os diversos métodos terapêuticos do período, Austregesilo aprofundou determinadas técnicas em detrimento de outras. Com o seu olhar científico avaliava os tratamentos sem grandes expectativas, considerando alguns condenáveis devido ao risco para o paciente. Assim, indicava os que pudessem redundar em alguma perspectiva positiva para o enfermo.

Em sua avaliação crítica, o psiquiatra não levou em conta a realidade social da maioria dos doentes tuberculosos, que dificilmente poderiam atender às recomendações médicas mais simples, como a rotina dietética e de descanso absoluto. Quando o fez, foi com um olhar de classe. Deste modo, junto à sinceridade científica de reconhecer a ineficiência na cura da tuberculose, o professor considerava a dimensão assustadora da doença decorrente de aspectos socioculturais e raciais de nosso país. Por exemplo, destacamos sua percepção cultural da família brasileira, apegada aos entes queridos e, portanto, pouco afeita ao distanciamento familiar. Por suas palavras:

Entre nós pelas condições de atraso das classes sociais inferiores, pelo excesso de carinho da família brasileira, pelo desprezo dos preceitos elementares da higiene profilática privada, pela debilidade do mestiço (mulatos e cabras), a dizimação pela bacilose pulmonar é realmente assustadora. Não o devera ser porque o nosso país é farto de boa vegetação, de bons climas, de casas separadas para domicílios privados, mesmo para os pobres que encontram nos subúrbios condições excepcionais para uma vida domiciliar higiênica. Infelizmente o atraso do povo sob o assunto é conhecido. (AUSTREGESILO, 1913: 137)

Como já mencionamos nos capítulos anteriores, as palavras do professor Austregesilo refletiam debates que marcaram o cenário brasileiro e internacional, ainda no século XIX – a concepção da tuberculose como uma moléstia social, como um mal da pobreza; as necessárias medidas higiênicas e profiláticas contra a propagação das moléstias infecciosas a exigir a educação do povo; a visão da debilidade da raça mestiça muito atrelada à ideia de degeneração.

Neste último sentido, em diálogo com Freire Costa (1979), Nunes (2010) fala da contradição entre o discurso e a prática do Dr. Austregesilo. Costa não identificou um alinhamento explícito do psiquiatra ao discurso que tratava negros e mestiços como degenerados inferiores, mas a frequência com que Austregesilo usava o termo degeneração para explicitar a presença de traços e características de negros e pardos, sem fazer o mesmo expediente no caso de pacientes brancos, demonstraria essa contradição. (NUNES, 2010: 384). Todavia, não vemos nisso contradição, pois a prática do professor Austregesilo estava referendada em visões psiquiátricas da época, o que não implicava em ausência de conflitos e contrassensos, a exemplo do debate sobre a questão racial do povo brasileiro, permeado pela noção de degeneração, reformulada pela leitura organicista, como mencionado no capítulo anterior.

O artigo do Dr. Edgar Abrantes (1913), *Do pneumotórax artificial no tratamento da Tuberculose pulmonar*, nos permite entender um dos métodos cirúrgicos que se mostrava promissor, na visão de Austregesilo. O Dr. Abrantes foi ex-interno da 3ª cadeira de clínica médica, a cargo do professor Austregesilo, e dedicou-se a escrever uma tese sobre o pneumotórax artificial. Diferente do artigo do mestre, que sintetizou as várias terapias em curso, o Dr. Abrantes tratou exclusivamente desse método, deixando claro que o estudo resultara de suas experiências científicas junto a doentes tuberculosos.

Conforme a apresentação do Dr. Abrantes, o pneumotórax artificial foi criado pelo professor Forlanini, em 1882, da Clínica Médica da Real Universidade de Pavia, para tratar a tuberculose pulmonar. A técnica consistia “em fazer repousar o pulmão”, por meio da introdução de uma substância gasosa com o objetivo de provocar sua compressão de encontro a goteira costovertebral.<sup>243</sup> O azoto (nitrogênio) era o gás mais indicado para o processo, por ser lentamente absorvido pela pleura e por manter a ação compressora sobre o pulmão por bastante tempo (1913:165). Apesar de várias contraindicações e da possibilidade de antecipar a morte do doente, de forma bastante dolorosa, a prática tornou-se corrente a partir de 1906, tendo sido divulgada no estrangeiro pelos doutores Murphy, Lemky, Saugmann, Brauer, entre outros (ABRANTES, 1913: 166). No caso, o Dr. Abrantes não forneceu referências sobre as obras desses doutores, como se fossem conhecidas e dispensassem maiores informações.

---

<sup>243</sup> Descrito também como compartimento posterior do mediastino. “O Mediastino Posterior é um espaço triangular irregular que corre paralelo a coluna vertebral. Está limitado anteriormente pelo pericárdio, pelo diafragma inferiormente, posteriormente pela coluna vertebral desde a 4ª à 12ª vértebra torácica de cada lado pela pleura pulmonar.” Disponível em: <https://www.anatomiaonline.com/> Acesso: 30 de maio de 2020.

Como alertado por Abrantes, alguns aspectos técnicos deveriam ser considerados antes de aplicar o pneumotórax artificial. Em primeiro lugar, seria necessário que a técnica fosse aplicada por "um médico observador, paciente e assíduo e, sobretudo, de um paciente disciplinado." (1913:165). O recurso não era indicado para todos os fimatosos, pois apenas alguns poderiam ser beneficiados. O estado dos pulmões precisava ser observado, particularmente quanto à existência de aderências que pudessem dificultar ou impedir a ação do azoto. Como eram necessárias algumas aplicações, deveria ser usada quantidade maior de gás de forma a espaçá-las pois as injeções contínuas seriam "uma verdadeira tortura". O azoto era aplicado com uma agulha e a prática exigia aparelhamento adequado, conhecimento e cuidados específicos. Os efeitos do pneumotórax sobre os sintomas da doença (diminuição de febre, suores, expectoração etc.) eram quase imediatos, mas exigia-se regularidade no tratamento, caso contrário, as lesões tendiam a retornar logo que o pulmão voltasse a funcionar. (ABRANTES, 1913: 165 -169)

A título de experiência, o Dr. Abrantes usou o método em 18 tuberculosos hospitalares, escolhidos dentre 132 pacientes do Dr. Austregesilo, mas apenas três tinham tuberculose unilateral. A escolha de tais pacientes obedeceu menos aos critérios citados para a aplicação do pneumotórax e mais à condição de gravidade da infecção.

Assim, procuramos obter para os nossos primeiros casos, tuberculosos da forma pulmonar monolateral ou bilateral, estando um dos pulmões muito pouco doente.

Como os acidentes operatórios não nos eram bem conhecidos, e porque principalmente os receássemos, fizemos a maior parte dos nossos estudos sobre doentes muito graves, cavernosos em último período, quase caquéticos, que nada mais tinham a esperar da terapêutica. (ABRANTES, 1913:170)

Receoso e consciente de sua inexperiência na aplicação do pneumotórax, o Dr. Abrantes aplicou a terapêutica em doentes que pouco proveito teriam dela. No entanto, três, que apresentavam tuberculose pulmonar unilateral, se beneficiaram do método. Dois, que não conseguiam mais andar, melhoraram e não voltaram ao serviço médico; e um terceiro, sentindo-se melhor, pediu alta para voltar a trabalhar, mas também não voltou no tempo determinado pelo médico. Este último, após a absorção do pneumotórax, "piorou muito, pois a tuberculose continuou a evoluir, a ponto de não haver mais recursos para salvá-lo." (ABRANTES, 1913:171).

As conclusões do Dr. Abrantes foram: 1º - o método só beneficiava um número restrito de doentes, com tuberculose inicial; 2º - era benéfico para os casos de tuberculose pulmonar monolateral, em "qualquer estado que estivessem suas lesões."; 3º - contrariando o resultado de

outros estudiosos, o método não favorecia a tuberculose bilateral, mesmo estando a lesão de um dos pulmões em início, pois em um doente caquético a possibilidade de falha seria muito provável; 4º - poderia ser útil em casos de hemoptise, desde que se conhecesse sua proveniência; 5º - não havia grandes riscos de acidentes operatórios; 6º- o pulmão não poderia voltar a funcionar até que todas as lesões tivessem desaparecido; 7º- as partes saudáveis do pulmão comprido voltavam a funcionar assim que o mesmo retomasse sua condição natural; e 8º - não foram verificados benefícios para o pulmão oposto e não havia meios para explicar o fenômeno. (ABRANTES, 1913: 172-173)

Ainda, sobre os pacientes tratados com o pneumotórax, o Dr. Abrantes afirmou que o método não era apropriado para o tipo de clientela atendida que, por ignorância ou pobreza, não tinha “a paciência de sujeitar-se ao tratamento, por espaço suficiente para que a cura se processe”, e viam as melhoras “como sinais de cura definitiva” (ABRANTES, 1913: 171). E, frente ao doente, o médico tinha um poder limitado porque sua autoridade nem sempre podia evitar que o paciente abandonasse o tratamento, ao começar a se sentir em melhor. (ABRANTES, 1913: 172)

Obviamente, nos perguntamos se a técnica foi aplicada no HNA e se alguns dos doentes tratados pelo Dr. Abrantes eram provenientes da instituição. Porém, o médico não fez nenhuma referência ao assunto.<sup>244</sup> Possivelmente não, pois Austregésilo não exercia atividades no HNA desde 1909. Segundo Sanglard (2016: 344), as aulas práticas da FMRJ ocorriam nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. E, como informa Cerqueira (2014:30), Austregésilo era professor dessa faculdade e médico-chefe da 20ª enfermaria.

Os estudos do Dr. Waldemar de Almeida também fornecem um bom entendimento sobre algumas terapêuticas mencionadas pelo Dr. Austregesilo. Especialmente sobre as especificidades dos tratamentos aplicados nos pavilhões de isolamento da tuberculose do HNA. Por outro lado, o Dr. Almeida foi um dos que mais se dedicou ao tema da tuberculose, mas não colaborou com o número especial dos *Archivos Brasileiros* de 1913. É possível que essa edição tenha, inclusive, estimulado o psiquiatra se dedicar-se à tuberculose, pois seu primeiro estudo sobre o assunto deu-se, exatamente, em 1913.

Este estudo foi incorporado por Almeida (1919) a outro artigo, *O problema de assistência aos insanos tuberculosos*, lido na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, na sessão de 17 de novembro de 1919. Apesar do foco ter sido a assistência

---

<sup>244</sup> Mesmo tendo observado carimbos de cirurgia nos dossiês de várias pacientes do HNA, o tipo de procedimento cirúrgico não era discriminado nesses documentos, como já mencionamos no capítulo anterior.

aos alienados, vários aspectos da discussão científica em torno da terapêutica antituberculosa foram retomados por Almeida, reforçando nossa percepção de que o tratamento que vinha sendo aplicado nos pavilhões de isolamento tinha também uma perspectiva experimental.

Dentre vários pacientes do serviço de isolamento da tuberculose do HNA, o Dr. Almeida escolheu o caso de M.C. para representar o experimento terapêutico que vinha fazendo em pacientes tuberculosas do Pavilhão De Simoni. Huertas (2012) observa, nas histórias clínicas dos grandes tratados de psiquiatria, que a reprodução de casos e observações clínicas paradigmáticas tinham “função ilustrativa ou de apoio a afirmações e elaborações teóricas.” (HUERTAS, 2012:156)

Como mencionamos no capítulo anterior, M.C. – uma brasileira, de 35 anos, negra e doméstica – deu entrada como indigente, na Seção Esquirol, em 21 de novembro de 1913, sendo identificada inicialmente como “mulher desconhecida”. M.C. recebeu, dos doutores Heitor Carrilho e Ernani Lopes, duplo diagnóstico: mental (“estado de confusão”) e clínico geral (“tuberculose pulmonar”). Segundo Almeida, a paciente deu entrada em seu serviço “em profundo estado de confusão psíquica, de forma astênica, e, como tal, incapaz de fornecer quaisquer informações, nem mesmo o nome.” (ALMEIDA, 1915: 101).

Ao observar a extrema miséria psicológica e abatimento físico de M.C., com sinais clínicos de tuberculose, o facultativo relatou o seguinte quadro sintomático: pulso fraco taquicardíaco e duplo (dicrotismo); febre chegando a 39° no fim de tarde; suores noturnos; tosse catarral e abundante expectoração; dores torácicas; insônia e perda de apetite. A paciente mal conseguia responder as ordens médicas (ALMEIDA, 1915:102; 1919: 400). Quanto ao exame dos pulmões, ele registrou:

No ápice do pulmão direito notava-se à apalpação as vibrações toracovocais aumentadas, à percussão som submaciço e à auscultação percebia-se estertores subcrepitantes finos, respiração soprosa e broncofonia nítida.

Quanto ao pulmão esquerdo a respiração, principalmente para o terço superior do órgão, apresentava certa rudeza (ALMEIDA, 1915:102).

Entendemos que os sinais orgânicos de M. C estavam bastante alterados e a infecção atingira ambos os pulmões. Seu estado de saúde era deveras crítico. Diante do quadro febril, o clínico receitou o repouso absoluto. Cabe ressaltar as seguintes particularidades do repouso indicado aos enfermos tuberculosos: “Durante o dia, permanecem, sem exceção, fora da enfermaria, sendo colocados à sombra das árvores até o ocaso; a alimentação é administrada no próprio local.” (ALMEIDA, 1919: 396).

O médico receitou a M. C. um regime dietético lácteo, gemas de ovos e somatose. Apesar da falta de apetite, M. C. foi submetida à rotina alimentar do pavilhão que, à semelhança da rotina aconselhada pelo Dr. Austregesilo, incluía horários determinados e várias refeições ao dia. O ritual alimentar começava cedo, de acordo com a tabela de refeições indicada para os doentes do Pavilhão De Simoni: dois ovos às 6h da manhã; duas horas depois, o café era servido com leite, pão e mingau; ao meio-dia, o almoço compunha-se de canja, arroz, caldo de feijão, bife, galinha cozida, pão, marmelada e bananas; às 17h, servia-se o lanche, composto de leite, chocolate, chá e pão; e às 20h, o doente recebia ainda uma caneca de leite. Conforme o Dr. Almeida, a alimentação seguia um “regime lácteo-vegetariano misto, de valor nutritivo compatível com as trocas e necessidades orgânicas dos enfermos e de modo a aliviar os múltiplos e dolorosos inconvenientes outrora observados com a superalimentação.” (ALMEIDA, 1919: 396).

A somatose era na realidade um composto reconstituente a base de carne e albumina, importado, que podia ter diferentes combinações. O produto era amplamente divulgado na imprensa e comercializado nas drogarias, a exemplo da figura 19. Indicado para debilidade geral, inapetência, nervos e afecções diversas. Para o mercado farmacológico<sup>245</sup>, renomados médicos da época emprestavam seu prestígio científico na divulgação de preparados farmacêuticos para a tuberculose e outras moléstias infecciosas. Posaram, assim, representantes da medicina mental, como Miguel Pereira, A. Austresegilo, Henrique Roxo, Rocha Vaz, como se verifica na divulgação do vinho reconstituente Silva Araújo (vide anexo 11).

Figura 19 - Somatose

**Farbenfabriken Vorm. Friedr. Bayer & Co.**  
**ELBERFELD (ALLEMANHA)**

**Somatose**  
 Extracto de carne de base albuminosa, sem gosto, nem cheiro, facilmente solúvel. Fortificante extraordinário e reconstituente da primeira classe para pessoas debéis e convalescentes. Excelente também em casos de *afecções gástricas, estado puerperal, rachitismo, chlorose, etc.*, etc. Dose: 1 colherinha de chá 3 a 4 vezes por dia, bem dissolvido o medicamento em leite, chá, café, sôpa, etc.

**Phenacetina – Salophen – Sulfonal – Trional**

<p><b>Ferro-Somatose</b>          (Combinação com 2 1/2 de ferro)          Facilmente assimilável          Contra a anemia e chlorose          Dose PARA AS CRIANÇAS          1 a 2 colheres de chá por dia.          Dose PARA OS ADULTOS:          3 a 4 colheres de sôpa por dia.</p>	<p><b>Europfen</b>          Saccharato de iodofornio em casos de cancro molle e feridas syphiliticas, muito empregado na pequena cirurgia          MODO DE APLICACAO:          puro ou misturado em partes iguaes com o acido borico          Unguento, 5 a 10 %</p>	<p><b>Aspirin</b>          Excelente preparacao de salicylato, que não ataca o estomago e o coração.          Especialidade contra a gotta, reumatismo articular e muscular, sciatica, pleuriz.          Dose: 1 gr. 4 a 5 vezes por dia misturada com uma colher de assucar em agua.</p>
<p><b>Agurina</b>          Novo derivado da theobromina, empregado vantajosamente contra a hydropisia.          Dose: 50 centigrs. a 1 gr. 3 a 4 vezes por dia</p>	<p><b>Jodothyryn</b>          (antigamente denominado Thyroïde). Princípio activo da glandula thyroïde.          Papeira parenchymatosa          0,25 a 1 gr. e 1/2 por dia          Myxedema, Psoriasis          0,25 a 2 ou 3 grs. por dia          Obesidade</p>	<p><b>Lacto-Somatose</b>          Substancias albuminosas do leite combinadas com o acido tannico a 5 %          Enfermidades chronicas do aparelho digestivo, febre typhoïde, etc.          Dose PARA AS CRIANÇAS:          1 a 2 colheres de chá por dia.          Dose PARA OS ADULTOS:          2 a 3 colheres de sôpa por dia.</p>
<p><b>Aristol</b>          Cicatrizante notavel em casos de quemaduras, ulcêras da perna, ozena, eccema, etc.</p>		

Fonte: *Brazil-Medico* (01/01/1903: 7).

<sup>245</sup> Este é um tema instigante, mas não será aprofundado para não fugirmos aos objetivos desta tese.

Em síntese, a rotina diária de M.C. incluía alimentação reforçada, cuidados higiênicos, mensuração térmica, horas deitadas ao leito, na varanda e/ou sob as árvores, tomando ar fresco e banhos de sol (ALMEIDA, 1915: 102). Porém, no artigo de 1919, Almeida faz menção à prática de Malgat no uso da helioterapia, afirmando que não era aplicada nos serviços de tuberculosos do HNA, por ausência de instalações adequadas e falta de pessoal idôneo para a aplicação da técnica (ALMEIDA, 1919: 401). Provavelmente, o tratamento outdoor dos pavilhões de isolamento da 4ª. Seção não incluía um programa técnico rigoroso de banhos de sol.

Em relação à rotina de refeições, mesmo com pouca variedade de alimentos, parece que os tuberculosos recebiam dieta superior à maioria dos pacientes indigentes, por vezes denunciada pela imprensa, como menciona Schwarcz (2017) – “pacientes graves comiam apenas um arroz mingado e galinha em pedaços miúdos, e os da enfermaria tomavam só leite e uma vez por dia.” (SCHWARCZ, 2017)

O estudo de Neves (2010) – *O grande mal no Cemitério dos vivos: diagnósticos de epilepsia no Hospital Nacional de Alienados* – reforça que o regime alimentar era componente importante da terapêutica ministrada nos pavilhões especializados e orientada pelo alienista responsável. Assim, por determinação do Dr. Jefferson Lemos, os epiléticos tinham uma dieta vegetariana, em que todos os tipos de carnes eram excluídos bem como bebidas excitantes, como o café e congêneres. E, diferente da alimentação reforçada dos pacientes tísicos – apesar da típica inapetência para a comida dos tuberculosos –, os epiléticos podiam “ser forçados a comer menos” (NEVES, 2010: 299).

O Dr. Almeida empregou também em M.C. uma série de combinações medicamentosas: *Dioradim*, para a “desintoxicação cerebral”; injeções hipodérmicas (de 25 c.c.) de soro de *Quinton*, para a reconstituição; e injeções de cacodilato de sódio (0.15 por dia), seguindo a fórmula do Dr. Levral, à base de cloridrato de cocaína, cloridrato de morfina e cacodilato de sódio, álcool penicado e água destilada.<sup>246</sup> Na visão do médico, era uma solução com boa durabilidade e indolor. Desse modo, M.C. foi submetida a inúmeras injeções (pelo menos 80 só da fórmula do Dr. Levral) e recebeu ainda doses de “pantopon”, para acalmar a tosse, e do antisséptico pulmonar “thiocol”, para tratar a lesão.

---

<sup>246</sup> A fórmula consistia em: 0.05 de Cloridrato de cocaína + 0.10 de Cloridrato de morfina + 15.0 de Cacodilato de sódio + 5% de Álcool penicado a 5%/IV gotas + Água destilada q. s. para 100 c.c, para dividir em 100 ampolas (ALMEIDA, 1919:401).

Sobre a fórmula do Dr. Levrail, uma rápida busca por informações sobre a substância cacodilato de sódio<sup>247</sup>, somada à cocaína e à morfina, nos deu a dimensão de sua toxicidade. Tal fato foi observado pelo Dr. Almeida (1919) na sua prática médica, pois, dada “a ação tóxica da cocaína e da morfina, mesmo em pequena dose” e o dispêndio com os fármacos cacodilato de sódio e do Dioradim, ele optou por testar uma nova fórmula: o *Iodocamphol* (produzida com óleo de olivas esterilizado, cânfora em pó, e gaiacol cristalizado e iodo metaloide).<sup>248</sup> O *Iodocamphol* que, injetado “com rigor técnico” no tecido intramuscular, era indolor, segundo Almeida (1919: 401). Na verdade, a nova combinação de substâncias era uma variação de um outro medicamento, uma “associação do creosoto (guaicol) com o iodofórmio”, experimentado pelo professor Picot (1891:120) – e descrito no artigo *Tratamento da tuberculose pulmonar e da pleurisia tuberculosa pelas injeções hipodérmicas do guaicol iodoformado* – e que também foi experimentado pelo Dr. H. Huchard (1893: 383) como afirma, em seu texto *A medicação tônica e excitante pelo método hipodérmico*.

Para entender a fundo os possíveis efeitos de tais fórmulas, nos falta mais conhecimentos sobre farmacologia. Contudo, a realidade que aflora aos nossos olhos é que a terapêutica medicamentosa, utilizada em M.C. e em outros pacientes tuberculosos, era um experimento inspirado em pesquisas internacionais. Aspecto confirmado por Dr. Almeida ao se referir ao emprego do *Iodocamphol* em seus pacientes: “Não podemos aquilatar, de um modo absoluto, dos resultados terapêuticos, porém, as experiências clínicas pessoais e de alguns colegas em doentes da clínica privada nos dirão algo a respeito.” (ALMEIDA, 1919: 401)

O resultado do tratamento de MC foi, assim, descrito pelo médico:

O aumento do apetite foi muito notado e sobretudo uma reação geral das forças orgânicas, o que bastante satisfaz a doente.

Quanto ao mais, assinalemos, clinicamente, regressão dos sinais da bacilose e dos distúrbios psíquicos tão intensos do estado confusional. Em 20 de março p. p. a enferma nos solicitava alta, tendo verificado que pesava 65 kilos, isto é, tinha um aumento de 32 kilos sobre o peso da entrada.

- Os agentes físicos naturais, como o ar, o sol e a luz, tiveram no êxito deste caso clínico um papel bem preponderante, se bem que a terapêutica clínica muito influenciasse os resultados brilhantes observados.

E, a propósito, convém salientar o meio especial em que foi colocada a enferma, num local em que a aeração era intensa, ao abrigo dos ventos, a arborização abundante, facilitando, portanto, a ozonização do meio ambiente.

---

<sup>247</sup> O produto puro tem alto nível de toxicidade para a inalação, ingestão e para o meio ambiente. Segundo a “Ficha de informações de segurança de produtos químicos”, por Sigma Aldrich. Disponível em: <https://www.icb.ufmg.br/institucional/administracao-central/gerencias/residuos/fispq-fichas-de-informacoes-de-seguranca-de-produtos-quimicos/493-cacodilato-de-sodio/file> Acesso em: 21 agosto de 2019.

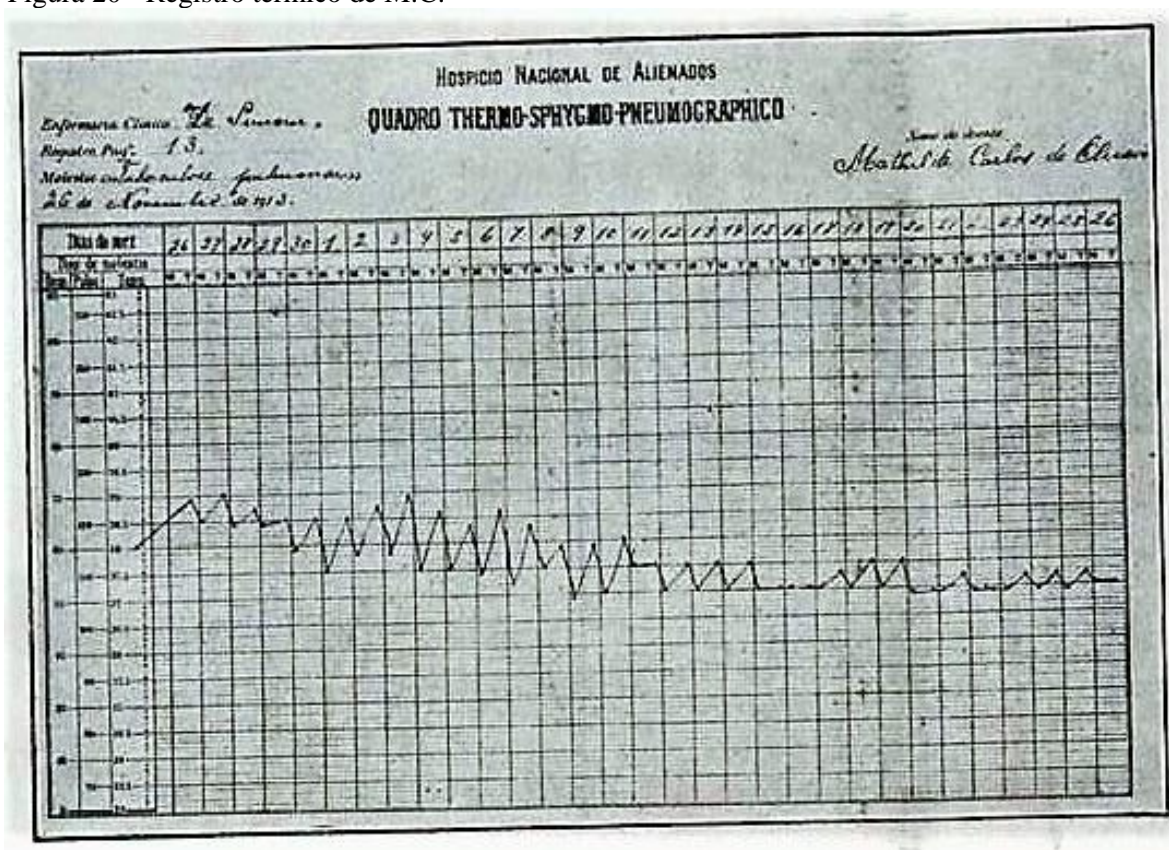
<sup>248</sup> A fórmula do *Iodocamphol* era composta por: “Óleo de olivas esterilizado (1 c.c.) + Cânfora em pó (0.20) + Gaiacol cristalizado (0.05) + Iodo metaloide (0.001).” (ALMEIDA, 1919: 401).



Tais são as condições topográficas em que se encontra o “Pavilhão De Simoni”, destinado ao tratamento de tuberculosas no Hospital Nacional de Alienados. (ALMEIDA, 1915:102-103)

Esse estudo de caso nos fornece vários elementos para reflexão, como o tempo de isolamento (25/11/1913 – 20/03/1914) para a recuperação da doente, quase quatro meses de tratamento: talvez curto, considerado o caráter crônico da doença e o espectro da morte que rondava a paciente; talvez longo, do ponto de vista de quem vive no isolamento. A melhora de M.C. foi excepcional e a alta hospitalar surpreendente. Ao falar dos efeitos benéficos do tratamento efetuado e da regressão dos sintomas, o médico não mencionou de forma absoluta a cura, mas o “êxito terapêutico”. Como prova, o Dr. Almeida fez questão de ilustrar seu artigo com os registros térmicos (figura 20) da paciente e sua evolução entre a data de entrada (figura 21) e a data da saída (figura 22). Com efeito, o decaimento de M. C. na entrada é visível. Na saída, parece outra pessoa.

Figura 20 - Registro térmico de M.C.



Fonte: Almeida (1915:102).

Figura 21 - M.C. ao dar entrada no Pavilhão de Simoni

Figura 22 - M.C. ao ter alta do Pavilhão de Simoni



Fonte: Almeida (1915: 101-102).

O tratamento de M.C. foi uma combinação dos recursos terapêuticos tradicionais, que já vinham sendo apregoados desde meados do século anterior, como: o confinamento sanatorial, indicados por Brehmer e Dettweiler, com rotina de descanso, ar fresco e alimentação reforçada (ROTHMAN, 1994: 195); bem como o uso de injeções com substâncias medicamentosas comerciais, importadas, e outras de circulação recente, como o *pontopon*, listada no *Formulaire de médicaments nouveaux pour 1911*<sup>249</sup>, por H. Bocquillon Limousin, doutor em farmácia pela Universidade de Paris (BRAZIL-MEDICO, 1911: 8).

Diferente da maioria dos estudos até agora analisados, o artigo de Almeida *Resultados terapêuticos n'um caso de confusão mental e tuberculose pulmonar* não foi precedido de referências ou discussões acadêmicas. O enfoque foi sobre a prática clínica e a resposta da paciente ao tratamento observado. O artigo foi transcrito dos *Archivos Brasileiros de Medicina* para o *Brazil-Medico*, a pedido do autor, e circulou também na imprensa curitibana.<sup>250</sup> É o melhor indicativo que temos de que a produção do campo da medicina mental em torno da tuberculose também chegou a propagar-se por círculos exotéricos, que dizer, entre o público não especializado.

<sup>249</sup> Publicado pela Livraria J. B. Bailliêre et Fils, com introdução de Henri Huchard.

<sup>250</sup> Publicado nos periódicos: *Archivos Brasileiros de Medicina* (sem referências), no periódico paraense *A República* (ed. 160, 10 de julho de 1914, na coluna nos “Domínios da ciência”) e no *Brasil-Medico* (ALMEIDA, 1915: 101)

O empenho do Dr. Almeida em divulgar seu sucesso terapêutico demonstra o quanto se sentia orgulhoso do feito, em um momento que a moléstia era vista como uma verdadeira ferida social, como o próprio sentenciou, recorrendo a Bertarelli: “a maior chaga que conturba a nossa civilização e o fator máximo de perdas econômicas, o que deriva a enorme cifra de doentes que sucumbem na idade produtiva.” (BERTARELLI *apud* ALMEIDA, 1915:101).

### 4.3 “O estado mental na tuberculose”

Na primeira metade do século XX, discussões científicas sobre a correlação entre tuberculose e a doença mental faziam parte dos círculos médicos. Venancio e Santos (2012) chegaram a analisar brevemente essa temática, a partir de estudos médicos e suas conjecturas sobre uma possível interdependência entre as duas doenças. Os autores identificaram, então, importantes questões que aqueciam o debate no período, como as indagações de Marie (1906) sobre a relação de causalidade entre a tuberculose e a doença mental – a tuberculose seria a causa da doença mental ou a doença mental favorecia o aparecimento da tuberculose? Assim, nos artigos de Moreira (1913), Pio Alves (1915), Guedes e Almeida (1916) e Heitor Carrilho (1938), Venancio e Santos observaram que a anterioridade de uma doença sobre a outra era uma das principais preocupações teóricas e ponto de divergências. Isto é, não havia consenso sobre qual se apresentava primeiro, se a tuberculose ou a doença mental. (VENANCIO e SANTOS 1912:7).

O estudo de Marie (1906) *Les alienes et la Tuberculose*, publicado nos *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, é o melhor exemplo que temos de como chegou ao Brasil o debate sobre a influência de questões institucionais na coexistência entre a tuberculose e a alienação mental. Essa discussão estava atrelada a estudos estatísticos e a tentativas de explicar a elevada incidência da tísica nos asilos para alienados, que já ocorria no mundo anglo-saxão desde a segunda metade do século XIX.<sup>251</sup>

Apesar de identificarmos elementos desse debate na produção psiquiátrica local, veremos que a base das reflexões científicas sobre o assunto se manteve bem mais próxima da abordagem kraepeliniana. Neste sentido, nas próximas páginas, retomaremos a temática de Venancio e Santos (2012). Aprofundaremos a compreensão dos discursos científicos dos diversos atores, investigando com quem dialogavam, quais os argumentos mobilizados, suas possíveis aproximações e divergências teóricas, sem perder de vista as inserções institucionais.

---

<sup>251</sup> Ver análise do capítulo, tópico 1.3 - A tuberculose e as instituições para alienados: um debate internacional.

Peixoto e Moreira (1905) se encarregaram de divulgar, no início do século XX, a *Classificação das moléstias mentais do professor Kraepelin*, como mencionado no capítulo anterior. No âmbito do quadro nosológico de Kraepelin, a tuberculose foi inserida no grupo I - *das psicoses infecciosas, causadas pela ação de toxinas no córtice cerebral, provocando perturbações gerais no organismo*. Grupo subdividido em três quadros sintomáticos:

a) *Delírios febris* – com quatro graus de variação: 1º- mal estar geral, sensação de cabeça pesada, irritação, excitação leve, dificuldade de trabalhar, sono inquieto, com sonhos vivos e ansiosos; 2º- alteração mais acentuada da consciência, alucinações e ilusões, modificações do humor; 3º- maior perturbação da consciência, confusão das ideias, impulsos motores causados por estados afectivos, sinais de paralisia; 4º- carfologia (agitação das mão e dos pés) e sobressaltos tendinosos, palavras incoerentes, letargia, descontrole intestinal. Segundo os autores, para Kraepelin, os delírios febris seriam mais frequentes nos meninos, mulheres e pessoas nervosas. “O delírio em questão pode figurar no ponto de partida de outras psicoses como a loucura maníaco depressiva e até a demência precoce e paralisia geral.” (MOREIRA e PEIXOTO, 1905:208). Em uma semana, os delírios cessariam com a febre, porém poderia ocorrer a persistência de algumas ideias delirantes.

b) *Delírios infecciosos* – seriam “os delírios atribuíveis a uma intoxicação especial como o delírio da raiva, delírios iniciais da febre tifoide, da varíola, certos delírios de infecção palustre, podendo aparecer por vezes sem elevação da temperatura.” (MOREIRA e PEIXOTO, 1905: 208). Tais delírios eram observados em dois sentidos, no caso da febre tifoide: 1º “um delírio tranquilo com perturbações sensoriais e concepções delirantes (ideias de perseguição, modificação do humor); 2º podem ocorrer excitação maníaca, confusão delirante, alucinações, ansiedade, agitação desordenada.” (MOREIRA e PEIXOTO, 1905:208). Com duração de alguns dias, o prognóstico era muito variável (de 40 a 50 % de curabilidade) e o diagnóstico, difícil para os casos iniciais.

c) *Os estados de enfraquecimento psíquico infectuoso*, com afetação do humor e da inteligência, podiam apresentar-se durante o período febril. Também, podiam ocorrer após o período febril, de forma leve à grave, e manifestar estados de psicose “poli neurítica de Korsakof”<sup>252</sup>

As formas leves são representadas por aqueles casos que aparecem durante a convalescença de acessos graves de moléstias infecciosas; influenza, reumatismo articular, coqueluche, tuberculose e coreia: apatia, depressão,

---

<sup>252</sup> Sergei Korsakoff (1853-1900) defendeu, em 1887, sua tese de doutorado sobre a paralisia alcoólica e publicou artigos sobre pacientes alcoólicos. O médico descreveu a "psicose poli neurítica", presença de distúrbios da memória, deterioração mental e polineuropatia, entre outros sintomas possíveis (BARCELLS, 2014:158).

dificuldade para coordenar ideias, paralisia da atividade psíquica. A lucidez e a orientação não são modificadas. Humor sombrio, acesso de ansiedade, medo de ser envenenado, preocupações hipocondríacas, ideias de culpabilidade. Por vezes recusa de alimento, tentativas de suicídio. Perda rápida de sono e mau apetite. (MOREIRA e PEIXOTO, 1905:209)

As formas mais acentuadas ocorreriam nos processos infecciosos da varíola, do reumatismo articular, da cólera e da tuberculose, podendo durar semanas ou meses. Os sintomas seriam: alucinações múltiplas e delírios estravagantes, excitação e ansiedade, confusão, desorientação, recusa de alimentos, ideias de suicídio e atos violentos. E também, perda de peso e de sono, cuja melhora levava ao desaparecimento das alucinações e delusões.

As *Psicoses infectuosas* foram tratadas pelo professor Austregesilo em artigo, em 1909, publicado nos *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Para o professor, “as perturbações psíquicas e nervosas” teriam apenas “duas fontes etiológicas – a destruição e a intoxicação. Esta última sobretudo é a origem fecunda dos distúrbios mentais.” (AUSTREGESILO, 1909: 276) Sua preocupação recaiu sobre os distúrbios que teriam origem na intoxicação infecciosa.

O professor se propôs a esclarecer as síndromes infecciosas de Kraepelin, se respaldando em vários estudiosos internacionais e na própria observação. Assim, baseado em Liebermeister<sup>253</sup>, os delírios febris, em qualquer moléstia, teriam quatro graus variados: 1º - um mal-estar e torpor psíquico; 2º- alteração da consciência e distúrbios psicossensoriais; 3º- escurecimento da consciência e estado caótico; 4º- grande torpor, próximo à letargia. Neste estágio, de certa gravidade, a terapêutica era baseada na aplicação de hidroterapia sedativa, em tônicos do aparelho circulatório, antissepsia intestinal e uso de drogas medicamentosas.

Já os delírios infecciosos teriam um lugar característico na nosologia psiquiátrica, ao lado do enfraquecimento orgânico psíquico post-infeccioso, inerentes às *psicoses infectuosas*. Deste modo, desde seu início até a convalescença, as infecções apresentariam estados mentais de graduação diversas, “desde o torpor cerebral de Ball (confusão mental no 1º grau) até a *amentia de Megnert* (incoerência, confusão mental, alucinações múltiplas etc.) (AUSTREGESILO, 1909:278).

Esclarecido os aspectos mais conceituais, o professor buscou analisar brevemente diversas infecções (varíola, gripe, malária, febre amarela, peste etc.), indicando as inferências

---

<sup>253</sup> De origem germânica, Karl Liebermeister (1833-1901) foi o primeiro a descrever a fisiologia patológica da febre na regulação da temperatura corporal. Além disso, aplicou métodos antipiréticos e farmacológicos, especialmente no tratamento da febre tifóide, e desenvolveu novas ferramentas estatísticas para a avaliação dos resultados terapêuticos (SENETA *et al*, 2004).

de vários estudiosos sobre cada uma. A tuberculose foi colocada ao lado da sífilis, como infecções de caráter crônico. Apoiando-se na literatura médica<sup>254</sup>, Austregesilo afirmava haver um estado psíquico específico à condição do tuberculoso.

A tuberculose sobretudo pulmonar determina habitualmente alterações psíquicas. As perturbações correm por conta da febre, das intoxicações, da anemia, da fraqueza crescente.

Sabemos que existe um estado psíquico especial ao tuberculoso de que Hacke-Tuke, Ball, Trousseau nos deram descrições magistrais. O doente apresenta um estado mental doloroso, “diante do qual tudo desaparece, exceto a necessidade de viver” como muito bem sintetiza Letulle. Às vezes é o contrário, um estado de euforia, de otimismo, de grandes esperanças, sombreado pelo medo da moléstia. Em certas vezes existe um estado de excitação que pode terminar em impulsos de várias categorias – excesso venéreo, alcoólico. Não raro, por causa das intoxicações autógenas, dependentes da infecção bacilar formam-se verdadeiras psicoses de caráter onírico, caótico, ou delírio mais ou menos sistematizados, estados paranoides.

Além das síndromes mentais referidos a tuberculose pode trazer desvio psíquico e cerebrais consecutivos às meningites. (AUSTREGESILO, 1909:280)

Essa perspectiva do professor A. Austregesilo se baseia numa corrente que defendia a existência de uma psicose específica do tuberculoso. Tema que Juliano Moreira colocou em discussão, em 1913, como contribuição ao número dedicado à tuberculose dos *Archivos Brasileiros de Medicina*. Em *Estados mentais nos tuberculosos*, Moreira se perguntou: "Há uma psicose tuberculosa específica?" E, com essa pergunta, o cientista retomou um tema que desde há muito motivava reflexões sobre a existência ou não de uma relação etiológica entre a tuberculose e a alienação mental, como vimos no primeiro capítulo.

De início, o psiquiatra abordou o assunto a partir do imaginário popular e literário, relembrando personagens típicos que abundaram na história e na literatura romântica oitocentista – a exemplo de Léa de Marcel Prévost ou Catharina Ivanovna de Dostoiewsky. Em sua visão, esse imaginário literário influenciou a própria literatura médica sobre o tema, como consta no trecho abaixo:

Desses quadros literários mais ou menos exagerados passaram para a literatura médica muitos tons de ficção relativamente aos estados psicológicos dos tuberculosos. É assim que sem ter na devida conta as predisposições dos doentes observados e todos os fatores concomitantes, tem-se procurado constituir um quadro psíquico especial e até patognomônico<sup>255</sup> da tuberculose! (MOREIRA, 1913: 120)

---

<sup>254</sup> No caso, Austregesilo se apoiou em estudos clássicos do século de XIX, citando Ball, Trousseau (1801-1867), Letulle (1853-1929) e Hake-Tuke (1827-1895), mas sem fornecer maiores informações bibliográficas.

<sup>255</sup> Sinal próprio e característico de uma doença.

Então, Moreira se propôs a desfazer certas noções que percebiam no fimatoso um estado mental particular. Para tanto, o psiquiatra mencionou a existência de numerosos trabalhos sobre a “psicologia dos fimatosos”, mas optou por não fazer uma revisão exaustiva sobre o assunto para priorizar a sua própria percepção médica, baseada em sua experiência clínica e em interrogações feitas junto a médicos e pacientes de diferentes localidades (como Suíça, Tyrol, baixo e alto Egito). Chegamos a mencionar no capítulo 1, a emergência do debate em torno da “phthisical insanity”, denominação dada por Clouston, em 1863, para o que ele acreditava ser a doença mental característica dos enfermos tuberculosos. Este foi um tema que ativou o debate sobre a relação entre a tuberculose e a doença mental e contribuiu para novas investigações sobre o problema da tuberculose nos asilos para alienados (SIMPSON, 1910: 1; GRIG, 1955: 69). Como indica Peixoto, em sua exaltação ao intelecto do amigo, Clouston fazia parte da extensa erudição de Juliano Moreira:

Não foi nacionalista, nem teve freguesia intelectual. Ouviu os sons de todos os sinos. Aqui, Silva Lima, tropicalista. Ali, Nina Rodrigues, médico legista. Estendeu as mãos a Teixeira Brandão e a Franco da Rocha. Propagou Kraepelin, sem esquecer Pierre Marie, nem Toulouse, Clouston e Morselli. Leu a todos, aprendeu de todos, a todos no seu tanto consagrou, com a citação, a aplicação, a correção. Freud, novidade de hoje, há trinta anos era estudado por ele na Bahia.” (PEIXOTO, 1931: 66)<sup>256</sup>

Ainda assim, Moreira mencionou que suas conclusões também estavam baseadas nos inquéritos do professor Weygandt (1870-1939)<sup>257</sup> e na pesquisa do Dr. Luniewski (1881-1943)<sup>258</sup>, voltada para a psicologia experimental em tuberculosos e que investigou vários períodos da doença. De início, Moreira buscou retificar a crença de que as toxinas do bacilo de Koch agiam sobre as células corticais do cérebro, provocando desordens psíquicas elementares, afirmando que isso poderia variar ao infinito, a depender das predisposições e reações de defesa de cada um. Portanto, era preciso considerar: “as influências de idade, sexo, condições étnicas, intelectuais, de educação e meio social quando encararmos cada caso per si, cujo tempo de

---

<sup>256</sup>Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/morjul.htm> Acesso em: 02 de outubro de 2019.

<sup>257</sup> De origem germânica, Wilhelm Christian Jakob Karl Weygandt foi diretor do manicômio Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, em Hamburgo, entre 1908-1934, onde se fazia pesquisa acadêmica diversificada. Como Juliano Moreira, Weygandt fazia parte do círculo de intelectuais motivados pela psicologia experimental, como Wundt e Kraepelin. O psiquiatra voltou-se para temas da psiquiatria forense e higiene mental, dedicando em especial às anormalidades da infância e juventude e ao alcoolismo. (MUÑOZ, 2015: 143-156).

<sup>258</sup> O psiquiatra Witold Łuniewski Robert Alexander (1881-1943) foi precursor da escola polonesa de psiquiatria forense e psiquiatria penitenciária e professor associado de psiquiatria forense e psicopatologia criminal do Instituto de Higiene Mental e da Universidade de Varsóvia. Disponível em: <http://www.polskaniezwykla.pl/web/place/50510,warta-dom--w-ktorym-urodzil-sie-witold-luniewski.html> Acesso em: 02 de outubro de 2019.

doença e respectiva intensidade não poderão ser desprezados.” (MOREIRA, 1913:120) A partir dessa colocação, Moreira colocou sua primeira crítica ao tratamento da questão: a desconsideração de vários autores quanto à complexidade que envolve o problema, o que levaria a conclusões apressadas, como a de que os fímatosos tenderiam ao otimismo e euforia ou de que alguns tenderiam ao exagero da libido sexual.

Quer dizer, Juliano Moreira se propôs a desconstruir certas noções generalizadas de que haveria um estado mental característico do tuberculoso, percepção que reduziria, mesmo entre os médicos, o quadro múltiplo da psicologia do doente. Ressaltando algumas respostas médicas ao questionário de Weygandt<sup>259</sup> e suas próprias observações, Juliano Moreira não atestava os tuberculosos mais irritáveis que pacientes de outras doenças. A seu ver, o indivíduo – diante do diagnóstico de grave enfermidade e de sua provável incurabilidade, afastando-se do trabalho, internado em sanatório com outros enfermos – não poderia deixar de ter seu humor modificado ou se sentir “abalado em seu estado d’alma” (MOREIRA, 1913, 121-122).

Da mesma forma, Moreira criticou, assim como alguns autores, a percepção da alta excitabilidade sexual do fímatoso. No seu ponto de vista, outras explicações poderiam explicar esse traço em alguns doentes, por exemplo: a constituição do indivíduo; a influência de dietas alimentares e medicamentosas; as longas horas deitado; o despertar da volúpia ante à consciência do estado avançado da doença. Assim: “Certamente há pacientes em que a certeza do mau estado de seus pulmões faz despertar desejos desenfreados de gozar por despedida. Mas isso não ocorre em doentes de tantos outros males! (MOREIRA, 1913:123)

Igualmente, o psiquiatra criticou percepções que ressaltavam tendências místicas, atributos de genialidade e inclinações românticas, descartando ainda as diversas denominações que surgiram para designar o estado mental do tuberculoso: “melancolia tuberculosa, mania tuberculosa, psicastenia tuberculosa, demência tuberculosa e até paralisia tuberculosa.” (MOREIRA, 121-122).

Contrariando a ideia de apenas um estado mental do tuberculoso, Moreira defendia possibilidades variadas, “conforme as condições do terreno do doente, a forma e o período da doença.” (MOREIRA, 1913:124). Neste sentido, não havia como “diferenciar o quadro mental no tísico que agoniza do quadro do canceroso ou do caquético sífilítico, que também

---

<sup>259</sup> Neste ponto, Moreira não esclareceu quais foram as questões colocadas aos médicos, pelo prof. Weygandt, apenas ressaltou algumas afirmações médicas, a exemplo de Scherer – de que 50% de seus pacientes (1386) teriam apresentado alguma alteração de humor, em doentes iniciais essa taxa alcançava 80 a 90%; e Grumprecht, em Lippspringe – que apenas 10% de seus pacientes apresentaram irritabilidade, e que em razão do período mais adiantado da doença “vai o espírito se habituando ao mal”. (MOREIRA, 2013:121).



predisposto entra a delirar." (MOREIRA, 1913:125). Enfim, para Moreira, não se devia falar em uma psicose específica da tuberculose, mas em antecedentes psicopáticos, que não podiam ser confundidos com a afecção tuberculosa. (MOREIRA, 1913:125)

Portanto, Moreira buscava desconstruir representações culturais e científicas já bastante difundidas. Para ele, as manifestações mentais da tuberculose não se diferenciavam de outras infecções sérias. Neste caso, se coloca claramente contrário a proposição originária de Clouston, da existência de uma moléstia mental tuberculosa. Percebemos também que divergia da visão de seu colega Austregesilo. Ao mesmo tempo, Moreira não negava a possibilidade do fimatoso apresentar alterações psicológicas, durante o processo da doença e frente à ameaça do fim da vida. Mas, tais alterações poderiam ser as mais diversas, e dependiam de muitas variáveis – idade, gênero, raça, nível de instrução e condição social. Infelizmente, Moreira não avançou na análise dessas variáveis. Essa menção à possível influência do gênero sobre o quadro mental do tuberculoso é um indício de que havia uma percepção diferenciada da tuberculose para homens e mulheres. Mesmo assim, Moreira não ressaltou esse aspecto como algo separado de outros elementos característicos da diversidade humana.

Fora isso, observamos a questão sendo levantada por Simpson (1910), pela ótica institucional. O médico buscou explicar por que havia uma maior propensão das mulheres alienadas serem mais afetadas pela tuberculose que os homens insanos, principalmente pelo tipo pulmonar – fato observado nas instituições escocesas para doentes mentais. Segundo a própria experiência, Simpson listou os seguintes motivos: além da superlotação, que implicava em um suprimento insuficiente de ar; as mulheres tinham hábitos mais sujos que os homens; por suas ocupações em lugares fechados, praticavam menos exercício ao ar livre; alimentavam-se de forma irregular, escondiam comida para comer em horários estranhos; seus cabelos longos, e a dificuldade de mantê-los limpos, eram um bom esconderijo para o bacilo de Koch; e eram resistentes à rotina profilática de manter as janelas abertas dos dormitórios para entrada de ar fresco. Por este estudo, vemos que havia um olhar diferenciado da tuberculose em relação a homens e mulheres, considerando tanto o estilo de vida em comportamentos feminino e masculino, quanto ao ambiente institucional. No entanto, parece não ter havido maiores debates sobre o assunto, pelo menos no plano local.

Pio Alves Pequeno Junior também discutiu o tema, porém abordando especificamente a relação “Tuberculose e Demência Precoce”. Seu artigo foi publicado nos *Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, em 1915, onde se apresentou como ex-interno de Clínica Psiquiátrica e membro efetivo da Sociedade de Psiquiatria do Rio de Janeiro. Pequeno

Junior citou atores do meio científico internacional<sup>260</sup>, que dialogavam sobre o assunto, mas sem adentrar na interpretação que cada um dava à questão ou referenciar os estudos analisados. Por outro lado, preferiu debater o caso de um indivíduo tuberculoso, apresentado por Pierre & Gallais, em 1913, na Sociedade de Psiquiatria de Paris. O doente com peritonite tuberculosa foi considerado curado após a aplicação da helioterapia no abdômen, mas apresentou perturbações mentais posteriormente. Observando a discussão<sup>261</sup> que seguiu à apresentação do caso, buscou mostrar quanto ainda era uma interrogação se a “tuberculose era causa ou sequência da demência precoce” e, então, se alinhou aos que questionavam se a demência era fruto da tuberculose (PEQUENO JUNIOR, 1915: 224).

Um dado importante deste estudo é que Pequeno Junior participou do debate a partir sua pesquisa junto a 30 dementes do HNA, analisados entre 1911-1914, muitos da Seção Pinel. Sobre isso o médico escreveu:

Impossível nos foi saber se a maior parte deles já era tuberculosa quando entrou no Hospício, ou antes de surgir a doença mental, por isso que não só não conhecemos os antecedentes pessoais e hereditários desses doentes, como também porque não lhes foram feitas pesquisas rigorosas nesse sentido. Aliás como saber se, anteriormente à doença mental, já eram esses indivíduos tuberculosos se, em geral, somos tão imprevidentes quando se trata desse mal e preferimos sempre supor que contraímos um resfriamento, de preferência à tuberculose? Impossível (PEQUENO JUNIOR, 1915: 224).

Neste ponto, o Pequeno Junior nos expõe sua dificuldade para averiguar os antecedentes dos pacientes, visto que essas informações não haviam sido devidamente pesquisadas. Quer dizer, isto evidencia problemas administrativos e médicos da assistência, que interferiam na prática científica. Como visto no capítulo anterior, eram muito comuns as falhas ou ausências de dados nos processos de internação dos alienados. Muitos pacientes se apresentavam aos órgãos responsáveis pela emissão da guia de internação sem condições de fornecer informações. Para obtê-las, os médicos dependiam, então, de um terceiro (familiar ou pessoa próxima ao doente) ou da polícia. Em muitas ocasiões, as guias seguiam incompletas e os diagnósticos, inconclusos.

---

<sup>260</sup> Como Dunton, Claus, Dide, Kierman, Durocher, Rubinovitch, Soutzo, Klipel, Ballet, Dimitresco, Regis, Denys, Raoul-Leroy, Laignel-Lavastine etc. (PEQUENO JUNIOR, 1915: 222).

<sup>261</sup> O debate citado envolveu os seguintes atores e teorias: Pierre & Gallais e Rubinovitch consideraram a tuberculose a causa da demência; Dufour acrescentou o fato de que as curas solares podiam causar perturbações cerebrais, ao lesar os centros nervosos; Bernheim defendeu a independência dos dois processos, não existindo uma relação de causa e efeito; Delmas desacreditou o diagnóstico de demência precoce, vendo as perturbações mentais "por conta de um estado confusional toxi-infeccioso curável"; Gilbert Ballet não duvidava de que a tuberculose pudesse ser causa do seu estado psicopático; Vigouroux, Soutzo e Dimitresco, Schröder, Mallet, Herrison-Laparre e Pruvost observaram a frequência da tuberculose entre os dementes precoces.

Outro ponto que a fala do médico deixa transparecer é a conduta individual, ao mesmo tempo social, de negação da condição de tuberculoso, comum à época, dificultando a identificação da moléstia. De mais a mais, cabe lembrar o fato de que a condição de tuberculoso (tanto quanto a de alienado) estava associada a uma série de estigmas negativos que tornavam a vida do doente ainda mais difícil, para além da própria doença. Se a negação da infecção prejudicava o trabalho científico, para os possíveis contaminados, era um recurso de preservação social e psicológica, visto que a doença implicava em vários infortúnios para a vida do indivíduo tuberculoso.<sup>262</sup>

Pequeno Junior se colocava ao lado de Bernheim, defensor da noção de que as duas doenças podiam coexistir, sem que isso implicasse numa relação de causa e efeito. Então, o psiquiatra se posicionou contra a crença na etiologia tuberculosa da demência precoce, lembrando Juliano Moreira e sua afirmação de que não estava provado que a tuberculose fosse a causa da demência precoce. Reiterando seu ponto de vista, questionava: e se a tuberculose, “trazendo um enfraquecimento geral do organismo tenha apenas apressado os sintomas da demência precoce que, mais cedo ou mais tarde, haveria de surgir fatalmente, embora não fosse ele um tuberculoso?”; “porque não pensar assim quando sabemos que há tantos dementes precoces que não são tuberculosos?” (PEQUENO JUNIOR, 1915: 225)

Buscando respaldar suas opiniões no que seriam fundamentos racionais, considerava forte a grande probabilidade de a infecção tuberculosa de muitos dementes ter sido contraída nos asilos e hospícios, pois, depois de uma longa permanência no HNA, a maior parte dos indivíduos com demência precoce acabavam tuberculosos por conta das condições de fragilidade orgânica e de asilamento. Neste sentido:

Sendo já de si a demência precoce uma causa predisponente para a invasão da tuberculose, devido a fraqueza geral do organismo que, contra a infecção já não pode reagir eficazmente como um organismo são, junte-se a isso a nutrição deficiente desses indivíduos, o acúmulo deles em espaços muito limitados, a conseqüente carência da cubagem de ar, máxime durante à noite, para cada indivíduo, a falta de higiene impossível de ser rigorosamente observada nos diversos asilos, e aí temos porque os dementes precoces acabam tuberculosos.

E quando se souber que na seção Pinel do Hospital Nacional de Alienados, onde observávamos muitos dos nossos doentes, e que foi construída para 250 enfermos, existem comumente 400 e mais alienados, não é de se estranhar que a nossa estatística seja elevada. E o que se dá na Pinel acontece em quase todas as outras seções do Hospital! (PEQUENO JUNIOR, 1915:226)

---

<sup>262</sup> Aspecto abordado no capítulo 2, o tuberculoso enfrentava tanto o cerceamento da lei quanto o desprezo e a segregação social, como analisado pela historiografia.

Em seu texto, o psiquiatra observou ainda os resultados de sua investigação em autopsias de cadáveres que apresentaram demência precoce e outras moléstias mentais, entre 1911 a 1914, averiguando a porcentagem de indivíduos que faleceram com lesões tuberculosas. Deste modo, buscamos colocar seus dados na tabela 2 para efeito de ilustração:

Tabela 2- Comparação de moléstias mentais e lesões tuberculosas em autopsias do HNA por Pequeno Junior (1915)

Moléstias mentais	Nº de autopsias	Corpos com lesões tuberculosas
Demência precoce	30	25 (83%)
Alcoolismo	85	37(44%)
Psicose maníaco depressiva	45	16 (36%)
Demência senil	77	26 (34%)
Sífilis	36	11 (31%)
Paralisia geral	81	25 (31%)

Fonte: Pequeno Junior (1915: 227)

Depois de autopsiados, verificou-se que de 30 casos de demência precoce analisados, 25 faleceram de tuberculose (83%), mas a porcentagem não se repete para as outras moléstias mentais, cuja variação foi bem menor. Assim, finalizou: “A única possível e plausível [conclusão] é que a insuficiência das glândulas de secreção interna, na demência precoce, e a consequente deficiência de nutrição desses indivíduos, concorrem como fatores predisponentes para a invasão da tuberculose” (PEQUENO JUNIOR, 1915:228).

Portanto, vemos no discurso de Pequeno Junior três linhas de argumentação: uma, que diz respeito à predisposição orgânica, inerente à demência precoce e seus distúrbios glandulares; a segunda, que a má nutrição dos dementes é elemento predisponente à tuberculose; e, por último, que a insalubridade, por excesso populacional em muitas instituições para alienados, expunha os doentes a riscos do contágio. Neste sentido, o estudioso buscou interpretar seus dados a luz de teorias que já circulavam no campo da medicina mental, desde o final do século XIX, como a má nutrição dos doentes e as condições de assistência aos alienados, como demonstrado no capítulo 1.

Um aspecto não explorado por Pequeno Junior é a proporção de tuberculosos para o número total de autópsias. Para 354 autopsias averiguadas, 140 apresentaram lesões tuberculosas. Isso equivale a quase 40% de indivíduos tuberculosos do conjunto analisado por ele. Não podemos ampliar essa proporção para todo os sujeitos da instituição, mas é possível, por essa cifra, ter uma ideia do quanto a tuberculose estava disseminada no hospício.

Almeida e Guedes (1916) analisaram as *Perturbações mentais em algumas moléstias infecciosas*. Ambos seguiam a vertente kraepeliniana, mas estavam vinculados a intuições diferentes: o primeiro à Assistência a Alienados do Rio de Janeiro, como médico da 4ª. Seção de moléstias infectocontagiosas intercorrentes; o segundo ao Hospício S. Pedro, de Porto Alegre. Entretanto, neste período, Guedes encontrava-se novamente no Rio de Janeiro, fazendo estágios em psiquiatria, sob supervisão de Juliano Moreira, e em neurologia, orientado pelo professor Austregésilo.<sup>263</sup> Portanto, a inserção institucional de ambos elucida a escolha do tema de estudo.

Os autores desenvolveram a temática a partir do artigo de Eduardo Lamas (1909) (Montevidéu), *Delirios infecciosos en los degenerados*, que apresentou um estudo de caso de infecção aguda (leve) – das amígdalas – associada a um quadro de distúrbios mentais temporário (confusão mental, alucinações visuais, grande agitação). Partindo de uma leitura organicista, os autores buscaram se respaldar nas seguintes contribuições teóricas: de Adler (Viena) e sua percepção sobre a base orgânica das nevroses e psicoses; de Kraepelin, que via nas reações provocadas por toxinas a possibilidade de distúrbios passageiros ou perturbações funcionais, correspondente a “modificações anatômicas” e/ou “confusão mental crônica”; e, Délasiauve, sobre a presença de torpor cerebral, “ausência absoluta de ideias”, bloqueio ou supressão do pensamento. Lembram, ainda, a influência do clima e de fatores sociais para a depressão do sistema nervoso.

A partir de então, Almeida e Guedes abordaram estudiosos nacionais e internacionais, destacando, em especial, algumas comunicações em eventos científicos: *Les maladies mentales dans les climats tropicaux*, apresentada por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto no Congresso Internacional de Medicina de Lisboa, em 1906; *Notes sur quelques maladies nerveuses et mentales au Brésil*, tema de Juliano Moreira no III Congresso Internacional de Neurologia e da Psiquiatria de Gand (atual Bélgica), em 1913<sup>264</sup>; *Psychoses infectueuses, especialmente nos climas quentes*, discutida por A. Austregesilo, no IV Congresso Médico Latino-Americano, em 1909; e *Delirios infecciosos em los degenerados* de Eduardo Lamas, também no IV Congresso.

---

<sup>263</sup> Luiz José Guedes graduou-se, em 1904, pela FMRJ. Em 1913, foi nomeado Médico de Doenças Somáticas do Hospício São Pedro em Porto Alegre. Estagiou em hospitais psiquiátricos de Buenos Aires e Montevidéu. Lançou as bases da formação em clínica psiquiátrica e em clínica neurológica na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, pela linha de Kraepelin. Gomes & Gauer, *Influências da Psiquiatria e da Psicanálise*. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/museupsi/PSI-RS/Chap3.htm> Acesso em: 20 de fevereiro de 2020.

<sup>264</sup> Neste ano, de acordo com Cerqueira (2014), Juliano Moreira participou de três congressos na Europa, representando a Assistência a Alienados e a SBNPML, “como alienista em Londres, neurólogo em Gand e higienista em Berlim (PENAFIEL, 1913: 129 apud CERQUEIRA, 2014:68).

Ao final, Guedes e Almeida concluíram que a maior parte dos autores percebia a existência de desordens mentais ligadas a grande número de moléstias infecciosas – impaludismo, gripe, febre tifoide, pneumonia, tuberculose, estreptococcias, lepra, ancilostomíase, sífilis etc. –, e cujas psicopatias se expressavam em “modalidades clínicas diversas.” Ao final, os autores defenderam que a terapêutica (clínoterapia, balneoterapia, isolamento, regime dietético, tônicos etc.) deveria agir sobre as causas e os sintomas da doença, desonerando o organismo de toxinas e tratando diversos fenômenos clínicos apresentados pelos pacientes (ALMEIDA E GUEDES, 1916: 212).

Os autores buscaram apresentar pelo menos um estudo de caso para cada moléstia analisada, de modo a ilustrar a discussão. Os indivíduos doentes foram selecionados no atendimento privado e em algumas instituições – Hospício Nacional, Hospital Paula Candido, Hospital de Jurujuba, Hospício São Pedro (Porto Alegre). De cada paciente, os médicos averiguaram o histórico, os sintomas apresentados, as provas de laboratório colhidas, a terapêutica utilizada e a resposta ao tratamento. Além do estudo de seus próprios casos, os autores contaram com certa colaboração de alguns colegas médicos, com informações de seus pacientes, a exemplo de um caso de impaludismo da clínica particular de Rodrigues Caldas, ou um caso do Dr. Austregesilo, do Hospital de Jurujuba.

Curioso é constatar que parece ter havido uma certa preferência por analisar casos femininos da Seção Esquirol.<sup>265</sup> Como o Dr. Almeida era médico da 4ª Seção de Moléstias infectocontagiosas intercorrentes, possivelmente, foram pacientes que passaram pelo isolamento, embora essa informação só tenha sido mencionada em duas ocorrências. Caso que, em particular, chama a atenção é o da jovem de 20 anos, brasileira, negra, doméstica e solteira, que deu entrada em julho de 1915 na Seção Esquirol, vinda do Hospital São Sebastião, tendo sido removida para o Pavilhão Jobim, por conta de infecção de varíola; depois reenviada para a Seção Esquirol, e transferida de novo para a Colônia do Engenho de Dentro, de onde retornou ao HNA, por inadaptação, ao ponto de tentar fugir várias vezes. Apesar de suas várias movimentações, Dr. Almeida não perdeu de vista a paciente, tendo acompanhando seu quadro mental, ora calmo ora agitado. O médico também registrou que a enferma passou pela terapêutica da balneoterapia, mas não obteve resposta satisfatória.

Guedes (1925) voltou ao tema em *O estado mental na tuberculose*, numa conferência, próxima a uma peça literária, realizada na Faculdade de Medicina, no dia 31 de julho de 1925.

---

<sup>265</sup> De 8 casos femininos estudados, 6 eram da Seção Esquirol, um do Hospital Jurujuba, a outra do Hospital São Pedro de Porto Alegre. Dos 4 casos masculinos citados, dois eram do Hospital São Pedro, outro da clínica particular do Dr. Rodrigues Caldas, e um quarto não discriminado.

Guedes contou casos de pacientes, ilustrando a psicologia dos fímatosos, e partiu dos pressupostos classificatórios de Kraepelin, acerca dos delírios infecciosos, para afirmar o fato de que as toxinas do “mal de Koch” produziam “perturbações do psiquismo”, mas que isso variava muitíssimo em função das “disposições viscerais de cada um e o valor das reações respectivas de defesa” (GUEDES, 1925:113).

Guedes explicou sobre as muitas perturbações que poderiam apresentar os tuberculosos: desde um quadro mórbido frequente (com atordoamento da inteligência, estado de confusão, alucinações de ouvido e de sensibilidade, crises de automatismo, ansiedade e agitação etc.); estados depressivos de verdadeira melancolia (com o sentimento de aniquilamento e ruína e, por vezes, de culpabilidade e pecado); e delírio terminal por “carência de hematose” e “saturação por gás carbônico”, similar a todas as doenças, que produzem no doente alucinações, agitação, atordoamento da consciência e acessos paroxísticos (espasmos, convulsão).

Na realidade, o psiquiatra assumiu, explicitamente, o ponto de vista de Juliano Moreira – o doente poderia apresentar diferentes quadros psíquicos e não uma psicose específica. Retomou vários aspectos sobre o psiquismo dos tuberculosos, recheando com histórias de alguns doentes. Contudo, ao fazer isso, Guedes acabou valorizando aspectos colocados em questão por Juliano Moreira (1913) – como a ideia do otimismo do tuberculoso. E, contraditoriamente, acabou ratificando a existência de aspectos específicos abordados por alguns estudiosos<sup>266</sup>. Neste último sentido, ressaltou três histórias de doentes que se demonstraram egoístas, por mudança operada na psiquê pela infecção bacilar. Em seus termos:

O último caso ainda é mais característico: Jovem tuberculoso, em vésperas de morrer, chama a um amigo, recentemente consorciado, para segregar-lhe grave informação: “Tua mulher te engana, despidoradamente, com F.”, e nomeia a um terceiro que lhe era desafeto, por ambos terem sido concorrentes (...)

São, a nosso ver, esses três casos legítimos exemplares do sentimento egoístico, que vai muito no psiquismo do tuberculoso!

Todavia, nem sempre é apanágio de tais doentes essa expansão da afetividade. Ao contrário até, é comum se observar altruísmo exuberante. (GUEDES, 1925:117-118)

Guedes também observou outras controvérsias em torno da psicologia dos tuberculosos. Em especial, retomou a questão da excitação genésica abordada por Juliano Moreira (afirmada por Cabanés e Morseli, questionada por Landouzy e Damber), considerando também o ponto

---

<sup>266</sup> Como a ideia do “otimismo” ou “ilusionismo delirante” de Létule, também tratada por Dupré, vista como resultado de uma intoxicação bacilar. Outro citado foi Morselli e sua afirmação dos fímatosos como seres emotivos, esquisitos, volúveis, caprichosos e egoístas,

de vista do mestre baiano, para quem a referida excitação poderia advir do uso de medicamento, dieta ou do desejo de “gozar por despedida”. Contribuindo ao debate, Guedes acrescentou outros estudiosos – Londret, Basil, Peters, Régis –, não mencionados por Moreira, que também salientaram o erotismo dos doentes.

Ao final, Guedes concluiu que não se poderia falar em psicoses específicas nem em caracteres mentais típicos. Mas, em verdade: “registram-se fenômenos de morbidez psíquica que, ao par de se encontrarem noutros desvios de saúde, manifestam-se, com frequência, exuberantes, na evolução da tuberculose, dependendo ainda das condições individuais e condições adequadas.” (GUEDES, 1925:119).

Seguindo a mesma assertiva de Juliano Moreira, Guedes admitia que a tuberculose poderia, sim, impactar psicologicamente os fímatosos, mas apresentando variações, segundo as características próprias do indivíduo. Portanto, Guedes não propôs uma leitura diferente da que fora colocada, anos antes, por Juliano Moreira. Entretanto, nos parece que Guedes não conseguiu dar o mesmo tratamento científico à questão pois, evidenciando a complexidade da doença e do doente, ressaltou aspectos morais de seus pacientes e aproximou-se das vertentes literárias. Juliano Moreira, no entanto, julgava ser necessário não misturá-las com as perspectivas científicas.

Pelo estudo de Bertolli (2001:157), é possível perceber que a dimensão cultural continuou se sobrepondo a desconstrução científica proposta por Juliano Moreira e de outros que compartilhavam o mesmo olhar científico. A tradição cultural continuou relacionando os doentes do peito a comportamentos considerados desregrados – como o alcoolismo e uso de substâncias tóxicas, homossexualismo, onanismo, espiritismo, criminalidade etc. E, não faltaram a Bertolli exemplos de tisiologistas que continuaram pautando-se em teóricos internacionais, associando a “psicologia dos tuberculosos” a sentimentos egoístas, desconfiados, dentre outras “taras”, frente as quais caberia ao médico a intervenção reeducadora.

\* \* \*

Os artigos científicos discutidos no capítulo permitem compreender o cenário amplo das discussões em torno da tuberculose no campo da medicina mental, mas que também estava atrelado a investigações de outros contextos científicos e da produção do conhecimento humano. A relação entre alienação e tuberculose foi apenas uma das linhas de investigação.



Deste modo, os estudiosos demonstraram interesses e alinhamentos teóricos diversos que refletiam na sua produção científica.

Os interesses em desvendar os mecanismos da doença e suas formas de acometimento físico e mental passaram por vias curiosas de investigação, como as nevrites de Esposel ou a aplicação do método da Miostagmino-reação de Riedl e Marques, na busca por um teste mais ágil para identificar o bacilo de Koch no sangue. Não podemos desconsiderar o entrelaçamento da prática investigativa com aspectos clínicos e assistenciais, tanto no uso da estrutura institucional para a produção de pesquisa, quanto nos limites dessa estrutura que afetavam o trabalho dos estudiosos e os resultados obtidos.

Neste cenário, identificamos aspectos colaborativos entre os estudiosos – da troca de casos à parceria científica – e suas instituições. Isto se deu, sem dúvida, pela inserção profissional desses atores, que favorecia o uso de equipamentos técnicos e a seleção de pacientes tuberculosos para os projetos de pesquisa. Entretanto, entendemos que a colaboração não elimina o caráter competitivo do ambiente científico, como explanado por Latour e Woolgar (1997).

Consideramos também ter demonstrado a importância das associações científicas e dos periódicos especializados na constituição e consolidação da medicina mental local e na promoção de intercâmbios com círculos científicos internacionais. Não há dúvida de que a existência desses mecanismos de troca de ideias e informações ajudaram a impulsionar as pesquisas em torno da tuberculose e de outras doenças infectocontagiosas, assim como as discussões acerca da relação entre alienação mental e tuberculose. Tais pesquisas podiam também encontrar espaços de divulgação na imprensa leiga, a exemplo do que observamos no estudo do Dr. Almeida.

Como atesta a historiografia, Juliano Moreira foi fundamental para a institucionalização da psiquiatria no Brasil. Podemos afirmar o mesmo em relação à produção científica local sobre a tuberculose/alienação. Apesar de não ter escrito muitos textos a respeito do assunto, não podemos desconsiderar seu trabalho, junto ao de Antonio Austregesilo, na organização da coletânea de artigos sobre a tuberculose, em *Archivos Brasileiros de Medicina*. Também ressaltamos sua grande importância na formação de uma nova geração de jovens intelectuais da FMRJ, voltados para a produção científica no campo da medicina mental, como Pio Alves Pequeno Junior, Waldemar de Almeida e Luiz José Guedes. Além do mais, cabe ratificar o HNA como espaço de formação científica e experimentação – para além do papel exercido pelo

Pavilhão de Observação –, articulando decisivamente ciência e assistência nas várias dependências da instituição.

Nos dias atuais, alguns desses estudos seriam escandalosos, por usar os corpos dos doentes, por submetê-los a métodos terapêuticos experimentais sem consenso científico e/ou consentimento dos indivíduos pesquisados. Contudo, nesse período, os contornos éticos não estavam definidos e dependiam da prudência do científico, a exemplo da atitude de Esposel que suspendeu os testes nas pacientes, considerando o que seriam os limites de sensibilidade do paciente a dor. Ao mesmo tempo, a chaga social da doença exigia respostas científicas dos espíritos investigativos e de todos os campos da ciência.

## Capítulo 5

### **“No Antro do Sr. Juliano”, a criação do Pavilhão Alaor Prata (1919-1930)**

Nos capítulos anteriores, vimos como a tuberculose se entrelaçava a várias questões assistenciais e médico-científicas do HNA. Questões que, por sua vez, se comunicavam com outras mais amplas, como a formação do conhecimento especializado da doença e as transformações legais e urbano-sanitárias da cidade do Rio de Janeiro. Como acontecia alhures, os atores locais buscavam encontrar respostas para dar conta de inúmeros casos infectocontagiosos que surgiam no hospício e que ameaçavam a todos que por ali viviam ou circulavam. Para a direção do HNA, o esforço pela ampliação de leitos da 4ª. Seção/seção-lazareto (inaugurada em 1905) converteu-se em uma peleja constante, visando garantir o isolamento dos que representavam ameaça, especialmente os tuberculosos. Contudo, as soluções adotadas mostravam-se temporárias e insuficientes face à entrada de cada vez mais doentes, muitos já infectados e muito debilitados, orgânica e psiquicamente.

Com o funcionando intenso e acima de sua capacidade, a estrutura de atendimento do HNA declinava a cada ano. Na década de 1910, os efeitos do prolongamento da I Guerra Mundial (1914-1918) e da disseminação da gripe espanhola (1918) entre a população carioca impactaram também o hospício, acentuando suas dificuldades correntes. À vista disso, o HNA adentrou os anos de 1920 enfrentando graves problemas sanitários, num momento em que a capital da República passava por mudanças na sua organização sanitária, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a estruturação de novas inspetorias especializadas em saúde pública, inclusive uma dedicada ao combate da tuberculose.

Ao mesmo tempo, novas configurações políticas e urbano-sanitárias permitiram avanços nos projetos da Assistência a Alienados. Um desses avanços foi a criação do Pavilhão Alaor Prata (PAP), voltado para o isolamento das enfermas tuberculosas do HNA. Nossa proposta é compreender este cenário, delinear mudanças e acordos que levaram à construção do PAP, entre 1925 e 1926, e compreender de que forma o novo pavilhão refletiu o atendimento às alienadas tuberculosas. Nesse processo, o hospício ilustra tanto as possibilidades abertas pelas mudanças conjunturais como os limites colocados pela instabilidade do período. Vejamos, então, como a história do HNA esteve vinculada ao contexto político, urbano-sanitário e assistencial da década de 1920.

O agravamento do conflito bélico mundial causou carestia de vida e miserabilidade para grandes contingentes populacionais, aumentando os índices da tuberculose em várias

localidades, inclusive na cidade do Rio de Janeiro. Além disso, no decorrer da década de 1910, outros eventos trouxeram à tona as lastimáveis condições de saúde da população brasileira. No decurso dos acontecimentos foi determinante a publicação, em 1916, dos resultados aterradores da expedição médico-científica de Belisário Penna e Arthur Neiva ao interior do Brasil, realizada em 1912, que atçou debates sobre o tema nos meios intelectuais, médicos e políticos. O contexto foi ainda inflamado pela pandemia da gripe espanhola, em 1918, que vitimou fatalmente milhares de brasileiros.

Em função do grave cenário sanitário brasileiro, a competência da DGSP (criada em 1897) foi posta em xeque. Dos debates na Câmara Federal surgiu a criação do DNSP, em substituição à antiga Diretoria, pelo Decreto nº 3.987, em 2 de janeiro de 1920, como órgão federal subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (MJNI). Com a redefinição da pasta de saúde pública do Governo Federal, sob a direção do sanitarista Carlos Chagas, o DNSP centralizou esforços, ampliando sua esfera de atuação para todo o território nacional, via acordos com os poderes locais. (HOCHMAN, 1993:10-12; HOCHMAN: 1998: cap. 3; SANTOS, 1985: 199-204).

No enredo histórico da década de 1920, ondas de instabilidade político-econômica marcaram uma “fase de transição” e de grande efervescência cultural e política. Instabilidade observada por Fritsch (1993) ao analisar a crise econômica de 1922, e por Ferreira e Pinto (1993) ao propor uma revisão historiográfica sobre os acontecimentos políticos que marcaram o decênio.<sup>267</sup> Segundo Fritsch (1993), após a I Guerra houve um *boom* econômico e melhora nas contas do governo brasileiro. Em meio aos bons ventos, em 1919, Epiácio Pessoa assumiu a Presidência da República propondo obras grandiosas para a capital, com vistas às comemorações do Centenário da Independência e ao combate à seca no Nordeste. Porém, o cenário econômico se modificou rapidamente a partir de meados de 1920, com a desvalorização dos produtos primários brasileiros no mercado internacional e dos altos gastos de recursos com obras internas. O Brasil entrou numa “profunda crise econômica”, cujo ápice se deu em 1922. A desvalorização do café, a alta da inflação e a crise fiscal foi acompanhada por uma crise do Estado (FRITSCH, 1993: 3-5).

Ferreira & Pinto (2006) ressaltam o ano de 1922 por seus eventos marcantes e questionadores: movimento tenentista, surgimento do Partido Comunista, Semana de Arte Moderna, criação do Centro Dom Vital (associação brasileira de católicos leigos),

---

<sup>267</sup> Para Godoy (2016: 284) as interpretações historiográficas sobre a relação Estado e política econômica são marcadas por consensos e dissensos, que abordagens generalistas deixam escapar a complexidade da questão. Contudo, para o objetivo desse trabalho, traçamos apenas algumas linhas gerais para situar o período.

comemoração do Centenário da Independência, e a briga pela sucessão presidencial. Eventos que ajudaram a ruir as bases culturais e políticas da I República, pactuadas em 1898 sob a liderança de Campos Sales. Regime que ficou conhecido como “política dos governadores” ou “política dos estados”.<sup>268</sup> Para Santos (2013), o sistema propiciou a estabilidade política nacional por 40 anos (1890-1930), visto que as regras de representação política mantinham no plano local a disputa pelo voto (com uso da violência e da corrupção), levando à renovação de representantes políticos na câmara legislativa sem, contudo, gerar grandes mudanças na política nacional (SANTOS, 2013: 14).

Durante a campanha pela sucessão presidencial de Epitácio Pessoa, em 1922, São Paulo e Minas Gerais renovaram o pacto pelo controle do governo federal. A máquina eleitoral da velha república apresentou a candidatura de Arthur Bernardes, influente advogado e articulado político mineiro, com o compromisso de deixar o controle da economia nas mãos dos paulistas, através do Ministério da Fazenda e do Banco do Brasil e, sobretudo, visando a valorização do café. Entretanto, insatisfações com os rumos da campanha de Bernardes geraram a chamada Reação Republicana, que se formou em torno do carioca Nilo Peçanha (FRITSCH, 1993: 7).

Partindo das diferentes interpretações sobre o processo de disputa presidencial, Ferreira (1993) e Ferreira & Pinto (2006) entendem que a insatisfação com o quadro político-econômico aproximou vários grupos sociais: oligarquias estaduais preteridas no jogo político (Rio de Janeiro, Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul) e reunidas em um movimento de oposição à política reinante; setores urbanos, particularmente do Distrito Federal; e militares revoltosos<sup>269</sup> (FERREIRA, 1993: 21; FERREIRA e PINTO, 2006: 6-11). Apesar das forças contrárias, Bernardes foi eleito em março de 1922, com a posse prevista para novembro, quando assumiu sob estado de sítio, por causa do levante militar *18 do Forte de Copacabana*, em 5 de julho de 1922, início do denominado movimento tenentista<sup>270</sup>. As autoras reafirmam o papel desse

---

<sup>268</sup> O pacto restringiu as disputas oligárquicas ao âmbito dos estados e, ao mesmo tempo, possibilitou a articulação de interesses locais à hierarquia de poderes governamentais, transformando o legislativo federal numa expressão da vontade dos poderes estaduais. O recurso político acabou favorecendo a predominância da atuação de forças locais de São Paulo e Minas Gerais (FERREIRA e PINTO, 2006:1-3).

<sup>269</sup> A revolta foi ocasionada pelo episódio das “cartas falsas” em que o ex-presidente militar Hermes da Fonseca e Nilo Peçanha foram supostamente denegridos em cartas escritas por Bernardes, divulgadas pelo Correio da Manhã, em outubro de 1921 (FERREIRA, 1993: 21; FERREIRA e PINTO, 2006: 6-11).

<sup>270</sup> Em 5 de julho de 1922, o levante ficou conhecido como *Dezoito do Forte de Copacabana*, mas teve participação de efetivos militares de Campo Grande, Niterói e Distrito Federal. Dois anos depois foi a vez de São Paulo, onde o movimento de 5 de Julho se pôs em armas para derrubar o Presidente Arthur Bernardes, e cujos revoltosos se juntaram às forças de oposição do Rio Grande do Sul, formando a famosa Coluna Prestes, em 1925, que percorreu treze estados brasileiros propagando revolta contra as oligarquias, até seus últimos integrantes se exilarem na Bolívia e no Paraguai (FERREIRA e PINTO, 2006: 11-13).

movimento “no processo de erosão do sistema político vigente” (FERREIRA e PINTO, 2006: 14), já consagrado na historiografia sobre o tema.

Viscardi (2001) discute como o jogo de forças políticas da República Velha foi bem mais complexo do que sugere a clássica visão da “política do café com leite”, com processos de cooptação e alianças entre os estados da federação, além de rupturas internas e localizadas. No que se refere ao processo de sucessão de Epitácio Pessoa (1922), cujas alianças foram compostas com diferentes projetos de governo, a posse de Arthur Bernardes só foi garantida graças à aliança dos dois maiores estados brasileiros, com o apoio do Catete. Ao seu ver, o esgotamento do pacto político, que se revelou no período com a Reação Republicana, se deu pela dificuldade de renovação de suas próprias bases, com a não incorporação de novos elementos que emergiram no cenário político, levando à agudização das reações oposicionistas (VISCARDI, 2001:87).

Na década de 1920, reflexões sobre a modernização da sociedade brasileira dominavam os meios políticos e intelectuais. Pensava-se sobre novos caminhos para o desenvolvimento cultural, a organização social, econômica e política do país.<sup>271</sup> (PIVA, 2000: 18). Entre as diversas correntes ideológicas<sup>272</sup>, emergiram aspirações nacionalistas autoritárias<sup>273</sup> nas áreas da educação, saúde e urbanismo, reivindicando-se participação mais efetiva do Estado. (FAUSTO, 2001:18-20; FONSECA, 2007: 65-78).

Em meio aos embates intelectuais e políticos, as discussões em torno da saúde pública ampliaram a consciência política quanto ao papel do Estado no combate às diversas moléstias que abatiam as forças produtivas da nação. Na nova conjuntura, o código sanitário passou por processo de atualização, a partir do Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920, mas ganhou uma versão mais efetiva com o Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, que aprovou o regulamento do DNSP, editado durante os mandatos de Arthur Bernardes e do ministro da justiça João Luiz Alves.

---

<sup>271</sup> O autor discute, em especial, as aproximações e diferenças entre os pensamentos de Oliveira Vianna, Sérgio Buarque de Holanda, Azevedo do Amaral e Nestor Duarte.

<sup>272</sup> Algumas correntes ideológicas extrapolaram as fronteiras do Rio de Janeiro e repercutiram em outras regiões do Brasil, como o Partido Comunista do Brasil (PCB) e o Centro Dom Vital (associação brasileira dos leigos católicos), criados em 1922; a Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923; o tenentismo que aglutinou jovens de baixa e média patentes, em diferentes movimentos armados.

<sup>273</sup> Em relação ao pensamento autoritário, Fausto (2001) identifica duas fases constituintes: a primeira, na década de 1920, quando ocorreu seu processo de amadurecimento ideológico, com repercussão social e política; a segunda, após a revolução de 1930, quando “o pensamento autoritário ganhou considerável prestígio e os principais ideólogos da corrente tiveram papel significativo na criação de instituições e na vida política em geral.” Neste sentido, atores como Oliveira Viana, Francisco Campos e Azevedo Amaral marcariam o cenário nacional. (FAUSTO, 2001: 20).

O decreto aumentou o poder regulatório e fiscalizador do órgão e as áreas de atuação, incluindo higiene infantil, higiene industrial e profissional. Também vale notar a criação e ampliação de inspetorias especializadas e serviços como de propaganda e educação sanitária, entre outros.<sup>274</sup> (BRASIL, 31/12/1923 Decreto nº. 16.300; SANTOS, 2016: 34) Doenças que foram deixadas em segundo plano na agenda política de saúde da União, nas décadas anteriores, passaram a ser contempladas de forma mais incisiva no novo código, como a lepra, as doenças venéreas e a tuberculose, cujo combate passava a ser coordenado por órgãos especializados.

A Inspeção de Profilaxia da Tuberculose ficou subordinada à Diretoria dos Serviços Sanitários do Distrito Federal, tendo como foco de atenção os doentes da Capital, diferente da política de combate da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas que visava o território nacional.<sup>275</sup> Sobre o papel da Inspeção da Tuberculose, Nascimento (2002) relaciona as seguintes atribuições: registros das notificações da doença; isolamento hospitalar ou domiciliar; exame bacteriológico gratuito; desinfecções de casas e objetos de tuberculosos; proteção higiênica ao doente fímato; visitas domiciliares e a outros estabelecimentos; além das orientações sanitárias a população. Segundo a autora, a Inspeção criaria, então, sua estrutura de atendimento à população, por meio de dispensários, e trabalharia em parceria com as instituições filantrópicas.<sup>276</sup> (NASCIMENTO, 2002: 70-87)

Para a autora, é neste período que o Estado tomou para si a responsabilidade para com a tuberculose, contrariando a percepção de que o Estado se manteve omissivo até a década de 1930, como defendido por Vieira (1982:61) no estudo sobre a evolução do quadro da assistência médica no Rio de Janeiro, entre 1920-1937, suas reformas institucionais e seus efeitos sobre a prática médica.

Com base em nossas fontes, podemos concordar que houve avanços significativos na atuação dos poderes de Estado no campo da saúde pública desde a década de 1920, mas muitas ações ficaram também na intencionalidade ou inconclusas, pois frequentemente esbarravam na

---

<sup>274</sup> Foram anexas à Diretoria Geral do DNSP: a) Inspeção de Estatística Demográfica Sanitária; b) Inspeção de Engenharia Sanitária; c) Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas; d) Inspeção de Fiscalização do Exercício da Medicina; e) Serviço de Assistência Hospitalar; f) Serviço de Propaganda e Educação Sanitária; g) Inspeção de Higiene Infantil; h) Serviço de Enfermeiras. A Diretoria dos Serviços Sanitários do Distrito Federal estavam anexas: a) Inspeção dos Serviços de Profilaxia; b) Inspeção de Fiscalização de Gêneros Alimentícios; c) Inspeção de Profilaxia da Tuberculose; d) Inspeção de Higiene Industrial e Profissional etc. (BRASIL, 31/12/1923; SANTOS, 2016:34).

<sup>275</sup> Conforme Cunha (2005: 38), o isolamento que estava previsto na legislação para os doentes afetados pela lepra não foi implementado por falta de recursos, mas os debates sobre o isolamento compulsório foram decisivos para a posterior segregação desses doentes.

<sup>276</sup> A Liga Brasileira Contra a Tuberculose que foi, até então, o principal ator institucional de combate à tuberculose tornou-se a Fundação Aatualpho de Paiva, em 1924, voltando suas atividades de assistência principalmente para as crianças, para a condução de testes e produção de vacinas BCG (NASCIMENTO, 2002: 76).

aprovação de recursos pelo Congresso e na burocracia institucional, como veremos adiante. Tal panorama acabava redundando em esforços em vão e frequentes replanejamentos. Em outras palavras, é preciso considerar que havia uma grande distância entre as resoluções governamentais e os processos de financiamento e execução das ações, permeadas por dificuldades políticas, administrativas e burocráticas de diferentes instâncias do governo. Assim, as diversas áreas da saúde, incluindo a dedicada ao combate à tuberculose ou à assistência aos alienados e psicopatas, retratariam essa conjuntura de diferentes modos. O Hospício Nacional de Alienados ilustra bem o complexo contexto de interdependências institucionais que atravancava a resolução de problemas de saúde pública.

### **5.1 O Hospício Nacional declina...**

A partir da investigação das condições sanitárias do HNA, observamos que, na década de 1920, o manicômio foi tema corrente na imprensa carioca.<sup>277</sup> Como mencionado na introdução deste trabalho, vários jornais da época buscavam se afirmar no mundo jornalístico, divulgando matérias sensacionalistas e procurando atrair um público com pouca intimidade com as letras. Para esses veículos, a decadência do HNA tornou-se mesmo um prato cheio de misérias para contar, embora a instituição não tenha deixado de ser divulgada também por seu lugar social e importância na estrutura assistencial e científica da época. O hospício continuava recebendo um grande contingente de indivíduos doentes, além da sua capacidade, e sendo espaço de atuação de renomados psiquiatras.

Por um lado, entre o ideal de “civilização” e as crises econômicas e políticas da década de 1920, a imprensa tentava se sustentar, abrindo espaço publicitário de inúmeros produtos do mercado para contentar o público ávido por modernidade. Por outro, servia de porta-voz para determinados setores sociais, garantindo público para suas tiragens e, no caso dos periódicos situacionistas, subvenções vindas do erário público. Para uma grande parcela da população, alguns jornais se tornaram porta-vozes de suas agruras cotidianas, ante uma realidade bastante opressiva – baixos salários, carestia de vida, deficiência de serviços públicos e despotismos de toda ordem. Nesse sentido, houve uma multiplicação de veículos para atender um público

---

<sup>277</sup> Notícias dando conta de óbitos (obituários, casos de suicídios, autopsias); casos de fugas; relatos trágicos de indivíduos (por acesso de loucura) encaminhados ao HNA, pela polícia ou pela família; eventos científicos (como reuniões, conferências de autoridades científicas); visitas de autoridades políticas e institucionais; eventos sociais (aniversários, homenagens, festas); informes administrativos e patrimoniais (como liberação de recursos, projetos em andamento e obras); questões funcionais (como provimentos de cargos, licenças, aposentadorias, atrasos de salários); referência trabalhista em anúncios médicos etc.



diverso. Segundo Barbosa (2007: 58), cerca de 800 periódicos surgiram no período, a maioria não passou de alguns poucos números. Os que tiveram vida longa não passaram de 5 dezenas.

Encontramos várias denúncias dos problemas sanitários do HNA, entre outras questões administrativas da Assistência a Alienados. A maioria das matérias analisadas<sup>278</sup> se encaixam dentro daqueles veículos de imprensa que tiveram vida curta e posicionamentos políticos diferenciados. As notícias permitem compreender a complexidade dos problemas institucionais e compor o retrato dos dramas humanos vividos entre os muros do hospício, e para além deles. Muitas dessas matérias confrontam e, ao mesmo tempo, ilustram o discurso institucional dos relatórios administrativos. Por sua natureza objetiva, os relatórios focavam os problemas gerais, propondo resoluções, orçamentos e medidas legais para solucionar desafios cotidianos do manicômio, como novas ampliações de leitos, conservação predial, substituição de equipamento obsoleto, contratação de pessoal etc.

No início do ano de 1920, a imprensa denunciou que o HNA era palco de revoltas de pacientes da Seção Lombroso, dedicada a “loucos perigosos”, que causaram grande alvoroço no hospício e mobilização da polícia, do corpo de bombeiros e de um batalhão do exército.<sup>279</sup> O ocorrido foi divulgado pela imprensa de diversas maneiras: com manchetes sensacionalistas, fotos dos revoltosos e da instituição estampadas com destaque, depoimentos de autoridades envolvidas nos episódios e descrições de detalhes dos acontecimentos. Contudo, *A Razão* foi além - inverteu a ordem dos conceitos, tratando os loucos revoltosos como indivíduos perfeitamente normais que protestavam contra os “desmandos que sofriam, sem direito a reclamação, porque como doentes não mereciam fé!” (A RAZÃO, 29/01/1920: 4).

A partir de então, o periódico passou a fazer campanha aberta e agressiva contra o “antro do Sr. Juliano” – expressão desabonadora, que costumava ser alternada com outras denominações depreciativas, como “cemitério dos vivos”, “cemitério juliânico”, “masmorra/bastilha juliânica” e “inferno de dante”. A campanha direcionava ataques diretos a Juliano Moreira e a Matoso Maia, administrador do HNA, acusados de “incompetência material e psíquica”. Por vezes, havia críticas também a funcionários, com cobrança de inquérito administrativo sobre os mesmos. A desqualificação da direção do manicômio, de psiquiatras e mesmo da ciência oficial também se dava por meio de cartas às autoridades do governo (ao “Chefe da Nação”, ao “Sr. Ministro da Justiça” e ao “Dr. Juliano Moreira, chefe do Hospício

---

<sup>278</sup> Foram encontradas mais 60 matérias e notas, muitas noticiadas em sequência, em evidente campanha aberta contra o estado de coisas no HNA. Dentre as quais, 45 (74%) são de 2 jornais, *A Razão* e *O Brasil*.

<sup>279</sup> As revoltas, segundo a historiografia, traziam à tona um problema antigo do hospício e há longo tempo reivindicado por psiquiatras, legistas e juristas, a necessidade de construção de um manicômio judiciário para loucos criminosos (MACIEL, 1999: 107; ENGEL, 2001: 298; DIAS, 2015: 155).

Nacional”). Publicadas na primeira página do periódico, as cartas explanavam tanto sobre “os abusos da ciência oficial” quanto sobre “as irregularidades do Hospício.” Desabonavam tudo que se referia à psiquiatria, à direção do HNA, à Igreja e a instituições assistenciais. Seguindo os mesmos argumentos, a ciência oficial era acusada de “ciência de fancaria”. Negando a causa da loucura como fisiológica, questionava a capacidade dos médicos de “separar um louco de verdade de um louco aparente”. E acusava a perigosa terapêutica utilizada por eles “que, quando não matam corpos os arruinam e enlouquecem as almas e as tornam incuráveis”. (A RAZÃO, 31/01/1920: 1). Dentre as muitas acusações, extraímos o seguinte retrato sanitário do HNA:

1º Que aquele casarão é um cemitério de vivos, onde não há higiene alguma, parecendo mais um depósito de fezes do que uma habitação de enfermos; 2º - Que o tratamento em tal maldito casarão é nojento na parte de limpeza corporal, e atrofiante de corpos e almas, na parte da alimentação terapêutica; 3º - Que a fome, os piolhos, os percevejos e os maus tratos, por parte dos tais enfermeiros, são a tortura dos pobres enfermos, entregues aos cuidados do maior dos obsessados conhecidos o tal pernóstico Juliano Moreira e magna caterva; 4º - Que em tal antro de misérias não pôde haver cura possível, porque tudo em tal inferno se pratica é contrário a cura dos corpos e das almas (...) (A RAZÃO, 31/01/1920: 1).

Defendendo que a cura só poderia ser alcançada pela prática do cristianismo puro, as cartas reivindicavam que autoridades do Estado abrissem inquéritos administrativos para expulsar Juliano Moreira da direção do HNA e entregar a instituição a um ser “honrado” e seguidor do “Racionalismo”. Por trás das cartas e do próprio jornal, estava Luiz José de Mattos, presidente do Centro Espírita Redentor, inaugurado em 1912. Segundo Amaro (2010:4), Mattos fundou *A Razão* para divulgar o “racionalismo cristão”, baseado no dogma de que a cura do corpo e da alma só poderia acontecer através do “espiritismo racional científico cristão”, praticado no Redentor e por seus afiliados.<sup>280</sup>

O clima de revoltas dos loucos forneceu a oportunidade perfeita para a campanha do Sr. Mattos contra a mais emblemática instituição psiquiátrica da cidade do Rio de Janeiro, expondo suas irregularidades e tentando, evidentemente, diminuir a legitimidade da psiquiatria como ciência oficial. Todavia, podemos pensar que havia exagero nas denúncias de irregularidades, mas as acusações sobre as más condições da instituição não eram totalmente sem lastro. O próprio Juliano Moreira já vinha expondo sérios problemas e reivindicando, ao poder público, meios para resolvê-los.

---

<sup>280</sup> Como já mencionamos no capítulo 3, a disputa pelo tratamento da alienação mental era uma realidade do período. Como informa Amaro (2010:88), a proposta do Sr. Mattos dividiu a sociedade carioca e mobilizou a imprensa. E, o próprio Centro Redentor chegou a ser denunciado na imprensa pelos seus métodos de tratamento dos loucos (obsessados).

Entre tantos pontos, *A Razão* denunciava: o espaço manicomial como expressão de poder pessoal (a começar por Juliano Moreira e Matoso Maia); abusos contra funcionários (maus tratos, ameaça de demissão, castigos, suspensões, e multas); más condições de trabalho (risco para os funcionários, falta de reconhecimento e de amparo, má remuneração, atraso de salário e falta de pagamentos); conflitos de autoridade – “todos ali mandam, os empregados subalternos não sabem a quem obedecer” (A RAZÃO, 20/02/1920: 5); protecionismo e apadrinhamento em favor de alguns; corrupção, apropriação indébita, uso do erário público em benefício particular; ineficiência na vigilância e disciplina interna (uso de álcool, produção de armas, revoltas, objetos deixados à mão dos pacientes), insegurança para doentes e funcionários; maus tratos e uso de violência contra pacientes; incompetência dos enfermeiros no cuidado com os enfermos e com o ambiente; insalubridade hospitalar (enfermarias e corredores escuros, sem ar, sem luz, piolhos, percevejos, fezes, falta d’água, mau cheiro); negligência com os doentes (fome, falta de banhos, pacientes descalços, nus, dormindo pelo chão); erros administrativos (como a não comunicação de falecimento ou de alta); má conservação da edificação e ausência de manutenção (falta de pintura, degradação de dormitórios e equipamentos, oficinas que não funcionavam).

Os ataques seguiram até 1921, quando o *A Razão* parou de circular, mas críticas semelhantes continuaram aparecendo eventualmente em um ou outro jornal (como *O Imparcial* e *A Noite*). Entre 1922 a 1927, o protagonismo das denúncias foi assumido pelo periódico, recém-inaugurado, *O Brasil*.<sup>281</sup> Em 23 de abril de 1922, assim, alardeou:

**Que horror! O Hospital Nacional de Alienados é uma cova de  
Caco – grave acusações**

O Hospital Nacional de Alienados é um dos focos mais intensos de tuberculose.

[Os doentes] vivem abandonados, na mais repelente miséria jogados aos percevejos, às muquiranas e à quanta imundice há, famintos esqueléticos de faces encovadas e outros inteiramente nus, sem moral e tratados como se fossem animais ferozes, dezenas de criaturas para as quais parece-me não existir um coração misericordioso nem piedade cristã para aquela multidão de infelizes que ali estão consumindo os últimos dias de existência, mirrados pela dor dos cruciantes sofrimentos que os torturam até desaparecerem devorados pela tuberculose tendo por epílogo a povoação dos cemitérios onde são lançados a vala comum. (O BRASIL, 23/04/1922: 4)

Neste momento, a imprensa revela a tuberculose como um problema grave do HNA, vinculado à sua degradação sanitária e ao descaso com os doentes. Até o final de 1930, houve

---

<sup>281</sup> *O Brasil* lançou sua primeira edição, segundo informações do próprio jornal, em 1 de março de 1922, de propriedade de Guilherme Almeida Brito, e circulou até dezembro de 1927. Era um jornal oposicionista que se colocava como órgão de imprensa independente.

algumas poucas referências a problemas de saúde dos internos – como verminose, disenterias, enterocolite, intoxicações e envenenamentos–, mas tornaram-se crescentes as denúncias relativas a problemas de degradação do espaço hospitalar e das condições de higiene e de vida dos doentes, principalmente do atendimento aos mais pobres. Também, observamos referências às péssimas condições de abrigo e de higiene das alienadas, como segue:

Era recreio das meninas.  
Tinham uma aparência deplorável de mendigas, sujas, descalças. (...)  
Uma enfermeira atenua a nossa comoção, advertindo-nos de que as reclusas não podem andar calçadas, nem sabem conservar as suas roupas.  
– Rasgam-se, sujam-se, é um horror!  
Subimos ao dormitório, situado no 1º. Andar do Pavilhão. Havia uma certa limpeza no aposento. Mas tudo tão pobre!  
Lençóis velhos, colchas ainda mais velhas, leitos de ferros... Algumas convalescentes, já mocinhas, lavavam valentemente o assoalho. (O IMPARCIAL, 08/04/1923:1)<sup>282</sup>

\*

O edifício do Hospício é dividido em grandes alas que formam grandes pátios internos. Esses pátios são verdadeiros depósitos de lixo, pois os empregados fazem deles local para despejo. Regos d'água e poças ali criando mosquitos e exalando miasmas por longo tempo após as chuvas.  
(...) mas a situação é muito pior, pois as refeições dos doidos, principalmente das mulheres dementes e indigentes, são servidas sempre com grande antecedência, ficam horas e horas expostas às moscas, cobrindo-as de imundices. Quando são absorvidas essas refeições, já não são um alimento, mas um veículo de micróbios..." (O BRASIL, 15/12/1924: 1)

\*

Na seção de mulheres (...).  
– Uma vasta imundice!... Imagine que minha pobre irmã, há três meses, não teve sequer um banho, nem foi examinada pelo médico.  
– É porque vocês não trouxeram pistolões!...  
– Mas demos 30\$ a uma enfermeira... Não há quartos, tudo está cheio!  
Isto aqui é uma Casa de Detenção. Em vez do Coronel Lima, há o dr. Juliano...  
– O moço estudante, ainda sorrindo, informa candidamente:  
– É natural. O dr. Juliano reclama, reclama. Depois, perde o incentivo, o gosto de andar por aqui, para ver a mesma coisa... Os seus auxiliares, por seu turno, nada podem fazer. Falta dinheiro para tudo!... (O BRASIL, 12/01/1925: 1)

\*

Um inquérito no Hospital Nacional de Alienados não teria como depoentes os próprios enfermos, mas as deficiências de que eles sofrem. O inquérito deveria ser iniciado na seção destinada aos enfermos do sexo feminino, onde alguns meninos escrivinhadores de livrinhos penumbristas têm colhido elementos para a descrição de novidades sentimentais, meninos que elogiam as sumidades em neurologia e psiquiatria apenas devido à amabilidade com que foram acolhidos. (O BRASIL, 26/06/1925:1)

À parte o tom dramático das denúncias, alguns aspectos importantes aparecem nessas fontes. Primeiro, nos parece que as condições degradantes das alas femininas eram bastante

---

<sup>282</sup> Observação de um repórter do *O Imparcial* sobre o Pavilhão Bourneville, voltado para crianças.

acentuadas. A opção por descrever a ala das crianças e das mulheres também poderia causar um maior impacto emocional no público leitor. Segundo, é curioso perceber como a “teoria dos miasmas”, recorrente no século XIX, ainda circulava no imaginário coletivo como mais um exemplo da permanência de antigas teorias explicativas das doenças, lado a lado à teoria dos micróbios, o que já observamos nos capítulos 1 e 2. Terceiro, o contraste entre a responsabilização pela falta de higiene dos pacientes – que aparece na fala da enfermeira –, e a falta de banho, como ausência de cuidado assistencial, na fala de um familiar em relação à irmã internada. Quarto, as constantes queixas e desânimo de Juliano Moreira frente à situação deprimente da seção feminina. Por fim, a falta de recursos da instituição.

Entre a primeira sequência de matérias de 1920 e as subseqüentes de 1925 e 1927, desaparece a exaltação ao espiritismo racionalista, mas não seus argumentos humanitários e, eventualmente, cristãos. As críticas à degradação do HNA eram muito parecidas, inclusive no estilo dramático, ao exemplificar a decadência da instituição com determinados casos e, às vezes, com a mesma foto do hospício. Os apontamentos das irregularidades e as críticas à má gestão de Juliano Moreira continuaram, porém, outros aspectos também foram explorados, como a falta de recursos, a superpopulação, e o descaso dos poderes públicos (figura 23). Também notamos denúncias de fome, negligência com os pacientes e corrupção interna. (O BRASIL, 17/04/1927: 8)

Figura 23 - O Hospital Nacional de Alienados em foco



Fonte: O Brasil (12/01/1925: 1).

A campanha do jornal *O Brasil* demonstra uma certa dubiedade, ora atacando Juliano Moreira e o administrador Mattoso Maia - num tom irônico insinuava convivência com

irregularidades - ora suavizando as próprias críticas, com ressalvos de imparcialidade. Este é o caso da carta de Francisco Galvão, publicada na página Crônica Carioca. Nela, o autor contestava veemente matéria difamatória do periódico, classificada como tendenciosa e mal informada. Defendia também a competência e honestidade tanto do diretor como do administrador, por conhecer muito bem a instituição, onde havia podido levantar material para escrever um livro sobre os loucos daquele hospício. (O BRASIL, 26.12.1924: 4)

Contudo, os mesmos problemas continuariam aparecendo na imprensa após o fim da circulação de *O Brasil*, como atestam os seguintes periódicos: *Correio da Manhã* (09/08/1928, p. 2), *Crítica* (28/08/1930:1; 17/05/1929: 2), *A Esquerda* (18/12/1930: 1), e *A Noite* (18/12/1930: 1; 22/12/1930: 2). A maioria das matérias reforça os dados fornecidos pelo próprio Juliano Moreira, como ele afirmou ao *Correio da Manhã*, replicado no *Diário Carioca*: “Não oculto, de modo algum, o que falta corrigir no Hospital Nacional. Tudo provém das circunstâncias de estar ele superpovoado. (...)” (DIÁRIO CARIOCA, 19/07/1929: 4)

Do mesmo modo, nos relatórios administrativos da Assistência, há constantes referências aos problemas de ordem estrutural, entre outros, e às consequências catastróficas no caso de paralização dos serviços básicos do hospício. Portanto, as denúncias da imprensa revelam a realidade dramática do hospício da Praia da Saudade e a complexidade dos infortúnios, nas mãos da Direção Geral do HNA.

Apesar disso e lembrando Barbosa, o juízo de valor esteve muito presente nas denúncias, em tom acusatório, contra os gestores do HNA – insinuando conivência com determinados desvios, displicência com pacientes, desorganização administrativa, descaso com o espaço hospitalar etc. – e contra autoridades de outras instâncias institucionais. Poucas vezes, os jornalistas examinaram os problemas da instituição pelo ângulo de seus dirigentes; ao contrário, assumiam o ponto de vista de pacientes, familiares e/ou de suas próprias observações. Algumas vezes também, as matérias ampliavam as redes de responsáveis pelo quadro assistencial e mostravam novas perspectivas dos problemas, novos atores a quem criticar.

Ao contrário de periódicos que ouviam as autoridades, os jornais sensacionalistas davam voz aos anônimos do processo (pacientes, familiares, visitantes) que os usavam, com certa frequência, para fazer queixas contra as más condições de vida, tratamento e trabalho no HNA. Os contra-argumentos a favor da administração do HNA também deixam entrever como o cenário era mais complexo do que as notícias sensacionalistas deixavam supor. Mas tal recurso foi pouco divulgado nos jornais citados.

Em vários momentos, a ciência aparece desvinculada da assistência e, quando são correlacionadas, a ênfase é em seus aspectos negativos. O olhar sobre o HNA é contraditório: de um lado, era espaço de circulação e de atividades de autoridades médicas e psiquiátricas da época; de outro, uma instituição cada vez mais desacreditada quanto a seu papel curativo e assistencial, mas que se manteve como lugar de recepção da maioria dos doentes mentais da cidade. Portanto, na imprensa escrita, o clima positivo do HNA (como lugar de caridade e ciência, descrito por Olavo Bilac no início do século XX e visto do capítulo 2) esvaía-se frente à realidade do manicômio. Após duas décadas da grande reforma de 1903/1904, a estrutura do HNA passava longe do ideal asséptico e ordenado da ciência psiquiátrica, como Facchinetti *et al.* (1910: 748) observaram nas imagens do hospício do início do século XX.

Juliano Moreira, nos relatórios administrativos, reportava anualmente os graves problemas do HNA ao Ministro da Justiça e, de forma contumaz, tentava sensibilizar as autoridades para a missão da Assistência junto aos alienados, reivindicando recursos financeiros e providências para instaurar um serviço psiquiátrico digno. O alargamento do pavilhão de tuberculose feminino, por exemplo, foi pedido durante a década de 1910 até meados da década de 1920. Os leitos disponíveis para os casos de tuberculose aberta, como de outras doenças infecciosas, não correspondiam às necessidades da instituição. Além da ampliação do setor de isolamento, os relatórios demandavam pavilhões especializados de tuberculose para as colônias feminina e masculina, como solução para desafogar o manicômio. (MOREIRA, 1922: 69; 1923: 94)

Os relatórios e outras fontes confirmam as carências da instituição e evidenciam o esforço da direção do HNA, junto às autoridades políticas e órgãos públicos pertinentes, para modernizar a estrutura de atendimento dos diversos setores do hospício, implementar a colônia agrícola de Jacarepaguá e concluir o Ambulatório Rivadavia Correa, na Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro.

Além de enfatizar os mesmos problemas nos relatórios administrativos, Juliano Moreira valia-se das visitas formais e burocráticas de autoridades políticas para mostrar *in loco* os muitos transtornos que insistentemente relatava. No fervor do debate sobre a saúde pública, Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello, ministro da justiça, registrou em relatório suas impressões sobre o HNA:

A demorada visita que fiz, então, ao Hospital Nacional de Alienados deixou no meu espírito uma impressão desoladora, não por fatos que desabonassem a sua administração, entregue, como todos os outros encargos de Assistência Geral aos alienados, a um cientista de valor do Dr. Juliano Moreira, mas por

excesso de lotação, determinando irregularidades lamentáveis num estabelecimento de assistência hospitalar (MELLO, 1920: XLVII).

No mesmo documento, o ministro relatou ao presidente Eptácio Pessoa o projeto de ampliação da Assistência, observando a importância de dar celeridade à construção da Colônia de Jacarepaguá bem como à edificação do Manicômio Judiciário. Ainda, em sua lista de “providências de interesse público”, destacou duas resoluções referentes à área da saúde e da assistência pública: a) “reorganização dos serviços de Assistência a Alienados”; e, b) “a reforma da Saúde Pública”, já prevendo a execução do decreto legislativo 3.987, lançado em 2 de janeiro de 1920, que reorganizava os serviços da Saúde Pública (MELLO, 1920: LXII).

Em 1920, Juliano Moreira conseguiu extrair benefícios para o HNA, a partir da conjuntura política. Estando prevista a visita dos reis da Bélgica e vasta comitiva para setembro do mesmo ano, o diretor informou, por ofício, ao Ministro da Justiça que na comitiva do Rei Alberto da Bélgica viria um neuropsiquiatra de renome. Portanto, para evitar constrangimentos aos médicos e ao país, pediu pintura geral das partes internas e a aquisição de 150 leitos novos – “o que permitirá não ter doentes deitados nos pavimentos das enfermarias”. Assim, tal como o hospício se beneficiara com a Exposição Nacional de 1908, que favoreceu a construção do Pavilhão De Simoni, essa conjuntura política permitiu a negociação por novas benfeitorias.

Segundo Rabha (2006), as preocupações com a recepção aos estrangeiros seriam ampliadas dois anos depois, em função dos inúmeros visitantes esperados para a Exposição Internacional do Centenário da Independência de 1922. As exposições internacionais tornaram-se um meio de divulgação do progresso econômico das nações, propaganda científica e publicidade das atividades industriais (2006: 122).

E, mais uma vez, o “Palácio dos Loucos” contou com trabalhos de reparação, pintura e limpeza geral, entre outras melhorias.<sup>283</sup> Certamente, uma maquiagem para a inauguração do II Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina-Legal, no HNA, em 20 de agosto, com a presença de representantes do Presidência da República, do Ministro da Justiça e outras pastas, 20 delegados da Federação e catedráticos estrangeiros (como Max Nonne, da Universidade de Hamburgo; Fritz Munch, da Universidade de Berlim; Cacace, da Universidade de Nápoles etc.). Tal evento marcou a participação da Assistência nos festejos do Centenário, como consta no relatório ministerial referente ao ano de 1922 (1923: 94). Sobre a visita, Moreira

---

<sup>283</sup> Como consta na nota de serviço de Andrade & Cia. (3ª via) p/ o MJNI, de 13 de jul. de 1922. Acervo do Arquivo Nacional, Fundo OI-GIFI/8M-57.



escreveu sobre a “mui lisonjeira impressão lhes ficou de tudo que lhe pudemos mostrar” (MOREIRA, 1923:95).

Além de apelar para a imagem da instituição e do país perante os visitantes estrangeiros, Juliano Moreira indicou às autoridades do MJNI caminhos para aumentar a arrecadação. Reclamou diversas vezes, por exemplo, do valor pago pelos pensionistas, cujas contribuições oneravam o Estado. O médico foi atendido em 1923 quando, após 20 anos, a tabela dos pensionistas foi atualizada. Lembrou também a importância de cobrar da municipalidade os valores pelo tratamento dos alienados do Distrito Federal, como previsto em lei, “aplicando o que fosse apurado a modernizar as instalações do Hospital Nacional e a completar as das Colônias do Engenho de Dentro e Jacarepaguá” (MOREIRA, 1924: 67). E, ainda, afirmava que o mesmo deveria ser feito em relação aos doentes provenientes de outros estados (MOREIRA, 1924: 67).

Outra estratégia utilizada por Juliano Moreira para pressionar o poder público foi recorrer ao novo regulamento de saúde pública. Desse modo, além de pontuar os costumeiros problemas, defendeu a realização de obras em três pavilhões de moléstias infectocontagiosas da 4ª. Seção, “que os ponha à altura das justas exigências do novo Regulamento do Departamento de Saúde Pública” (MOREIRA, 1922: 69; 1923: 98).

Cabe notar que, considerando só o período de 1918 a 1925, ocuparam a chefia do MJNI nada menos que 7 ministros, sem contar os ministros interinos.<sup>284</sup> Na prática, a cada mudança ministerial, o trabalho de persuasão junto às novas autoridades políticas tinha que ser retomado. Portanto, podemos entender quando o diretor da Colônia de Alienados da Ilha do Governador, Rodrigues Caldas, relata o esforço empenhado na campanha pela construção da Colônia de Jacarepaguá, que receberia tanto os pacientes da Ilha quanto pacientes excedentes do HNA: “Esse avanço, na verdade, só o conseguimos após longos anos de campanha sem tréguas e esforço tenaz e perseverante junto aos poderes dirigentes, até encontrarmos a boa vontade e o apoio inteligente do atual Governo representado pelo preclaro ministro Dr. Alfredo Pinto.” (CALDAS, 1922: 102).

---

<sup>284</sup> Carlos Maximiliano Pereira dos Santos (15.11.1914 a 15.11.1918); Augusto Tavares de Lira – interino (06.03.1918 a 01.04.1918); Amaro Bezerra Cavalcanti de Albuquerque – interino (15.11.1918 a 03.12.1918); Urbano Santos da Costa Araújo (03.12.1918 a 28.07.1919); Alfredo Pinto Vieira de Melo (28.07.1919 a 03.09.1921); Joaquim Ferreira Chaves - interino (10.03.1921 a 25.04.1921 e, posteriormente, 03.09.1921 a 15.11.1922); João Luiz Alves (15.11.1922 a 20.01.1925); José Félix Alves Pacheco (03.07.1924 a 18.07.1924); Anibal Freire da Fonseca – interino (20.01.1925 a 05.02.1925); Afonso Pena Junior (05.02.1925 a 15.11.1926). Disponível em: <http://www.justica.gov.br/Acesso/institucional/sumario/ministros-de-estado-e-justica-e-negocios-interiores-1892-a-1967> Acesso em: 13 jul. 2017.

Entretanto, o Dr. Alfredo Pinto, que se comprometeu com a Assistência, deixou o ministério em setembro de 1921 e o cargo passou a ser ocupado, em curto espaço de tempo, por mais dois ministros. No ano de 1922, vemos avanços nas obras de Jacarepaguá. Entre outras construções e instalação de aparelhos diversos, foram concluídos três grandes dormitórios e cinco menores, com cerca de 480 leitos, e mais três pavilhões especiais, o da enfermaria, o de observação e isolamento psíquico e um de tuberculose. Contudo ficaram faltando ainda vários projetos e a verba prevista foi reduzida a 30% (CALDAS, 1923: 146).

Sobre o HNA, as conquistas junto ao Ministro Alfredo Pinto não tiveram grandes resultados práticos, como o diretor registrou: “Deliberou vosso antecessor que por conta do patrimônio do hospital fosse executada a construção de uma nova caixa d’água no morro da Piassava. O que é real, porém, é que até hoje aquele departamento nada efetuou.” (MOREIRA, 1923: 96). E, novamente, pediu urgência na execução do projeto.

O projeto de abastecimento de água<sup>285</sup>, primordial para o cuidado dos pacientes do HNA, não saiu do papel, assim como algumas obras da Colônia de Jacarepaguá. Todavia, não está muito claro se a mudança na condução do Ministério – com a entrada do Ministro João Luiz Alves, em 15 de novembro de 1922 – teria gerado alguma resistência política ao projeto de expansão da Assistência e de reforma do HNA.

No relatório da Assistência, enviado ao ministro João Luiz Alves, em 1924, notamos que Juliano Moreira recorreu ao DNSP, em 1923, para que o órgão fiscalizasse o HNA para comprovar as péssimas condições em que se encontravam as instalações do hospital, tão distante do que determinava o regulamento sanitário. Esse fato atesta que o órgão de saúde foi acionado como meio institucional e legal de pressão sobre o MJNI. O trecho abaixo o comprova:

Havendo esta Diretoria solicitado a visita de um representante do Departamento de Saúde Pública, o distinto colega para isto designado teve o desgosto de verificar que não exagerava eu em meus rogos em prol da melhora de nossas instalações. Reclamou ele do vosso Ministério as providências que se faziam urgentes. Mandastes orçar de novo o que era mister renovar ou adquirir novo. Ao Poder Legislativo solicitastes as verbas necessárias para executar todo o almejado. Infelizmente as condições econômicas do País não consentiram fosse concedido tudo o que foi solicitado.

Assim sendo, parece que apenas podereis efetuar uma quarta parte daquilo que, a quando da vossa visita ao Hospital, vos foi mostrado a merecer modificações e reparos tendentes a reerguer o nosocômio à altura de sua missão. (MOREIRA, 1924: 68)

---

<sup>285</sup> Há registro do projeto de obras a executar na Chácara da Bica, em setembro de 1921, para melhor aproveitamento do manancial que abastece o HNA. No relatório de 1923, Juliano Moreira informa sobre a medida do Departamento de Águas do Ministério da Viação, que implicava a construção de uma caixa d’água no Morro da Piaçava, e reclamava que o departamento nada havia efetuado. (BRASIL, 1923: 96)

De qualquer forma, o caminho escolhido pelo diretor alcançou o presidente da República, que incorporou o problema da Assistência a seu projeto político, conforme comprovam as mensagens presidenciais ao Congresso Nacional nos anos de 1923 e 1925. Na mensagem de abertura da terceira sessão da 11ª legislatura do Congresso Nacional, em 03 de maio de 1923, Bernardes observou a “dedicação e competência dos seus dirigentes”, a insuficiência de orçamento e o excesso de lotação do hospital central, e defendeu o projeto de ampliação, de nova regulamentação da Assistência e a reforma do HNA, segundo exigências do DNSP. Como registrado:

Não há outra solução razoável e humana senão aumentar a capacidade das instalações das colônias de alienados. Carecem de reformas urgentes, como exige o Departamento Nacional de Saúde Pública, o edifício e as instalações do hospital central.

Foram criados serviços novos para o tratamento dos psicopatas em geral. Tem o Governo em preparo um novo regulamento da assistência, não só para regularizar aqueles serviços, como para atender as necessidades reveladas pela prática (BERNARDES, 1923: 45).

Dez dias após sua mensagem, numa sexta-feira, 13 de abril de 1923, bons augúrios foram noticiados no jornal *O Paiz*, “A reforma do Hospital Nacional de Alienados” (O PAIZ, 13/04/1923: 4). Na verdade, trata-se de um comunicado do ministro Luiz Alves ao diretor do HNA para que tomasse providências em relação às necessidades do hospício, indicadas pelo DNSP. Foram listadas as seguintes reformas: dos sanitários nas seções Esquirol e Pinel; da cozinha a vapor; da lavadeira; instalação de uma copa; dos serviços de banho e de todos os banheiros das seções Pinel, Esquirol, Morel e Calmeil; instalação de um forno crematório para lixo; remodelação do serviço de distribuição de água; adaptação das enfermarias com equipamentos modernos de higiene. Contudo, o processo parece não ter avançado, mesmo tendo sido reconhecido sua urgência, pois quase um ano depois, em 21 de março de 1924, Juliano Moreira escreveu ao Ministro da Justiça sobre a emergência das obras no HNA:

É com o espírito muito preocupado que eu venho ainda uma vez mais solicitar-vos alguns momentos de vossa preciosa atenção para o péssimo estado atual da cozinha e da lavanderia do Hospital Nacional.

Quando tivemos a honra de vossa visita não ocultamos nossas apreensões sobre o que poderia ocorrer de um momento para o outro em consequência da parada súbita do funcionamento daquelas duas importantes seções de engrenagem funcional do nosocômio.

Como sabeis, temos sempre nas salas e dependências do Hospital a média diária de 1.600 pessoas a alimentar. Se de um momento para o outro não tivermos mais como que preparar alimentos para tamanha massa de gente não é fácil prever a existência do

mal dali proveniente. A cozinha do Hospital foi montada há [ilegível] precisamente 20 anos e para 800 pessoas (...).<sup>286</sup>

Passado mais de um ano dessa correspondência de Juliano Moreira ao ministro Luiz Alves, o presidente Arthur Bernardes retomou, por sua vez, o mesmo teor do discurso que fizera em 1923, na abertura da segunda sessão da 12ª legislatura do Congresso Nacional, em 4 de maio de 1925, como pode ser visto a seguir:

Impõe-se, como providência de caráter humanitário e de necessidade social, que nas instalações materiais, quer nas condições dos funcionários prepostos ao ardo encargo, quer na adoção de novos preceitos regulamentares, dentre dos novos ensinamentos e conquistas da moderna psiquiatria. O nosso Hospital Nacional de Alienados reclama obras urgentes de conservação e higiene: a sua lotação está excedida, de modo condenável, com prejuízo da higiene e do tratamento dos enfermos (BERNARDES, 1925: 10336).

Nas mensagens de 1923, 1924 e 1925, o Presidente destacou as responsabilidades da União em relação à Saúde Pública e a importância do Congresso Nacional e das câmaras estaduais produzirem leis que facilitassem os consensos entre o governo federal, estados e municípios para a realização de serviços sanitários e de assistência à população. No plano das preocupações políticas de saúde, entre outros aspectos, salientou: a necessidade de uma estrutura de atendimento à lepra (colônias e hospitais de leprosos); o empenho do governo na campanha contra a sífilis e as doenças venéreas; o problema da higiene infantil e de proteção às crianças; a carência de leitos hospitalares e a necessidade de resolver a questão da assistência hospitalar na capital da República, como a falta de leitos para os inúmeros tuberculosos (BERNARDES, 1923: 37-45; 1924: 73-82).

Em especial, o presidente expressou sua preocupação com a tuberculose, reconhecendo-a como “o maior dos problemas” sanitários dos centros urbanos do país, e salientou a existência do “serviço especial de profilaxia da tuberculose” e a urgência na instalação de hospitais, “a fim de que sejam isolados numerosos casos contaminantes, que permanecem nas nossas estalagens, casas de cômodos e outras habitações coletivas, ocasionando larga propagação da doença.” (BERNARDES, 1923: 40). Como mencionado por Sanglard e Costa (2004), a insuficiente rede hospitalar e a necessidade de sua melhoria já era apontadas por seu antecessor, Epitácio Pessoa, também em mensagens presidenciais, por conta da incapacidade do hospital da Santa Casa de Misericórdia de atender a todos os necessitados de um leito (2004:110). Neste

---

<sup>286</sup> Fonte: Ofício n. 195, de 21/03/1924, de Juliano Moreira ao Ministro da Justiça. Acervo do Arquivo Nacional, fundo Oi GIFL, notação 8M-29.

sentido, vemos que havia um reconhecimento político do governo quanto à carência de leitos na capital.

Bernardes citou, também, o projeto de construção de um hospital de tuberculose em Jacarepaguá (com 600 leitos) e acrescentou a responsabilidade do Congresso em criar os meios para a execução da campanha antituberculosa (BERNARDES, 1923: 40; 1924: 73). Neste sentido, notamos que já havia parâmetros legais para as obras de reforma do HNA, para a instalação do Hospital de Tuberculosos do Distrito Federal, e para a assistência hospitalar à infância, a partir da criação do fundo especial de 1921, com recursos previstos no Decreto nº 4.632 – que *Fixa a Despesa Geral da República dos Estados Unidos do Brasil para o exercício de 1923* –, publicado no Diário Oficial em 12 de janeiro de 1923. Abaixo, citamos:

Art. 3º Fica o presidente da República autorizado a: (...) V- A reformar, sem aumento de despesa, podendo transpor verbas orçamentárias, os regulamentos da Assistência Nacional de Alienados, das Casas de Correção e Detenção, Instituto Médico Legal, Gabinete de Identificação e Estatística, Escola Premonitória 15 de Novembro, Arquivo Nacional e Instituto Nacional de Música.

X- A aplicar a quantia de 2.000:0000 do fundo especial instituído pela lei n. 4.440, de 31 de dezembro de 1921, e decreto n. 15.442, de 14 de abril de 1922, logo que se verifique saldo nesse fundo, à instalação do Hospital de Tuberculosos do Distrito Federal e à Assistência Hospitalar das Crianças Enfermas, no mesmo distrito, podendo para isso entrar em acordo com a Prefeitura para o efeito de ser aproveitado para hospital de crianças o edifício do Hotel Sete de Setembro.

Art. 171.º Ficam incorporados ao patrimônio do Hospital Nacional de Alienados os bens moveis, imóveis e semoventes da Assistência de Alienados, compreendendo as colônias de alienados de Jacarepaguá e de Engenho do Dentro. (BRASIL, 12/1/1923: 1389).

A assistência aos tuberculosos também foi tratada na mensagem de 1925. Após exaltar as melhoras nas condições sanitárias do Rio de Janeiro e da queda da mortalidade por doenças transmissíveis, o presidente reconheceu que o mesmo não se deu com a tuberculose: “É este o problema médico-social que mais deve merecer agora a atenção dos poderes públicos, porquanto o Rio de Janeiro, e outras grandes metrópoles nossas, experimentam, de modo impressionante os malefícios da terrível doença” (BERNARDES, 1925: 10337). Lembrando o quadro de “aperturas financeiras”, destacou: o esforço no combate ao contágio como o “maior alcance na campanha antituberculosa”, partindo da profilaxia, sem perder de vista o policiamento sanitário dos domicílios e o intuito de “melhorar as condições de habitabilidade nesta Capital”; a educação e a propaganda contra a tuberculose; o cuidado com as crianças propensas ao mal e instalação de preventórios; e a construção do hospital de Jacarepaguá (já “iniciado”) para receber os doentes do ultrapassado Hospital São Sebastião. Também defendeu

a organização e a importância do serviço de visitadoras de saúde pública, para o qual foi instalada “uma escola moderna”, com o auxílio da Fundação Rockefeller (BERNARDES, 1925: 10338).

O objetivo das mensagens presidenciais de abertura da sessão legislativa é apresentar o programa de governo para aquele ano e solicitar providências legislativas (DA COSTA & DA COSTA, 2016: 229). Deste modo, podemos constatar que a tuberculose e a assistência a alienados estiveram presentes na agenda política do governo de Arthur Bernardes, ainda que não fosse um programa de investimentos sanitários ambicioso. Num momento de contenção de despesas públicas, a incorporação da assistência a alienados e da profilaxia da tuberculose nos planos do governo mostra a relevância e/ou a gravidade que tais temas adquiriram na época. No entanto, a simples presença na agenda presidencial não era suficiente para garantir investimentos e ações concretas, pois, sendo metas do executivo, ainda dependiam do respaldo do Congresso no tocante à formulação de leis e à liberação de verbas, e de toda uma articulação e encaminhamento de processos administrativos entre instâncias institucionais.

As alianças com diversos atores sociais e políticos também foram estratégias do diretor e colaboradores a fim de redimensionar o atendimento aos insanos. Como exemplo, podemos citar a parceria com a família Gafrée e Guinle, no início dos anos de 1920, que resultou na expansão do projeto de atendimento ambulatorial, no HNA e na Colônia de Alienadas no Engenho de Dentro, voltado para o serviço de doenças venéreas (MOREIRA, 1923: 94). Como observa Sanglard e Costa (2004), a Fundação Gaffrée e Guinle foi criada por Guilherme Guinle, em 1923, em homenagem à memória de seu pai Eduardo P. Guinle e de seu padrinho Cândido Gaffrée, falecido em 1919. Voltada para a assistência médica à população carioca, até 1928, a instituição já havia fundado 15 ambulatórios nos bairros do Rio de Janeiro e, em novembro de 1929, inaugurou um grande hospital na cidade. (SANGALARD e COSTA, 2004:111)

A 4ª. Seção/seção lazareto foi favorecida pela conjuntura política, graças a acordos com os poderes públicos municipal e federal, e através de recursos financeiros aplicados nos pavilhões de tratamento da tuberculose e da lepra. Como acontecia com outras seções do HNA, tratava-se de uma solicitação antiga do Diretor Juliano Moreira. Há registro da insuficiência de pavilhões de doenças infectocontagiosas praticamente desde que foram criados.<sup>287</sup>

---

<sup>287</sup> Em 1919, para os doentes leproso, a realidade havia mudado a partir da edificação de um pequeno pavilhão, com recursos advindos da venda de maquinário da antiga usina elétrica. De acordo com o ministro Alfredo Pinto (PINTO, 1920: XLVII), até então, os leproso permaneciam mal abrigados em barracas de campanhas cedidas pelo Ministério da Guerra. O novo pavilhão foi denominado Márcio Nery, segundo aparece em relatório ministerial posterior (MOREIRA, 1926: 110).

Diante dos inúmeros problemas do HNA e seus recursos limitados, seu diretor tentou se adequar à nova legislação de saúde, fazendo dela um instrumento para gerar mudanças que há muito eram reivindicadas. A execução de obras de grande vulto dependia da expansão do orçamento que, por sua vez, dependia da boa vontade da classe dirigente e política, da aprovação do Congresso e da anuência do Conselho Administrativo do Patrimônio, ligado ao Gabinete do Ministro. Tudo isso dificultava a solução dos problemas, principalmente, os emergenciais.

Do período político de Arthur Bernardes, importa destacar três aspectos que tiveram relação direta com a problemática da tuberculose e da alienação mental, na capital federal. Primeiro, as duas doenças foram elementos constituintes do discurso oficial da Presidência da República, cuja direção executiva manteve-se sob a responsabilidade da pasta do MJNI, através do DNSP e da Assistência a Alienados, respectivamente. Segundo, quanto aos problemas da saúde pública, o Distrito Federal continuou sendo o lugar-alvo das intervenções governamentais, em detrimento das outras unidades da federação. E terceiro, houve uma conjunção de interesses políticos entre os governos federal, municipal e a Assistência a Alienados, que favoreceu a cooperação mútua.

## **5.2 No “rasgar de sedas” políticas: o Hospício Nacional recebe novas benfeitorias**

Na esfera de governo do Distrito Federal, em 1922, Bernardes nomeou seu amigo Alaor Prata, engenheiro e político mineiro, para administrar a capital com a missão de seguir a política de austeridade do governo federal e estabilizar as finanças da municipalidade. Tarefa nada fácil ante à atmosfera oposicionista (de permanente estado de sítio) e à contenção de gastos públicos, segundo Silva (2003: 58).

O novo prefeito herdou obras inconclusas e as contas municipais em desequilíbrio, por conta da crise e das grandes obras de seu antecessor, Carlos Sampaio (1920-1922). De certa forma, Sampaio continuou a Reforma de Passos, com a remodelação do final da Avenida Central (Cinelândia) e do Morro do Castelo (que receberia os pavilhões internacionais da exposição do Centenário); a conclusão da Avenida Beira Mar e a expansão de obras públicas para a Zona Sul e outras regiões, potencialmente valorizáveis. Mais uma vez, os bairros

residenciais e pobres, remanescentes da Reforma Passos, foram excluídos da área central da cidade, como na demolição do Morro do Castelo (PAIXÃO, 2013: 77).<sup>288</sup>

Na visão de Silva (2003), o prefeito Alaor Prata racionalizou a administração e finanças da capital federal porque o momento não permitia endividamento externo. Por isso, tomou medidas impopulares, como a demissão de funcionários e a paralização de obras em curso, mas não aumentou impostos nem recorreu a empréstimos externos, como fez a gestão anterior. Em período de poucos recursos, Alaor Prata investiu na organização do aparato administrativo, criando comissões de estudo para pensar e propor planos de resolução dos problemas da cidade. As comissões técnicas<sup>289</sup> eram formadas por profissionais das áreas de engenharia e arquitetura, que se dividiam em grupos de estudos com diferentes finalidades, porém integradas: a projeção de um plano urbanístico para a Capital; a regulamentação da circulação de ônibus; a criação de um código de obras para as futuras construções citadinas; e a Carta Cadastral<sup>290</sup>. Posteriormente, o prefeito retomou alguns empreendimentos deixados por Sampaio, como as obras do Morro do Castelo e de urbanização da Zona Sul (SILVA, 2003: 58-63).

Fontes indicam que a área do hospício da Praia da Saudade entrou nos planejamentos das comissões técnicas da prefeitura. E também, que as relações entre o diretor geral da Assistência e os governos federal e municipal foram bastante amistosas, até no período de forte oposição política ao presidente Arthur Bernardes. A aliança político-institucional fica clara em alguns momentos significativos, como no levante de 5 de julho de 1924, em São Paulo, em que Juliano Moreira ofereceu a estrutura do HNA ao Ministro da Justiça, para receber os feridos da “luta fratricida” paulista, atitude exaltada pelo periódico situacionista a *Gazeta de Notícias* – “Esse oferecimento muito enaltece aquele ilustre médico [Juliano Moreira], cujo trabalho já é fatigante dada a superpopulação do hospital que tem a seu cargo” (GAZETA DE NOTÍCIAS, 24/07/1924: 1).

Outro momento bastante elucidativo das boas relações políticas e do prestígio do Dr. Juliano ocorreu no dia 18 de julho de 1925, quando foi homenageado durante a comemoração

---

<sup>288</sup> Silva menciona a relação de Carlos Sampaio com representantes do mercado imobiliário, mas afirma ser em nome do embelezamento da cidade que ele construiu as suas alianças políticas, nos planos municipal e federal. Cuidava o prefeito de preparar a cidade para a grande Exposição de 1922, cujos pavilhões deveriam explicitar a própria modernidade e seus pilares básicos: o trabalho, a educação e a higiene (SILVA, 2003, p. 44).

<sup>289</sup> A comissão encarregada de organizar o trânsito, especialmente, regulamentar a circulação dos ônibus urbanos era presidida pelo Senador Paulo de Frontin; depois, foi criada outra para estudar o sistema viário em seu conjunto (bondes, ônibus e veículos particulares), presidida pelo engenheiro João da Costa Ferreira; a Comissão da Carta Cadastral, contava com Alfredo Duarte Ribeiro e João da Costa Ferreira; ainda foram criadas as comissões do plano e do código de construções (SILVA, 2003: 62).

<sup>290</sup> Tipo de representação gráfica de pequenas áreas (como cidades, bairro e fazendas), com grande detalhamento e precisão. São muito úteis para planejamentos urbanos. Disponível em: [http://portalgeo.rio.rj.gov.br/mlateral/glossario/T\\_Cartografia.htm#c](http://portalgeo.rio.rj.gov.br/mlateral/glossario/T_Cartografia.htm#c) Acesso em: 10 out. 2017.



dos 84 anos do HNA, como registraram alguns periódicos (A NOITE, 18/07/1925: 1; CORREIO DA MANHÃ, 18/07/1925: 4; JORNAL DO BRASIL, 19/07/1925: 9). Estiveram presentes no cerimonial várias autoridades científicas e políticas, como o prefeito Alaor Prata e representantes do presidente da República, dos ministérios da justiça e da agricultura. Nesse dia, paralela às comemorações, aconteceram as inaugurações de dois pavilhões (a Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina e o Pavilhão Guinle) e da praça construída no entroncamento de ruas aos fundos do HNA, que recebeu o nome de Juliano Moreira e foi reconhecida como logradouro público pelo Decreto nº 2.157 (BOLETIM DA PREFEITURA, 1925: 31). O fato foi descrito na edição do dia seguinte do *Jornal do Brasil*, numa extensa matéria intitulada *Professor Juliano Moreira - As homenagens que ontem lhe foram prestadas no Hospital Nacional de Alienados*:

A seguir o Sr. Prefeito, acompanhado de todos os presentes, dirigiu-se para a praça que fica nos fundos dos terrenos do hospital, na incidência das ruas Barão do Bom Retiro e Passagem, e ali fez inaugurar esse novo logradouro público, completamente remodelado, a que, como uma homenagem ao grande psiquiatra, deu o nome de Juliano Moreira (JORNAL DO BRASIL, 19/07/1925: 9).

Na *Revista da Semana* (1925) o evento também mereceu destaque, e Juliano Moreira aparece nos registros fotográficos ao lado do prefeito, do major Fausto d'Elly, da Casa Militar da Presidência da República e do professor Austregésilo, entre outras personalidades não identificadas (vide figura 24). Por conta do 84º aniversário do Hospício, Juliano Moreira foi exaltado como “brilhante cientista” e, de forma concreta e simbólica, eternizado por meio de um busto e uma praça, ao som do coro do “Grupo enfermeiras do Hospício”.

A proximidade política entre Juliano Moreira e o prefeito do Distrito Federal é inegável. A homenagem foi retribuída, em maio de 1926, com o novo pavilhão de isolamento da tuberculose do HNA, denominado "Alaor Prata". Quebrava-se a tradição da Assistência de batizar as unidades hospitalares com nomes de médicos marcantes na história da psiquiatria internacional e/ou brasileira.<sup>291</sup> É essa história que nos interessa desvendar daqui em diante. Para isso, buscamos aprofundar a compreensão das conexões da prefeitura com o diretor do HNA.

---

<sup>291</sup> Até esse momento, apenas a homenagem a J. J. Seabra, ministro da justiça de Rodrigues Alves, fugiu a essa tradição. Inaugurado em 1904, o Pavilhão Seabra abrigava as oficinas do HNA: ferraria, bombeiro, mecânica, carpintaria, tipografia etc. (PEIXOTO, 1905:44)

Figura 24 – Homenagens prestadas a Juliano Moreira por ocasião do 84º aniversário do HNA, em 18 de jul. de 1925



Fonte: *Revista da Semana* (25/07/1925: 27).

Um dos maiores desafios da gestão Alaor Prata era solucionar problemas de circulação urbana, pois os veículos automotivos se inseriam cada vez mais na paisagem carioca, provocando frequentes engarrafamentos e acidentes, como indica a passagem do periódico *A viação urbana*, em 1923: “Aliás, o embaraço de trânsito vai se verificando por toda parte e nos pontos mais longínquos que se pode dizer com propriedade que o problema já agora está de todo generalizado e é o problema da viação da cidade.” (O JORNAL, 4/02/1923: 1). As vias estreitas e remanescentes da antiga cidade e as obras inacabadas da gestão de Carlos Sampaio provocavam um nó a ser desatado pelos técnicos da prefeitura.

De modo geral, a comissão<sup>292</sup> encarregada de projetar obras de melhoria para a cidade, segundo a matéria *Os projetos de melhoramentos da cidade* (CORREIO DA MANHÃ, 02/09/1923: 6), discutia projetos que visavam interferir em pontos nodais do complexo urbano, sem perder de vista seu embelezamento – como a continuidade das obras do arrasamento do Morro do Castelo e do aterro do cais da Glória, o aproveitamento de áreas niveladas, alargamento de rua para liberação do tráfego e ajardinamentos. O diretor de obras Mario

<sup>292</sup> Presidida por Alaor Prata, compunham a comissão técnica de estudo do plano geral de melhoramentos da cidade os seguintes engenheiros: Paulo de Frontin, Gastão Bahiana, Morales de los Rios, José Mariano Filho, Duarte Ribeiro, Souza Mendes e Mario Machado (Diretor de Obras da Prefeitura), segundo nota do Correio da Manhã (07/11/1923, p. 8)

Machado fazia o papel de fiel da balança ao se opor aos planos que fugiam à possibilidade de realização, em função dos recursos financeiros limitados da prefeitura.

Na página “Várias Notícias”, do *Jornal do Commercio*, de 19 de outubro de 1923, vemos que um dos pontos problemáticos sob a mira dos técnicos da prefeitura era, exatamente, a área de circulação próxima ao HNA, caminho de passagem da Zona Sul carioca. Deste modo noticiado:

Pelo Sr. Diretor de Obras Municipais foram ontem designados os engenheiros da Prefeitura Srs. Angelo Barata, Carlos Penna e Jeronymo Rebello para, em comissão, avaliarem a área do terreno do Hospital de Alienados de que a Prefeitura carece para executar o alargamento da esquina da rua da Passagem com a rua Emilio Berla.

Trata-se de um melhoramento que muito concorrerá para facilitar o trânsito público no local.

O projeto que vai ser executado dota aquele ponto de uma bela praça de largas dimensões (JORNAL DO COMMERCIO, 19/10/1923: 5).

A cópia de ofício (sem número) do prefeito de 3 (?) de janeiro de 1924 indica que a negociação do terreno envolveu o Conselho Administrativo dos Patrimônios do MJNI, do qual Juliano Moreira fazia parte, porque, em resposta ao ofício n. 396 (citado no documento), Alaor Prata discutia as objeções ao parecer técnico do Conselho de Patrimônios, como segue: “Quanto às exigências contidas nos itens a e d, podem ser aceitas em linhas gerais; mas, não contendo bases ou indicações precisas (...) poderão atingir proporções inaceitáveis, é indispensável que se adotem desde já especificações tanto quanto precisas.”<sup>293</sup>

Apesar da falta de informações sobre os pontos em discussão e da não localização do ofício n° 396, fica claro que uma das exigências do Conselho dos Patrimônios era a obrigação de indenizar a Assistência com um valor em dinheiro. Isto gerou a negativa do prefeito, que considerou “um sensível sacrifício”, além de mencionar outras razões não legíveis no documento.<sup>294</sup> Ao final, o prefeito manifestou sua pressa em receber autorização para iniciar as obras, mesmo o acordo não tendo sido ainda fechado, como segue:

Parece-me, [ilegível], que esses pontos, que representam simples detalhes, não impedirão que seja o acordo conduzido a melhor termo, pelo que

---

<sup>293</sup> Ofício s/n, Série Gabinete do prefeito Alaor Prata, 03 (?)/01/1924). A série faz parte da Coleção Prefeitura do Distrito Federal, do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, notação 35.2.28.

<sup>294</sup> Segundo nota do periódico *O Paiz*, em 06 de janeiro de 1928, “Abertura de Crédito”, o valor estipulado foi de 200:000\$000, destinado a liquidação do compromisso assumido pela Prefeitura com o conselho de patrimônio do MJNI relativo à construção de três pavilhões-enfermarias para o HNA, em substituição aos que foram demolidos pelo alargamento da Rua Emilio Berla. (O PAÍZ, 06/01/1928: 2) O assunto também foi tratado em outros documentos, como nos Decreto n. 3270, de 05/01/1928 e Decreto n. 2752, 03/02/1928, e em correspondências do Arquivo Administrativo, IMASNS, Caixa 2794 – que trataram de acréscimos no patrimônio da Assistência com o uso desse recurso.

solicito seja desde já permitido a Prefeitura executar o alargamento da praça compreendida entre as ruas do Túnel e Emilio Berla, com a obrigação de realizar previamente a construção do pavilhão de leprosos, interessado por esse alargamento, a do muro de fechamento, de modo a ficar garantida a segurança do Hospital.

Aguardando breve resposta de V. Ex., apresento-lhe meus protestos de alta estima e distinta consideração.<sup>295</sup>

Alguns meses depois, o jornal *A Noite* alardeou: “Está dependendo, apenas, do H.N. de A.” (*A NOITE*, 17/04/1924: 3), noticiando o entendimento do Dr. Angelo Barata, engenheiro chefe da 1ª circunscrição de Viação, com a direção do HNA, para executar o projeto de alargamento da rua Emílio Berla (futura Wenceslau Braz)<sup>296</sup>, com um recuo de 8 metros do muro do hospital, para desafogar o tráfego para Copacabana. No dia seguinte, a mesma notícia saiu no *Correio da Manhã* (18/04/1924: 5), na “Coluna da Prefeitura”, e em *O Jornal* (18/04/1924: 2) – “O alargamento da rua Emilio Berla”. Esta última matéria explicitou que a conferência entre Angelo Barata e o diretor do Hospital se dera dois dias antes. As notícias ratificam a relevância da atuação de Juliano Moreira na negociação, por intermédio do Conselho dos Patrimônios do MJNI.

Um aspecto que chama a atenção nas entrelinhas desse processo é um certo sentido de urgência na execução das obras municipais, o que nos levou à pergunta: seria imprescindível o recorte no terreno do HNA para obras de alargamento da via para Copacabana? A resposta foi dada pelo diretor de obras da Prefeitura, Mario Machado, em uma entrevista ao periódico *A Manhã* (10/04/1926: 1), intitulada *O estado da cidade*, quando as obras já iam de vento em popa. Referindo-se aos trechos em obra da Zona Sul carioca (Avenida Beira-Mar, Lagoa Rodrigo de Freitas, N. S. de Copacabana, Avenidas Vieira Solto e Delfim Moreira etc.), o Sr. Mario Machado falou sobre o crescimento vertiginoso de Copacabana<sup>297</sup>, a valorização econômica do bairro, e o grande afluxo para a praia, nas tardes de verão, “por um único acesso – o Túnel Novo”, pois o Túnel Velho da Real Grandeza não dava passagem para automóveis, provocando constantes embaraços no tráfego. O diretor de obras da municipalidade também sinalizou um acordo de desapropriação com a Santa Casa da Misericórdia para alargamento e ajardinamento do Túnel Novo e da Praça Juliano Moreira.

---

<sup>295</sup> Ofício s/n, Série Gabinete do prefeito Alaor Prata, 03 (?)/01/1924). A série faz parte da Coleção Prefeitura do Distrito Federal, do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, notação 35.2.28.

<sup>296</sup> Essa rua foi denominada Wenceslau Braz pelo prefeito Alaor Prata, pelo Decreto nº 2456, em 22 de outubro de 1926. (Coleção de Leis Municipais e Vetos, 1926, nº ilegível).

<sup>297</sup> Vale pontuar que, em 1923, foi inaugurado aquele que seria um dos grandes símbolos de prosperidade e riqueza da Zona Sul, o Copacabana Palace.

Convém sublinhar um aspecto tratado por Moura (2017) e analisado por Corbin (1989), em *O território Vazio: a praia e o Imaginário Social*: a praia havia assumido um novo simbolismo no imaginário social da cultura ocidental, passando a ser vista como lugar de lazer, espaço de vivência e vantagens medicinais (CORBIN, 1989; MORA, 2017:41). Tal simbolismo servia perfeitamente a interesses imobiliários.

Conforme Lessa (2000), foi na República Velha que se forjou o “Rio Cidade Maravilhosa”, cuja imagem de modernidade era apreciada em função da Avenida Central, Avenida Beira-Mar, estendendo-se para o litoral oceânico de Copacabana (LESSA, 2000:183). Na década de 1920, já estava cristalizado o modelo dicotômico de urbanização da cidade: com áreas nobres, com boa infraestrutura; e outras periféricas, carentes, relegadas pelo poder público (ABREU, 2015: 82). Assim, se conformou o projeto de designar os terrenos das áreas mais distantes do Centro aos setores populares, “longe dos ideais de civilização tão em voga na época.” A noção de subúrbio foi paulatinamente tomando uma feição negativa, associada tanto à falta de estrutura urbana quanto às classes trabalhadoras (SANTOS, 2011: 258-265).

Neste processo, notamos que as desapropriações para obras de melhorias da circulação para a Zona Sul absorveram áreas de duas grandes instituições de assistência: o HNA e a Santa Casa da Misericórdia, entre outras edificações próximas.<sup>298</sup> Desse conjunto de fontes, podemos conjecturar que o papel assistencial que caracterizou a região entre a Praia Vermelha e Botafogo começou a dar lugar à urbanização com fins imobiliários e especulativos.

Tendo em vista este contexto, buscamos analisar como tais obras afetaram o HNA e de que forma isso impactou sua 4ª. Seção/seção-lazareto. Ao que tudo indica, novos acertos em relação à proposta de desapropriação do hospital se seguiram pois, em 13 de agosto de 1924, o prefeito encaminhou ofício, para o presidente do Conselho de Patrimônios, com cópia do projeto aprovado para o alargamento da rua Emilio Berla. O documento alegava o interesse público pela obra, tanto do ponto de vista estético quanto para a facilitação do “intenso tráfego” local. Os pontos definidos do projeto foram:

- 1 – A Prefeitura construirá a sua custa, de acordo com o projeto previamente aprovado por esse Patrimônio, em locais também previamente escolhido nos terrenos do Hospício, as seguintes dependências do mesmo Hospício, que devem ser demolidas para a execução do referido projeto de alargamento:
  - a) 2 pavilhões-enfermarias, em substituição dos atualmente existente à rua E. Berla, quase à esquina da Avenida Pasteur;
  - b) Um terceiro pavilhão, em substituição ao Pavilhão Afranio Peixoto;
  - c) Um necrotério e biotério, em substituição ao atual;

---

<sup>298</sup> Outras propriedades foram desapropriadas pelo decreto nº 2054, de 01 de dez. 1924 (HORTA, 1925: 255), noticiado no *O Paiz* (02/12/1924: 4) e na *Gazeta de Notícias* (02/12/1924: 4), e pelo decreto n. 2.225 de 17 out. de 1925 (DISTRITO FEDERAL, 18/10/1925:14).

- d) Um barracão para depósito, também em substituição do atual, que é de madeira;
- e) Um pavilhão enfermaria para leprosos, ainda em substituição ao atual.  
2 – A prefeitura também fará a sua custa:
- f) todo o muro necessário ao fechamento dos terrenos do Hospício, de acordo com o novo alinhamento projetado;
- g) a construção de 20 banheiros de emergência (constituídos com chuveiros e tanques), aproveitando para isso a parte das atuais enfermarias, existente quase à esquina da Avenida Pasteur, e cuja demolição total não é necessária de acordo com o projeto de alargamento;
- h) o ajardinamento e arborização de uma área de cerca de 1000m<sup>2</sup> no interior do Hospício. (...)

7 – Os projetos das novas construções serão organizados pela Prefeitura, de acordo com o Patrimônio de Assistência a Alienados e na conformidade da condição 5. A Prefeitura pagará ao Patrimônio da Assistência a Alienados a quantia de R\$ 8:000\$000 destinada ao pagamento de despesas que o mesmo Patrimônio fizer com a confecção.

(...)

Espero que V. Ex. se digne de dar uma solução rápida deste caso, informando-me sobre possibilidade de acordo que ora tenho a honra de propor a V. Ex. ciente de que a aquiescência desse Patrimônio permitirá à Prefeitura a execução de um melhoramento que muito consulta o interesse público.<sup>299</sup>

A transcrição parcial desse extenso documento nos ajuda a entender que as negociações visavam a atender tanto o interesse da Prefeitura como do HNA. Parece ter havido acordo anterior entre os mesmos atores institucionais para conjugar as obras da Prefeitura com as da reforma do hospital, em trâmites burocráticos no MJNI. Tal fato pode ser confirmado pelos termos do acordo: construção de 20 banheiros de emergência, com chuveiros e tanques; reforma de equipamentos sanitários, uma das exigências do DNSP, desde o ano anterior; indenização, em forma de recursos (que se mostrou controversa na negociação) etc. E por uma série de documentos e ofícios relativos a orçamentos e contratos para melhorias no HNA.<sup>300</sup>

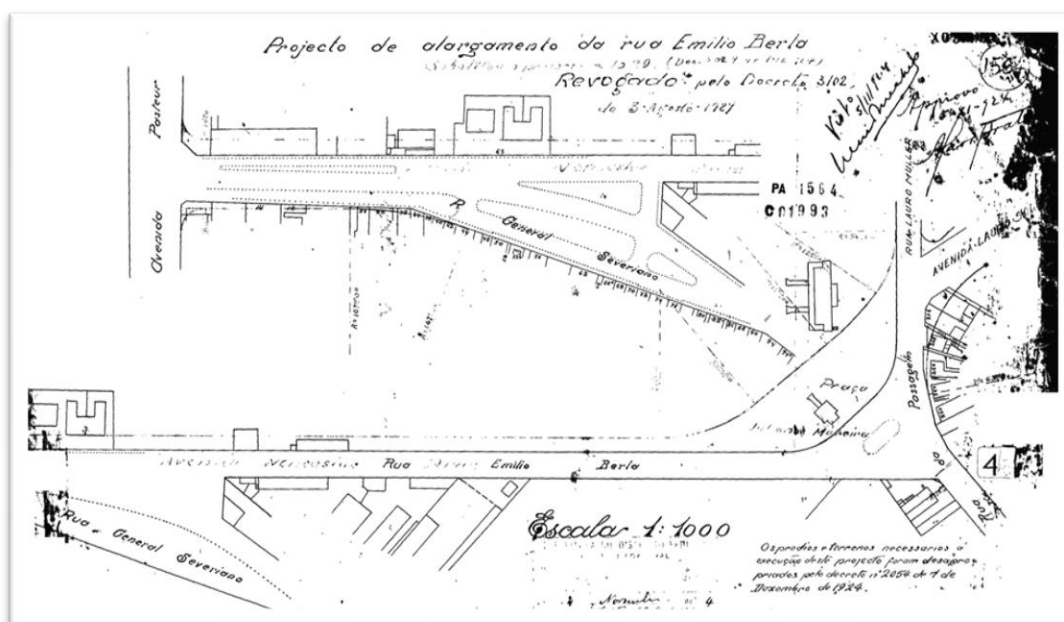
Além disso, em fins de 1924, o Túnel Velho era preparado para entrar em obras de alargamento e seria fechado por vários meses, segundo o periódico *Beira-Mar* (09/11/1924:1). A prefeitura queria conjugar o tempo de execução das intervenções nos acessos para a Zona Sul, de modo a manter uma passagem para Copacabana. De qualquer forma, podemos imaginar que o transtorno do tráfico e as obras de alargamento da Rua Emilio Berla mudaram a paisagem do entorno do hospício, para além da perda de parte de seu terreno e das obras internas, devido à grande movimentação de veículos, de gente, de barulho...

<sup>299</sup> Fonte: Ofício n. 1742, 13/08/1924, prefeito Alaor Prata. Série Gabinete do prefeito - AGCRJ

<sup>300</sup> No mesmo período das negociações e das obras da Prefeitura, entre 1924 e 1926, identificamos no Arquivo Nacional uma série de documentos relativos a processos de fornecimento e instalação de uma lavanderia; de uma cozinha a vapor; de obras de captação de água e esgoto, entre outros, em processo no âmbito burocrático do MJNI. Tais documentos não serão analisados em detalhes para não fugirmos ao objetivo central desse capítulo relativo à compreensão da assistência a tuberculose no HNA neste contexto de reformas.

Mais uma vez, como visto no capítulo anterior, obras da prefeitura atingiram a seção-lazareto. Como acontecera com a reconstrução do Pavilhão Sigaud, a perda patrimonial do HNA foi revertida em favor da assistência, com a remodelação do setor, novas construções e demolições, entre outros benefícios. O Projeto encaminhado com o ofício acima (n. 1742, 13/08/1924) não foi encontrado, mas podemos imaginar o que significava o recuo do muro do hospício através do plano de alargamento (PA1564) aprovado pelo prefeito, em 5 de novembro de 1924.<sup>301</sup> Porém, isso ainda dependia da autorização do MJNI e do Diretor Geral da Assistência, segundo a *Gazeta de Notícias* (29/11/1924: 6).

Figura 25 – Projeto da prefeitura para modificações no entorno do HNA (PA - Rua Emílio Berla).



Fonte: Plano de Alargamento (PA 1564), 1924 - Acervo de imagens da SMU.

Como pode ser visto na figura 25, o recorte segue ao longo do extenso muro do HNA, pelo lado direito, pegando parcialmente uma construção (o Pavilhão de Imundos – Homens, segundo o mapa do HNA de 1905) e, totalmente, outras três, a saber: o Ambulatório Afrânio Peixoto, adaptado na antiga usina elétrica; o necrotério; e, mais ao fundo, o pavilhão de leprosos. Com um recorte bem maior no cruzamento das ruas Emilio Berla e Passagem, é visível que a praça Juliano Moreira tomava parte do pavilhão de leprosos, na 4ª Seção/seção-lazareto, construído em 1918. Num primeiro momento, pensamos se tratar do pavilhão de leprosos Marcio Nery. Porém, em ofício dirigido ao Inspetor Geral de Profilaxia da Lepra e Moléstias

<sup>301</sup> Na *Gazeta de Notícias* (02/12/1924: 2) há a informação sobre a desapropriação de prédios e terrenos para alargamento da Rua Emilio Berla, organizado pela Diretoria Geral de Obras e Viação, aprovado em 5 de novembro, e as compreendidas no plano de alinhamento para a rua do túnel, organizado na referida diretoria, aprovado em 25 de março de 1923.

Venéreas, em 14 de fevereiro de 1925, Juliano Moreira referiu-se ao pavilhão demolido como o Pavilhão Sigaud, como segue:

Havendo a Prefeitura do DF deliberado demolir o Pavilhão Sigaud (destinado aos leprosos), para alargar a rua Barão do Rio Bonito [Rua Emilio Berla], estamos atualmente impossibilitados de receber os doentes a que vos referis, comprometendo-me, no entanto, a destacar deste Hospital um enfermeiro para assistência aos mesmos.<sup>302</sup>

Disso resulta que: ou houve uma mudança na vocação do Pavilhão Sigaud, antes destinado a receber pacientes tuberculosos, e/ou esse setor recebia diversos enfermos infectocontagiosos, como já levantado no capítulo 3, e não só os atingidos por tuberculose. Diante dessa dúvida, nos perguntamos se o setor feminino da tuberculose também teria passado por mudanças. De acordo com a proposta, os novos pavilhões deveriam seguir o mesmo padrão das construções existentes, antes que os antigos viessem a ser demolidos e entregues devidamente equipados.

No entanto, não consta na proposta acima referência à construção de um pavilhão de tuberculose feminino, embora saibamos que isso ocorreu – devido às fotos do PAP que datam de maio de 1926. Ao compararmos a proposta da Prefeitura com o acordo de fato assinado na 4ª feira de 28 de janeiro de 1925, segundo o *Jornal do Commercio* (02/06/1926:15) e o *Jornal do Brasil* (02/06/1926:24) por ocasião do discurso de Alaor Prata<sup>303</sup> ao Conselho Municipal, observamos mudança no item 1- e) que previa a construção de um pavilhão enfermaria para leprosos, em substituição ao que seria demolido. Assim, o item ficou no acordo final:

Termo do acordo celebrado entre o Conselho do Patrimônio do Ministério da Justiça e Negócios Interiores e a Prefeitura do Distrito Federal para a cessão do terreno necessário ao alargamento das ruas Emilio Berla e da Passagem, de acordo com o projeto aprovado n. 1564.

(...)

e) um pavilhão enfermaria para vinte mulheres tuberculosas, mais ou menos idêntico ao atual pavilhão que comporta trinta tuberculosos homens, em substituição ao atual pavilhão de leprosos.

(...)

A construção da letra e) deve obedecer ao plano geral do atual pavilhão para tuberculosos homens, devendo a área da enfermaria, propriamente dita, corresponder a 2/2 da área da atual enfermaria. Poderá ser suprimido o porão, correndo o pavimento, no mínimo, a 0m,60 acima do solo, podendo também ser reduzido o pé direito, de acordo com os modernos preceitos higiênicos (JORNAL DO BRASIL, 02/06/1926: 24; JORNAL DO COMMERCIO 02/06/1926: 15).

<sup>302</sup> Ofício nº 125, de 14/02/1925, de Juliano Moreira. Acervo: Arquivo Administrativo, do IMNS, Caixa 1052.

<sup>303</sup> “Mensagem do Prefeito do Distrito – lida na sessão do Conselho Municipal de 1º de junho de 1926”. A mensagem faz um relatório da administração de Alaor Prata, comenta as obras e medidas da sua administração, o que inclui o alargamento da R. E. Berla e o acordo com o HNA (JORNAL DO BRASIL, 02/06/1926: 15-24; O IMPARCIAL, 09/06/1926: 7).



Pelo visto, além do Pavilhão Marcio Nery destinado a leprosos, o Pavilhão Sigaud foi um dos previstos para ser demolido e, naquele momento, abrigava pacientes leprosos – possivelmente pacientes absorvidos do Pavilhão Marcio Nery. Mas, a nova construção estava destinada a enfermas tuberculosas (com previsão de 20 leitos). Então, diante desses dados, surgiram novas questões: o pavilhão a ser construído seria uma segunda unidade para pacientes femininas tuberculosas, abrindo novos leitos, como tanto reivindicara Juliano Moreira? Ou uma unidade de substituição ao velho Pavilhão De Simoni, mantendo igual número de leitos? Por ora, deixaremos tais perguntas em aberto.

Os trabalhos, sob responsabilidade da Prefeitura e do Conselho de Patrimônios, seguiam em ritmos diferentes. No plano federal, o processo burocrático, para a execução da reforma do HNA, parecia paralisado. A Diretoria de Contabilidade do MJNI expedira circular n. 71-C, em 12 de janeiro, assinada pelo Ministro João Luiz Alves, com ordem para que se cumprisse rigorosamente o decreto n. 16.769, de 07 de janeiro de 1925. Tal decreto determinava a suspensão de todas as obras públicas em execução, pois ainda não havia sido aprovada a nova lei da Receita para o exercício de 1925.<sup>304</sup>

Provavelmente, esse fato motivou o ofício de Juliano Moreira para o Ministro, alguns dias depois, pedindo urgência na autorização da execução das obras de captação de água para a instalação da cozinha a vapor, lavanderia, serviço de banhos e sanitários do hospital, cujas despesas correriam pelo Conselho dos Patrimônios do Ministério.<sup>305</sup> Outro possível obstáculo para a celeridade das obras – sob responsabilidade do Escritório de Obras do MJNI – pode ter sido a saída do Ministro João Alves e a entrada de Affonso Penna Jr. (05/02/1925), que buscava entender o que havia sido encaminhado pelo seu antecessor. Neste sentido, ele requisitou ao Escritório de Obras do Ministério a relação das construções, seu estado e valor de adiantamento, entre outras providências.<sup>306</sup> Nos meses seguintes, contudo, o prefeito e o presidente Arthur Bernardes se movimentaram junto aos respectivos órgãos legislativos a fim de conseguir aprovação de verbas e liberação de recursos para seus respectivos projetos de governo, que incluíam obras no HNA.

---

<sup>304</sup> O Decreto 16.769, de 7 de janeiro de 1925, assim determinava: Art. 1º. Ficam suspensas, durante o exercício financeiro de 1925, todas as obras públicas que estão sendo executadas pelos diversos ministérios; Art. 2º. Para aquelas que são objeto de contratos serão celebrados acordos que prorroguem os prazos de sua execução, de modo a evitar rescisões onerosas (DOU - Seção 1 - 8/1/1925:532).

<sup>305</sup> Ofício n. 57, 24/01/1925, de Juliano Moreira ao Ministro da Justiça. Acervo: Arquivo Administrativo, do IMNS, Caixa 1052.

<sup>306</sup> Ofício n. 94-C (?), 13/03/1925). Acervo: AN - Diretoria de Contabilidade, OI-GIFI – 8M-30.

A pista sobre a construção do novo pavilhão de tuberculose aparece em uma matéria no periódico *Beira-Mar*, em novembro de 1925, sobre a conclusão das obras na entrada do Túnel Novo, sob o morro da Babilônia (vide figura 26), que: “Trouxe o melhoramento, como consequência, um pavilhão para tratamento de tuberculosos, no Hospital Nacional, esforçando-se o engenheiro Dr. Angelo Barata para prontificá-lo no mais curto prazo.” (BEIRA-MAR, 22/11/1925: 1).

Figura 26 - As modificações na entrada do Túnel Novo



Fonte: Beira-Mar (22/11/1925:1). Acervo: Hemeroteca/BN.

Enquanto a remodelação no entorno do HNA já estava quase terminada, as obras na 4ª Seção/seção-lazareto continuavam. Como previsto no acordo entre Prefeitura e Conselho dos Patrimônios do MJNI, o projeto da edificação era de responsabilidade da Prefeitura, mas devendo seguir como referência o Pavilhão Sigaud (projeto de 1918). Ademais, refletindo sobre Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, que tornava obrigatória a fiscalização das instituições de isolamento da tuberculose e da lepra<sup>307</sup>, nos perguntamos se a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose teria inspecionado a construção. Não encontramos nenhuma fonte que respondesse a essa questão.

<sup>307</sup> Art. 315. Os Inspectores dos Serviços de Profilaxia, da Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas e da Profilaxia da Tuberculose deverão visitar periodicamente os hospitais de isolamento, verificando si os respectivos serviços atendem ás disposições deste regulamento no que respeita à profilaxia, levando ao conhecimento do Inspetor Geral de Assistência Hospitalar as falhas que tenham notado. (BRASIL, 1/2/1924, Art. 315).

Todavia, no mesmo período, identificamos a troca de correspondência do Ministro Affonso Pena Jr. com o Diretor Geral do DNSP sobre o melhor local para se construir um pavilhão de sentenciados tuberculosos, da Casa de Correção. O Eng. Chefe do Escritório de Obras do MJNI foi autorizado a se entender com o órgão competente para ajustar detalhes visando à realização da obra.<sup>308</sup> De acordo com a postura do diretor do HNA ante o código sanitário, pressupomos que a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose acompanhava as mudanças em andamento no hospício.

Além da Casa de Correção, outras instituições passavam também pelo aparelhamento de pavilhões especiais de isolamento da tuberculose. Entre 1925 e 1926, identificamos os seguintes processos estatais em andamento: a concorrência pública para a construção de um pavilhão de tuberculosos em terrenos do Hospital S. Sebastião (DOU, 01/12/1925: 22102); negociações entre a Prefeitura e o MJNI sobre a cessão de um terreno, “destinado à construção de uma enfermaria para isolamento de tuberculosos da Polícia Militar do Distrito Federal” (MJNI/Diretoria de Contabilidade, of. n° 09548, 11/02/1928); e edital de concorrência pública para a construção de um pavilhão-enfermaria, com 194 leitos no Hospital dos Tuberculosos, em Jacarepaguá (DOU, 01/08/1926:14984).<sup>309</sup>

Tal como ocorria no HNA, outros processos da alçada do MJNI também sofriam grande morosidade, nos trâmites burocráticos e na execução das obras. No caso do Hospital dos Tuberculosos, em Jacarepaguá, a iniciativa remonta ao Governo de Epitácio Pessoa, em 1922. O projeto foi abraçado por Arthur Bernardes, mas paralisado por problemas orçamentários e retomado em 1926. O pavilhão de tuberculose da Casa de Correção dependia apenas das obras de água, esgoto e pintura, e teve as chaves entregues em março de 1926 (MJNI, Escritório de Obras, ofício 185, de 08/03/1926). Mais de três anos depois, o *Jornal do Brasil* (30/10/1929:13) denunciava que o pavilhão ainda não havia sido inaugurado. Quer dizer, possivelmente, estava há três anos aguardando a finalização da obra.

Portanto, a dificuldade de dar diligência aos projetos de saúde pública era frequente à época, não sendo as obras do HNA um caso isolado. Nem mesmo estando a assistência aos alienados e aos tuberculosos na agenda do governo federal, ter fundo especial de recursos, ainda que limitado, e interessar à sociedade como um todo, tornava o processo mais célere. É provável

---

<sup>308</sup> Ofício n° 3086, de 11/11/1925, da Diretoria de Contabilidade do MJNI. No Arquivo Nacional (OI-GIFI - 8M-30) foram encontrados os documentos referentes ao processo de construção do pavilhão de tuberculosos da Casa de Correção.

<sup>309</sup> Além dessas iniciativas públicas, encontramos a mobilização beneficente da União Auxiliadora de Senhora do Hospital Evangélico, em prol da construção de pavilhões de tuberculosos e de indigentes (CORREIO DA MANHÃ, 20/03/1926, p. 2)

que, além de outros possíveis entraves, o trânsito burocrático entre as instituições gerasse ainda mais dificuldades na conclusão de projetos de saúde pública. Assim, em tempos de inflação, a morosidade administrativa reduzia o orçamento dessas obras e dificultam o seu andamento e/ou finalização.

Considerando, no entanto, o conjunto de obras no entorno do HNA e a construção do pavilhão de tuberculose feminino, sob a gestão do prefeito Alaor Prata, entre 1925 e 1926, o processo foi relativamente ágil. As fontes indicam que a conclusão PAP foi em maio de 1926, como será visto adiante. O que tornou isso possível? Algumas respostas podem ser apontadas. Em primeiro lugar, Alaor Prata buscou organizar as contas municipais e debater os problemas da cidade. Como ressalta Silva (2003), “a novidade estava na composição da comissão, basicamente de funcionários da prefeitura” (SILVA, 2003: 67), que propunha soluções e acompanhava os trabalhos. Além disso, engenheiros municipais estiveram muito próximos e articulados com a Direção Geral do HNA e com o Conselho dos Patrimônios do MJNI, por meio de Angelo Barata e do prefeito. Todos acompanhavam de perto as obras.

Como lembra Rezende (2017), no campo do urbanismo, houve importante debate sobre as formas de pensar as intervenções na cidade do Rio de Janeiro. No Congresso de Higiene de 1923, por exemplo, se desenvolveu a ideia de dotar a capital de um plano geral de melhoramentos, que incluía sua expansão e remodelação (REZENDE, 2017: 80-81). Ainda que a autora não aprofunde o debate, essa mentalidade estava plantada na administração de Alaor Prata e, mesmo com avanços muito modestos, resultou em algumas ações concretas, como a implementação de regulamentos para construções no Distrito Federal (Decreto 2021/1924 e decreto 2087/1925).

Em segundo lugar, a execução de obras nos túneis de passagem para Copacabana, para melhorar o tráfego, estava compreendida num projeto de valorização do solo dos bairros da Zona Sul, que abriria possibilidades de novos empreendimentos e meios de captação de recursos, com a venda de terrenos e arrecadação de impostos. Projeto que já vinha sendo implementado desde a gestão anterior, de Carlos Sampaio (ABREU, 2013: 78). Desse ponto de vista, a agilidade nas obras interessava tanto ao prefeito quanto outros setores sociais e econômicos, a exemplo do setor imobiliário.

Outra possível resposta é o fato do prefeito Alaor Prata ter contido os gastos nos primeiros anos à frente da prefeitura, ao mesmo tempo em que buscava deixar alguma marca concreta de seu governo. É o que sugere a crítica do *Correio da Manhã* (03/10/1926: 4):

O Prefeito Alaor Prata, depois de três anos de inercia (...) tomou-se de iniciativas. Falta mês e meio para transferir, a outrem, o calvário municipal, e

em vários cantos do Rio começam a aparecer os sinais desta coisa inédita: a atividade do Sr. Alaor...

Que diabo se estará passando na cabeça do sr. Alaor? Nada de estranho, asseveramos-lhes nós. Ele não quer passar à história como o homem que perdeu quatro anos, à frente da maior cidade do país, sem tocar em uma pedra do calçamento. (CORREIO DA MANHÃ, 03/10/1926: 4).

O tom irônico do *Correio da Manhã*, que aparece em várias edições, demonstra a oposição aberta ao prefeito Alaor Prata, que terminava seu mandato sob muitas críticas. O mesmo jornal, em outra matéria sarcástica, diz que a obra do Túnel Novo (no entorno do HNA), de significado indecifrável, recebera “todos os amores do Prefeito” (CORREIO DA MANHÃ, 18/05/1926: 4). Decerto, a cidade foi tomada por obras em vários pontos, identificadas na matéria *Atividade do Prefeito – O trabalho intenso do sr. Alaor nos últimos dias e o que ele tem feito* (A GAZETA, 28/10/1926: 3) que, além de informar sobre as obras em andamento, reclamava da desatenção com bairros mais populosos, como São Cristovão e Tijuca.

### 5.3. O Pavilhão Alaor Prata – lugar de doidas tuberculosas

Desse afã do prefeito, o HNA ganhou unidade nova de isolamento da tuberculose, como elemento adicional das obras do Túnel Novo, compensação pelas amputações nos terrenos do hospício, o que foi noticiado em *O Jornal*, no dia 10 de junho de 1926. Sem citar que houve anteriormente um termo de acordo negociado entre as partes, a notícia passa a impressão de que os melhoramentos foram feitos em nome da “boa vontade” de Juliano Moreira e da dádiva do Alaor Prata, como segue:

#### **O hospício tem mais um pavilhão - E essa nova dependência daquele estabelecimento receberá o nome do sr. Alaor Prata**

Tendo encontrado sempre para esse fim, da parte de Juliano Moreira, diretor do hospício a maior boa vontade, o sr. Alaor Prata dotou aquele estabelecimento com alguns melhoramentos.

Assim foi que a Prefeitura, além de ter feito um prédio novo para o necrotério e ter reconstruído os muros e pavilhões amputados, edificou um novo pavilhão, que ofereceu ao hospício.

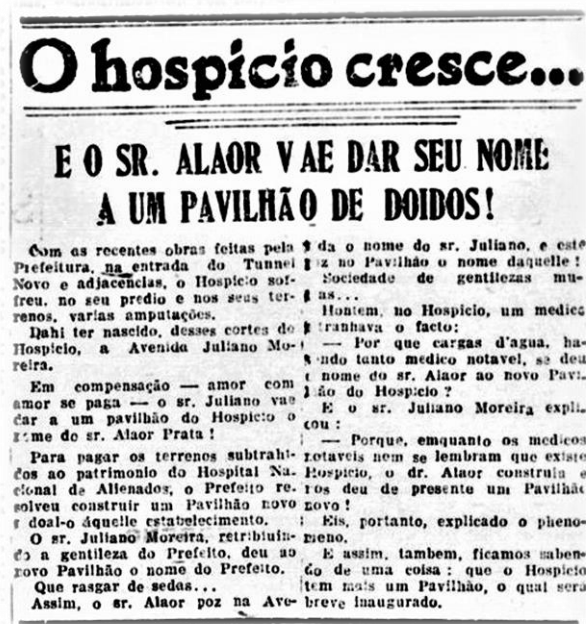
Vai ter, agora, portanto, o manicômio da Praia Vermelha mais um pavilhão confortável, moderno, com capacidade para cerca de 30 leitos.

Ao novo pavilhão o dr. Juliano Moreira resolveu dar o nome do sr. Alaor Prata. (O JORNAL, 10/06/1926: 3).

Por que Juliano Moreira nomeou o novo pavilhão de *Alaor Prata*, se era tradição nomear os pavilhões e seções com nomes de renomados médico-psiquiatras? Essa pergunta, que nos acompanhou por um bom tempo, foi motivo de ironias no meio psiquiátrico, como deixa entrever a edição de domingo do periódico *O Brasil*, em 20 de junho de 1926 (figura 27). O

jornal conta como o fato foi recebido na época e dá a resposta de Juliano Moreira para a pergunta: “Por que cargas d’água, havendo tanto médico notável, se deu o nome do sr. Alaor Prata ao novo Pavilhão do Hospício?”. Desta maneira respondida: “Porque, enquanto os médicos notáveis nem se lembram que existe Hospício, o dr. Alaor construiu e nos deu de presente uma Pavilhão novo!” (O BRASIL, 20/06/1926: 8).

Figura 27 - O hospício cresce



Fonte: O Brasil (20/06/1926: 8). Acervo: Hemeroteca/BN.

Ao contrário do tom enaltecedor d’ *O Jornal*, a notícia de *O Brasil* faz referência ao “rasgar de sedas” entre o prefeito Alaor Prata e Juliano Moreira, que teve seu nome dado a uma avenida (a uma praça, de acordo com os documentos oficiais) e que retribuía a gentileza. Tais informações reforçam a ideia de que houve uma relação institucional amistosa entre o prefeito e o diretor do HNA. Na verdade, uma aliança política que favorecia a ambos: finalmente, o HNA ganhava algumas benfeitorias, incluindo um pavilhão moderno, há muito reivindicado, para as pacientes tuberculosas; e o sr. Alaor recebia, em tempos de hostilidades políticas e grandes interesses econômicos, apoio ao seu governo e facilitação para o projeto de engenharia urbana. De passagem, cada qual deixava seu nome inscrito na história da capital.

Essa aliança foi “presentificada”<sup>310</sup>, lembrando o conceito utilizado por Mauad (1996: 10), pelas imagens de Augusto Malta<sup>311</sup>, fotógrafo oficial da Prefeitura. Seu rico arsenal de retratos do Rio Antigo nos impõe o desafio de decifrar alguns desses momentos congelados do passado. O olhar profissional de Malta registrou as intervenções urbanas da gestão Alaor Prata, incluindo as melhorias implementadas no HNA. Do conjunto de sua obra, identificamos 4 fotos referentes ao PAP, tiradas no dia 09 de maio de 1926, como anotou o fotógrafo na margem inferior. Nesse pequeno conjunto de fontes, é clara a intenção de imortalizar tanto a obra do prefeito quanto a aliança política que permitiu a concretização das tão reinvidicadas melhorias no hospício.

Na primeira foto (figura 28), o espaço interno do pavilhão foi o cenário escolhido para a pose oficial das autoridades envolvidas no projeto. Construindo cuidadosamente a cena, Augusto Malta posicionou, lado a lado, os personagens de maior envergadura política, dando destaque à personalidade do momento, o prefeito Alaor Prata, e à sua direita Juliano Moreira.<sup>312</sup> Ao redor das figuras centrais, encontram-se outros personagens da teia social (não totalmente identificados) e, de certo, menos importantes do ponto de vista do capital político. Porém, são presenças que indicam o quanto o projeto do PAP envolvia diversos colaboradores, seja na execução da obra e/ou na atividade médico-científica.<sup>313</sup>

Em outro momento, Malta optou por fotografar tais personalidades em cenário externo, com o Pavilhão ao fundo, numa pose mais casual (figura 29). Já não é possível identificar com clareza quem são os sujeitos da foto, porém observamos que o grupo é ligeiramente maior que o primeiro. A foto também nos permite observar que o lugar escolhido para o PAP foi bem próximo ao pé do Morro da Babilônia, em local rodeado de área verde, aberto e muito arejado, com bastante incidência de luz solar. Posicionado nos limites do terreno hospitalar, sua extensa varanda estava voltada para a parte interna do hospício, mas sem conexão com qualquer outra construção. Como estava previsto nos termos do acordo com a Prefeitura, mencionados acima,

---

<sup>310</sup> O conceito “presentificação do passado” informa ao historiador que a imagem fotográfica é tanto “uma mensagem que se processa através do tempo” como um desafio à sua competência de “leitor de imagens do passado” (MAUAD, 1996: 10).

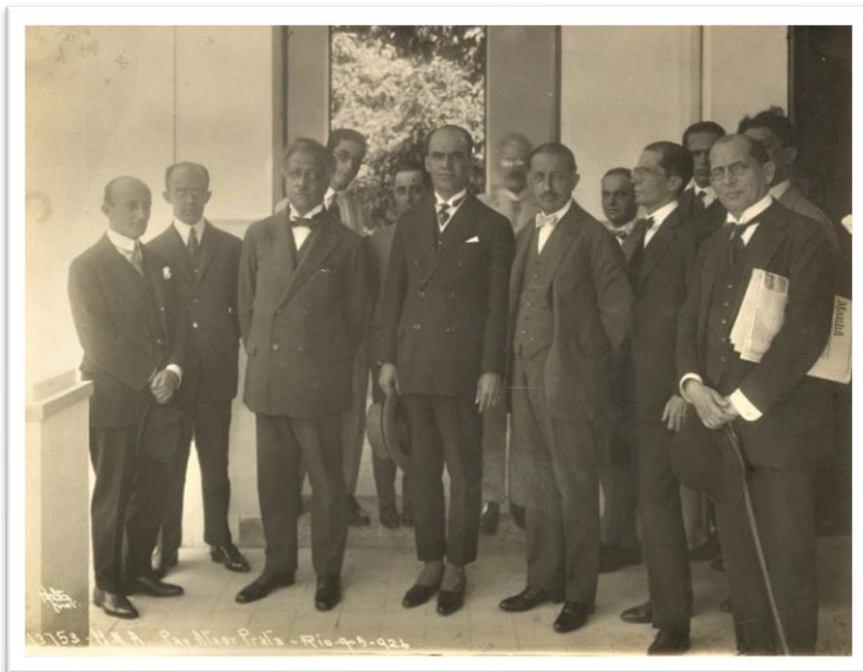
<sup>311</sup> Segundo Moreira (2008), Augusto Malta tornou-se “fotógrafo documentalista da prefeitura” pelas mãos do prefeito Pereira Passos, a partir de 1903, quando foi incumbido de registrar a capital em transformação, os muitos cenários urbanos, antes e após a execução de obras, seus logradouros, seus edifícios públicos e históricos, suas festas públicas etc. (MOREIRA, 2008: s/p)

<sup>312</sup> Consideramos a possibilidade da figura à esquerda ser Arthur Bernardes, baseado na semelhança física e na sua proximidade política e pessoal com o prefeito. Mas, não encontramos um documento que confirmasse a visita do presidente ao HNA na data mencionada.

<sup>313</sup> Além das três autoridades centrais, identificamos o Dr. Raymundo Brasileiro da Fonseca, farmacêutico do HNA (atrás de Juliano Moreira do HNA); Francisco Jardim, o secretário do prefeito (ao lado de Arthur Bernardes); Dr. Olavo da Rocha e Silva, futuro chefe do PAP, atrás do Dr. Ulysses Vianna (que segura um jornal), docente de Neurologia e Psiquiatria da FMRJ, e colaborador de Juliano Moreira.

a construção é muito semelhante ao modelo arquitetônico do Pavilhão Sigaud, visto no capítulo anterior.

Figura 28 - Grupos de homens posando para foto no Pavilhão Alcor Prata, no HNA



Fonte: Coleção Augusto Malta, 1926, MIS.

Figura 29 - Hospital dos Alienados, visita do prefeito A. Prata



Fonte: Coleção Augusto Malta, 1929, MIS.



Na figura 30, o cenário é o próprio PAP, mas o foco está na inscrição Alaor Prata. Podemos entender como era significativo ter o nome perpetuado em um ato de benemerência. Homenagear com uma inscrição o nome do doador é uma forma de retribuir, reconhecer e exaltar aquele que foi magnânimo. Contudo, não foi um singelo ato de filantropia, houve um acordo institucional, baseado em troca de valores econômicos - o HNA estava sendo recompensado pela perda de uma faixa do seu terreno. Tais imagens reforçam a ideia de que se tratava de um intercâmbio bem mais político do que parece à primeira vista, e que poderia estimular outras melhorias para a Assistência. A propósito, na mesma imagem, o corpo de apoio clínico-assistencial quase se confunde com a edificação. É preciso aguçar o olhar para perceber sua presença.

Figura 30 - Pavilhão Alaor Prata – frente



Fonte: Coleção Augusto Malta, Museu da Imagem e do Som, 1926.

O destaque às profissionais envolvidas no apoio hospitalar pode ser visto na figura 31: em ambiente limpo, organizado e devidamente aparelhado, enfermeiras/assistentes aparecem distribuídas, meticulosamente, ao lado das camas hospitalares, como quem espera as primeiras enfermas tuberculosas. Essa imagem, também, nos lembra as observações de Facchinetti *et al.* (2010: 748), já mencionadas, sobre os primeiros registros fotográficos, feitos no início da direção Juliano, que abordavam a relação entre ordenamento, assepsia e ciência.

Contabilizamos pelo menos 24 leitos, o que vai além do que estava previsto nos termos do contrato (20 leitos). Pela figura, vemos que a área do PAP é semelhante ao do Pavilhão Sigaud (com 30 leitos).<sup>314</sup> A entrada e saída de pacientes tuberculosos era bastante dinâmica, como identificado na movimentação de pacientes de 1926. Conforme listas de frequência de doentes, a variação era diária nos pavilhões de isolamentos.<sup>315</sup> Segundo o relatório administrativo referente ao ano de 1927, o menor número de pacientes foi de 12 e o maior de 30 doentes, confirmando que o PAP permitia até 30 leitos (MAIA, 1930: 241-280).

Figura 31 - Aspecto interno do Pavilhão Alaor Prata, no Hospício de Alienados



Fonte: Coleção Augusto Malta, Museu da Imagem e do Som, 1926.

Do ponto de vista da geografia hospitalar, o lugar das tísicas continuou sendo o canto dos fundos, no extremo oposto do “Palácio do Loucos”, como ilustra a figura 32, em que temos uma boa visão dos pavilhões da 4ª Seção/seção lazareto vistos do alto. Encontrada no periódico *Careta* (25/05/1929: 21), a imagem não é acompanhada de muitas explicações, além da localização e do crédito ao fotógrafo, Tenente Kfuri.<sup>316</sup> Após os pavilhões Jobim (amarelo) e

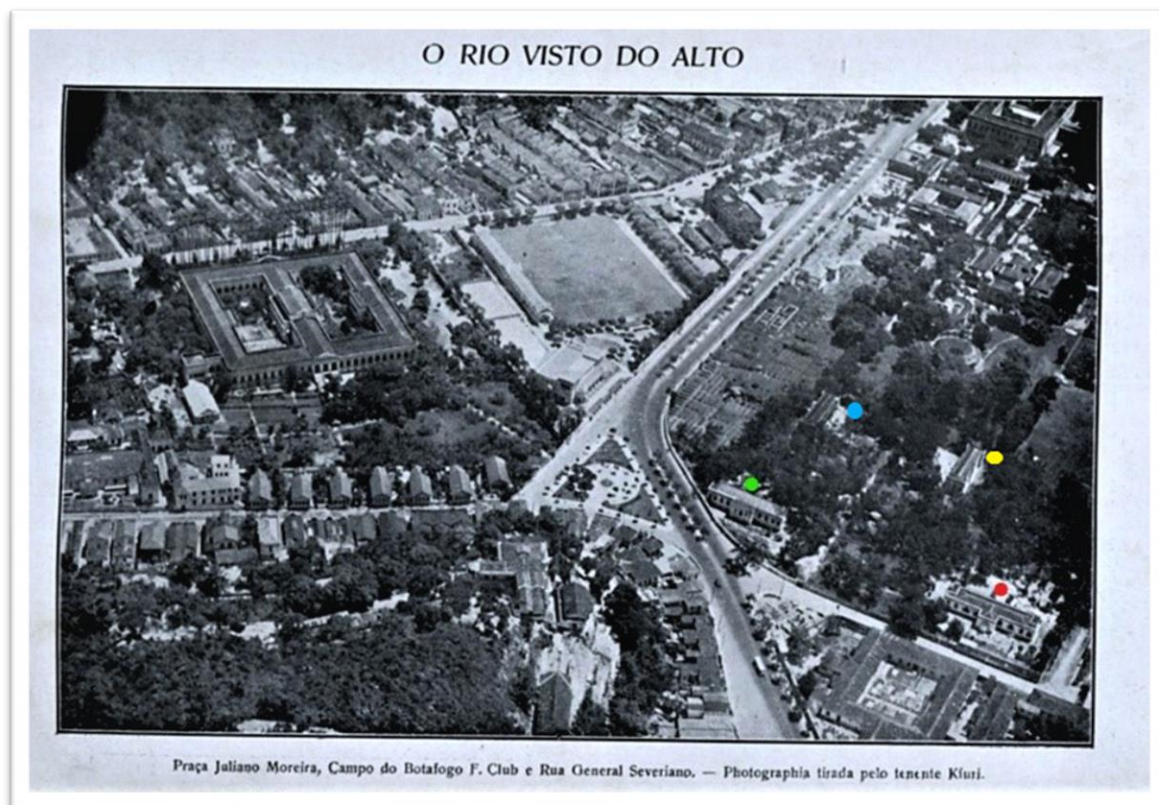
<sup>314</sup> A construção remanescente do PAP (hoje Casa da Ciência da Universidade Federal do Rio de Janeiro) indica que havia mais dois pequenos cômodos anexos, que não aparecem na foto.

<sup>315</sup> As duas listas de movimentação de pacientes por pavilhões e seções foram encontradas no Arquivo administrativo do IMASNS. Para o ano de 1926, no PAP, a variação foi entre 14 e 17 pacientes, já no Pavilhão Sigaud o número manteve entre 21 e 25.

<sup>316</sup> O Tenente J. Kfuri foi contratado como encarregado técnico do Serviço de Fotografia Aérea, em 1923, para servir como fotógrafo no Centro de Aviação Naval. (DOU, 13/05/1923) A bordo de um avião da Marinha de Guerra, o tenente fez uma série de fotografias da cidade do Rio de Janeiro, como indica a revista *O Cruzeiro* (7/06/1930: 23).

Francisco de Castro (azul), quase encobertos pelas arvores, no canto inferior à direita está o PAP (vermelho) e, na mesma linha lateral, mais próximo da Praça Juliano Moreira, está o Pavilhão Sigaud (verde).

Figura 32 - Foto aérea da Praça Juliano Moreira, de parte dos fundos do HNA, do Campo do Botafogo, da Rua General Severiano, da Avenida Wenceslau Braz



Fonte: Revista *Careta* (25/05/1929: 21)

Nesse perímetro, totalmente murado, o hospício tinha um portão de comunicação com o exterior. Podemos imaginar um dos fins a que tal portão servia, pela crônica de Leopoldo Froes, o *Cão Branco*<sup>317</sup>: “Estou impressionada... Hoje, à tarde vi sair pela porta dos fundos do Hospício o carro que leva os indigentes para o cemitério... Atrás do carro ganindo, uivando, cansado, magro, o cão branco, o “Palhaço”, corria, corria...” (FROES, 06/05/1928:2). Contraditoriamente, o sanatório de tratamento *outdoor* da tuberculose, tantas vezes apregoadado no discurso médico por suas possibilidades de cura, era próximo ao portão de saída para o cemitério. Geografia que traduz, também, do ponto de vista simbólico, o desafio da tuberculose naqueles tempos.

<sup>317</sup> Leopoldo Froes foi um famoso ator de origem portuguesa, cronista e empresário, que brilhou nos palcos brasileiros, entre 1914 e 1932 (REIS, 2010: s/p). Froes escreveu sobre a história de um homem que, bem empregado, tinha uma vida de luxo e facilidades, mas acabou pobre e maltrapilho, dependendo de favores e vivendo pelas ruas acompanhado de um cão branco.

Para além do que foi exposto, o que podemos pensar sobre o PAP ao inseri-lo no quadro sanitário mais amplo do hospício? Curiosamente, a resposta é dada em relatório ministerial, tratando do ano de 1927:

“Não esquecerei de assinalar que os pavilhões dos alienados tuberculosos, homens e mulheres, estão sem dúvida em menos precária situação que os destinados às outras doenças infecciosas. O Pavilhão último, construído pela Prefeitura, em substituição do que ela demoliu, para o alargamento da rua que margina o terreno do Hospital, é sem dúvida um dos que melhor servem ao intuito a que foi destinado.” (MATTOS, 1930: 335).

Os pavilhões da tuberculose<sup>318</sup> tornaram-se a melhor referência, dentro do hospício, de acomodação hospitalar para os doentes infectocontagiosos. Como foi tantas vezes denunciado pelo periódico *O Brasil*, entre outros periódicos, a decadência do hospício era visível. A fala de Juliano Moreira também deixa claro que isso não era algo camuflado das autoridades políticas e sanitárias, muito pelo contrário, como Diretor Geral, sempre fez questão de relatar as penúrias da instituição. Com efeito, a nova estrutura de isolamento da tuberculose destoava do restante do HNA.

Conforme relatório do administrador do HNA, as dificuldades econômicas continuavam, mas o Patrimônio do Hospital resolveu dar continuidade à execução de obras de caráter urgente, contando inclusive com a indenização da prefeitura. E fica evidente que o hospício continuava a ter sérios problemas sanitários, principalmente devido à velha rede de esgoto: “Por se tratar de uma rede de encanamento muito antiga, frequentes tem sido os arrebentamentos; quanto à deficiência do abastecimento d’água, impossível seria o Hospital fazer exceção, porquanto tal deficiência é geral.” (MAIA, 1930: 235-238)

Novamente, as alternâncias políticas nos ajudam a entender a situação. Com a vitória do paulista Washington Luís nas eleições de 15 de novembro de 1926, Augusto Vianna de Castelo assumiu o MJNI, e Antônio da Silva Prado Júnior<sup>319</sup>, a prefeitura da capital. O HNA estava ainda com várias obras em andamento a depender da liberação de recursos pelos órgãos correspondentes. Diante das mudanças políticas, mais uma vez, cabia ao diretor da Assistência retomar a articulação com os novos atores.

Neste período, como afirmam Sanglard e Costa (2004: 118), no governo de Washington Luiz foi criado a Assistência Hospitalar, órgão vinculado ao DNSP, a fim de gerir os hospitais

---

<sup>318</sup> O velho Pavilhão De Simoni parece ter sido demolido pela Prefeitura: no movimento diário dos internados durante o mês de agosto de 1926, com 31 dias corridos, a inscrição De Simoni foi substituída por Alaor Prata. No relatório relativo ao ano de 1927, o Pavilhão De Simoni deixou de ser mencionado (MAIA, 1930: 237).

<sup>319</sup> Formado pela Escola de Engenharia da Universidade de São Paulo, entrou para a vida política por ser filho do antigo presidente do Estado de São Paulo, conselheiro Antônio Prado. No governo de Washington Luís exerceu o cargo de prefeito do Distrito Federal, assumindo em novembro de 1926 e ficando no cargo até outubro de 1930.

S. Francisco de Assis e Pedro II e fiscalizar os estabelecimentos hospitalares da capital. Dirigido por João Marinho, professor da Faculdade de Medicina, o novo órgão passou a contar também com um Conselho Hospitalar<sup>320</sup>, cuja função era assessorar o diretor da Assistência, particularmente com a construção de um grande hospital para a Faculdade de Medicina, com o intuito de diminuir a carência de leitos na capital federal.

Além disso, a Assistência a Alienados passou, também, por modificações legais em 1927, pelo Decreto nº 17.805, de 23 de maio, que aprovou “o regulamento para a execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal.” (BRASIL, 1927) No novo código, o termo “psicopata” passou a ser utilizado; os enfermos mentais foram equiparados aos demais doentes; diretrizes para a profilaxia e a higiene mental, estabelecidas; e a Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, reorganizada.

As novas disposições legais geraram sobrecarga de trabalho para a Assistência e prejudicaram o andamento de processos, como ficou registrado em relatório administrativo:

Foram tormentosos para a Assistência a Psicopatas o último semestre de 1926 e o primeiro de 1927. A nova Assistência Hospitalar, surgindo a tempo de providenciar sobre a precariedade de nossos estabelecimentos hospitalares, trouxe disposições de tal modo ultra absorventes que apenas concorreram para retardar a execução do que a Lei nova continha de promissor. (MAIA, 1930: 235-238).

Mais uma vez, houve atraso no andamento dos pedidos junto ao MJNI e ao Congresso. E o diretor retomou trechos de relatórios anteriores para lembrar o Código Sanitário e a inspeção do DNSP no HNA. Pontuou, também, ações administrativas que já tinham sido realizadas e teriam que ser refeitas. Ou seja, apesar dos avanços alcançados junto à administração municipal, as verbas para as reformas do HNA continuaram atravancadas. No relatório:

Foram orçadas de novo, no que era mister renovar ou adquirir então. Ao Poder Legislativo foram solicitadas as verbas necessárias para executar o almejado. Infelizmente, as condições econômicas do País não consentiram fosse concedido o solicitado.

Quatro anos transcorreram. Além de pequenos remendos e mera conservação, porque nossa exígua verba a isso destinada não permitia mais, nada se fez para melhorar o precário estado de coisas a que acabo de referir-me.

E quanto tudo aquilo piorou não fará ideia justa quem não tiver visto o que por lá existia há quatro anos passados.

Espero, pois, e comigo todos os companheiros de Assistência, que no orçamento do ano vindouro haveis de obter o que não tem sido possível nos exercícios dos últimos anos. (MATTOS, 1930: 333)

---

<sup>320</sup> O Conselho era formado por: Ataulfo de Paiva, Carlos Chagas, Guilherme Guinle, Clementino Fraga, Abreu Filho e Miguel de Carvalho (SANGLARD & COSTA, 2004:118).

Quer dizer, apesar de algumas benfeitorias, as seções mais populosas do HNA continuavam a esperar grandes reformas e a solução de problemas sanitários, entre outras necessidades.

#### **5.4 O fluxo da tuberculose no HNA e as tísicas da Praia da Saudade**

Nas duas primeiras décadas do século XX, como visto nos capítulos 2 e 3, a frequência, dentro do HNA, de pacientes tuberculosos oscilou, devido a fatores diversos relacionados à Assistência a Alienados e à cidade do Rio. Na década de 1920, encontramos outro momento político, também marcado por reformas urbano-sanitárias. Portanto, nos perguntamos: em que medida a população tuberculosa revela o contexto interno (institucional) e extramuro da doença? Quais seriam as diferenças e similitudes em relação à assistência aos fímatos do período anterior? De que forma as mudanças no setor de isolamento da tuberculose incidiram sobre o conjunto das pacientes tísicas? Qual é o perfil das enfermas que passaram pelo isolamento da tuberculose na década de 1920? Quem eram as enfermas que deitaram sobre as camas do PAP suas dores e seus sofrimentos? Essas perguntas serão respondidas na medida em que as informações disponíveis o permitam, visto que há muitas ausências no nosso banco de dados, como já mencionado.<sup>321</sup>

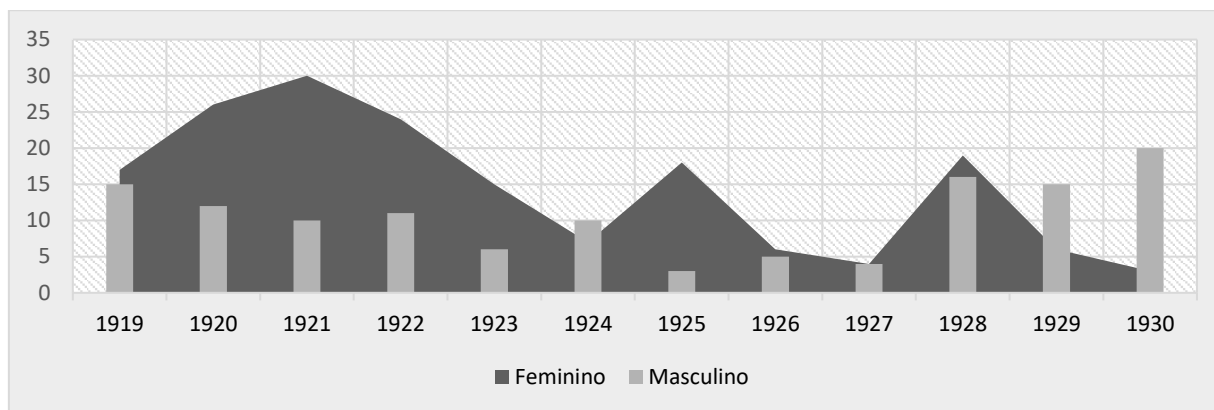
Contemplando a primeira questão, voltamos a verificar a movimentação dos pacientes fímatos do HNA e os índices da tuberculose na capital. Como pode ser visto no gráfico 16, o fluxo de pacientes oscilou, entre 1919 e 1930, apresentando diferentes dinâmicas para homens e mulheres. O HNA iniciou a década de 1920 com maior frequência da tuberculose feminina, principalmente quando comparada aos casos masculinos. A partir de 1922, houve o declínio no número de sujeitos fímatos, com algumas oscilações para cima. A explicação talvez possa estar na queda dos casos de transferências institucionais e de encaminhamentos policiais. Um outro motivo seria, talvez, a menor pressão por vagas no HNA de pacientes fímatos. Segundo estudo do Dr. Barroso (1927), houve um aumento de 200 leitos para doentes tuberculosos na

---

<sup>321</sup> Entre 1919 e 1930, não constam as guias de internação do PO em grande parte dos dossiês do Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS. Nos protocolos administrativos das outras seções do HNA, também sentimos falta de dados que conseguimos levantar nos grupos anteriores, como filiação e endereço. Restaram algumas guias policiais, indicando que a paciente parecia “sofrer das faculdades mentais” e, eventualmente, fornecem alguns dados a mais sobre enfermas encaminhadas para o HNA.

cidade do Rio de Janeiro, em meados da década de 1920.<sup>322</sup> Embora, na capital, o médico considerasse que seriam necessários pelo menos 2.000 leitos para atender a tais doentes.

Gráfico 16 - Comparação entre as frequências de pacientes homens e mulheres tuberculosos no HNA (entradas entre 1919-1930)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Na avaliação estatística da época, a tuberculose começava a ceder frente às ações do DNSP, como foi discutido na seção de 30 de agosto de 1927, *A tuberculose no Rio de Janeiro* (BRAZIL-MEDICO, 1927: 969). Após a exposição dos dados do Dr. Jansen de Mello, os debatedores<sup>323</sup> discutiram o declínio de óbitos pela doença, a partir de 1921, comparada a sua condição estacionária nos anos anteriores. Nessa mesma perspectiva, na análise do Dr. Barroso (1927), as taxas da tuberculose entraram em declínio constante a partir de 1921 (vide anexo 10), e a responsabilidade por isso seria da atuação dos serviços da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose:

(...) vê-se que nos períodos anteriores havia oscilações para cima e para baixo, procedendo-se a descida de modo irregular, lento, quase insignificante. De 1921 por diante a descida é constante e sensível. Foi sucessivamente 3.90, 3.53, 3.14, 3.10, 2.93 e 2.53 coeficientes nunca atingido nas oscilações dos períodos anteriores. (...)

Se nesse período a única modificação que houve foi o serviço da Inspeção, a ela se deve atribuir os resultados apurados. Não há efeito sem causa e essa é a única que se pode encontrar (BARROSO, 1927: 821).

Conforme a tabela 3, demonstrada por Santos (2016: 164), a exemplo do que vimos sobre os dados estatísticos da tuberculose da primeira década do século XX, os homens

<sup>322</sup> Segundo o médico, a distribuição de leitos para tuberculosos na cidade compreendia: 300 leitos masculinos no H. S. Sebastião; 200 leitos femininos no H. N. S. das Dores, e mais 200 para homens e mulheres nos hospitais Pedro II e Paula Candido. (BARROSO, 1927:819)

<sup>323</sup> O assunto foi discutido por Plácido Barbosa (chefe da Inspeção da Tuberculose), Manoel de Abreu (chefe do primeiro Serviço de Radiologia destinado ao diagnóstico da tuberculose), Dr. Jansen de Mello (médico estatístico) e o Dr. E. Almeida Magalhães, segundo o *Brazil-Medico* (1927: 969).

continuaram apresentando altos índices de óbito pela infecção do Koch. E, a tuberculose pulmonar mantinha-se predominante.

Tabela 3 - Casos de Tuberculose no Rio de Janeiro (1922-1926)

Anos	Homens	Mulheres	Total hab.	Coefficientes em 1000
1922	2.564	1.919	4.483	3,9
1923	2.381	1.927	4.183	3,53
1924	2.556	1.802	4.483	3,14
1925	2.506	1.876	4.382	2,92
1926	2.347	1.836	4.183	2,53
Total	12.354	9.360	21.714	-

Fonte: Vasconcelos (1927). *Estado atual da tuberculose no Rio de Janeiro*.<sup>324</sup>

No universo do HNA, contudo, é significativa a tendência de maior ocorrência da tuberculose entre as mulheres. No período entre 1919-1925, observamos a ocorrência de 137 casos femininos e 67 masculinos no nosso 4º grupo de pacientes tuberculosos. Tais dados são significativos porque a doença abatia mais os homens da cidade e a entrada de homens no hospício era quase sempre superior a de mulheres. Mas estes números mudam no período seguinte, entre 1926-1930, como expressa o 5º grupo, com menor incidência de tuberculose feminina (38 casos) em relação à masculina (60 casos).<sup>325</sup>

Alguns aspectos externos parecem ter influenciado o fluxo de pacientes tuberculosos para o HNA, que passou por oscilações ao longo da década de 1920. Após 1921, nas colônias masculinas, os fímatosos passaram a ser tratados em enfermaria especial, pelo Dr. Olavo Rocha, segundo o relatório de Rodrigues Caldas (1923: 149), o que aliviou o Pavilhão Sigaud de enfermos oriundos das colônias da Ilha do Governador. Também, em 1923, a Colônia de Psicopatas Homens de Jacarepaguá começou a funcionar, conforme Venancio (2011:37). No mesmo período, as colônias da Ilha do Governador foram desativadas. Essas mudanças podem explicar o declínio de números da tuberculose masculina, principalmente entre 1925 e 1927, por causa da menor entrada de pacientes já tuberculosos no HNA. Entretanto, os números voltaram a crescer a partir de 1928, superando bastante as ocorrências da tuberculose feminina no período entre 1929 e 1930. Tal aspecto pode ser reflexo dos índices de tuberculose na cidade

<sup>324</sup> In: *Archivos de Hygiene*: Publicação do D.N. de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Departº Nacional de Saúde Pública (*apud* SANTOS: 2016: 164).

<sup>325</sup> Os 204 pacientes do 4º grupo (1919-1925) foram identificados dentro de um conjunto maior de 4.367 dossiês, com entrada entre 1919-1925; já os 98 pacientes do 5º grupo (1926-1930) foram identificados de um outro conjunto de 3.186 dossiês, com entrada entre 1926-1930.



do Rio de Janeiro<sup>326</sup> que voltaram a crescer, após um período de declínio, conforme o *Brazil-Medico* (1931:235), e da saturação da Colônia de Jacarepaguá, além das próprias dificuldades do HNA.

Voltando ao gráfico 16, vemos que a incidência da tuberculose feminina no hospício só não ultrapassou a masculina nos anos de 1924, 1929 e 1930. Além de possíveis casos de contágio interno, o aumento das transferências de doentes de outras instituições de assistência pode ter contribuído para a grande curva ascendente, entre 1919 e 1922. Tais transferências para o HNA chegaram a 20% (28 pacientes), mas caíram significativamente a partir de 1923.<sup>327</sup> Em 1925, as internações voltaram a subir e, dentre 18 mulheres, 16 delas tiveram no hospício um lugar para morrer<sup>328</sup>, repetindo uma tendência que discutimos nos capítulos 2 e 3. Com a inauguração do PAP, há uma queda dos números de tuberculosas, entre 1926 e 1927, para voltar a subir no ano seguinte, quando identificamos novas transferências de outras instituições. Entre 1929 e 1930, os números voltaram a cair. Nesses anos, nos faltam elementos para entender melhor essa queda. Uma possível explicação seria a redução ou não envio de enfermas da Colônia de Alienadas bem como da Santa Casa, visto que não identificamos esse tipo de transferência no período.

Em suma, como nas duas primeiras décadas do século XX, podemos afirmar que na terceira, a oscilação da tuberculose no hospício também foi uma constante - como efeito de diversos fatores internos, relativos às mudanças do HNA, e externos, decorrentes da ampliação de vagas na Assistência a Alienados e de menor (ou maior) assistência aos doentes fimatosos da capital.

Observando o perfil das pacientes do 4º grupo (1919-1925) e do 5º grupo (1926-1930), identificamos mais similitudes do que diferenças em relação às internas dos grupos relativos a períodos anteriores, analisados no 3º capítulo. A taxa de pensionistas afetadas pela tuberculose continuou baixa. Inclusive, houve um declínio dessas pacientes de 6% do 4º grupo (1919-1925) para 3% no 5º grupo (1926-1930). Como pode ser visto no gráfico 17, as pacientes continuaram chegando dos mais diversos distritos policiais da cidade e, eventualmente, de outro estado. A maioria era internada como indigente. Em menor escala, as enfermas provinham de instituições

---

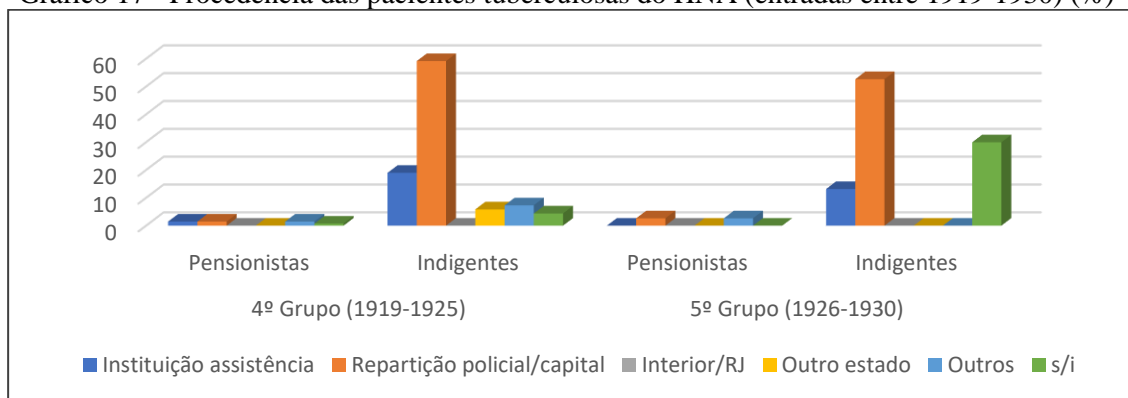
<sup>326</sup> Os números de óbitos na capital foram: 4.419 (1927); 4.392 (1928); 4.567 (1929); 4.609 (1930) (BRASIL-MEDICO, 1931: 235)

<sup>327</sup> Tomando como referências os nossos grupos de pacientes: no 4º grupo (1919-1925) foram 22 pacientes da Santa Casa (15 casos ocorreram entre 1921 e 1922), e as demais vieram das seguintes unidades: Hospital Nossa Senhora das Dores (2), Nossa Senhora da Saúde (1), Hospital Zacarias (1) Fundação Gaffré Guinle (1), Casa de Saúde Dr. Abílio Diniz (1).

<sup>328</sup> Em 1925, das 16 mulheres, 14 não passaram mais de 3 meses no HNA e, entre elas, 6 foram a óbito com menos de um mês de internação.

de assistência. Novamente, a Santa Casa se destacou na prática de enviar pacientes para a Praia da Saudade, mas a taxa continuou declinando, passou de 16% do 4º grupo (1919-1925) para 5% no 5º grupo (1926-1930). Por um lado, esse é mais um indício de que o HNA continuou recebendo pacientes excedentes da Santa Casa. Por outro, a pressão sobre o hospício diminuía à medida que a Misericórdia abria novos leitos. As transferências de outras instituições foram muito pontuais.<sup>329</sup>

Gráfico 17 - Procedência das pacientes tuberculosas do HNA (entradas entre 1919-1930) (%)



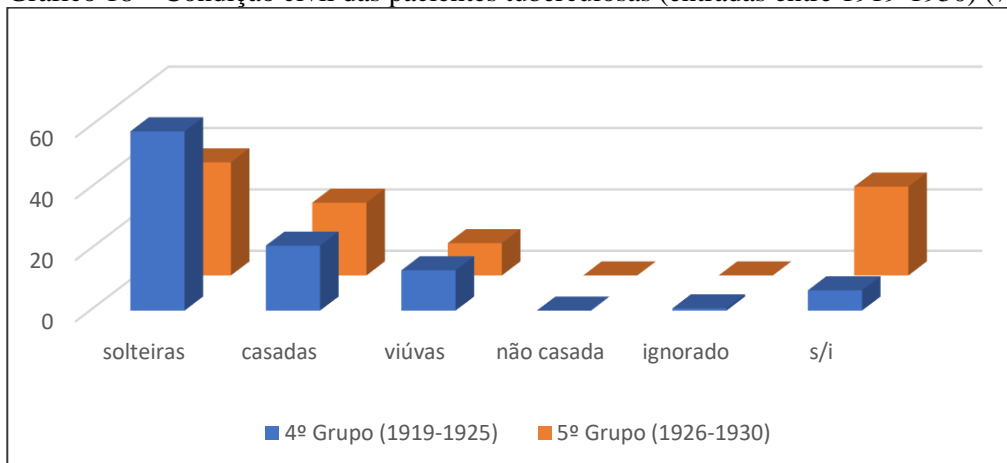
Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

As brasileiras continuaram prevalecendo na Praia da Saudade. Poucas foram as estrangeiras identificadas no nosso banco de dados.<sup>330</sup> A maioria foi registrada como doméstica. Apenas duas pacientes fugiram à regra dos serviços domésticos, uma operária e uma irmã de caridade, ambas integrantes do 4º grupo. Igualmente, predominaram as solteiras, seguida das casadas e das viúvas, como pode ser visualizado no gráfico 18. Porém, observamos que houve um declínio das pacientes identificadas como solteiras e viúvas e um ligeiro aumento das pacientes casadas, do 4º (1919-1925) para o 5º grupo (1926-1930). De qualquer forma, como observado no capítulo 3, a designação de solteira significava apenas que era o estado civil formalizado da paciente. Nesse aspecto, a documentação não permitiu ter uma ideia de conjunto sobre laços familiares e redes de sociabilidade.

<sup>329</sup> No 4º grupo (1919-1925), foram apenas 6 casos distribuídos entre algumas instituições: dois do Hosp. N.S. das Dores; e um nos demais, Hospício N. S. da Saúde; Hosp. São Zacharias; Fundação Gaffré Guinle; Casa de Saude Dr. Abilio. No 5º grupo (1926-1930) foram três casos, vindos do Hosp. S. Sebastião; Hosp. Hahnemanniano; Hosp. N. S. Saúde.

<sup>330</sup> No 4º grupo (1919-1925) - 83% brasileiras e 12% de estrangeiras (9%, Portugal, 2% Espanha, 0,5 Rússia e 0,5 Síria), 4% sem informação. No 5º grupo (1926-1930) - 60,5% brasileiras e 13% de estrangeiras (8% Portugal, 2,5% Espanha, 2,5% Rússia), 26,3% sem informação.

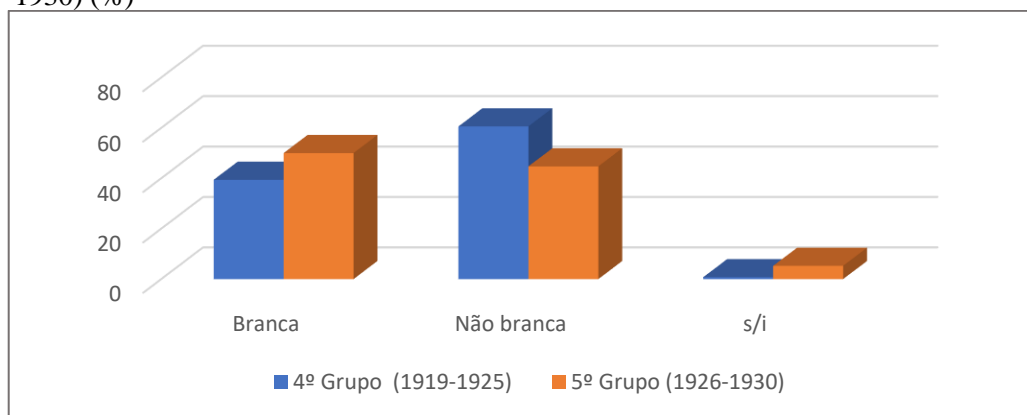
Gráfico 18 – Condição civil das pacientes tuberculosas (entradas entre 1919-1930) (%)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Pela primeira vez, as pacientes brancas ultrapassaram as não brancas (gráfico 19). A taxa percentual dessas mulheres saiu de cerca de 39% no 4º grupo (1919-1925) para 50% no 5º grupo (1926 - 1930). Os percentuais das não-brancas caíram do 4º grupo (1919-1925) – 35% pretas, 25% pardas – para o 5º grupo (1926 - 1930) – 26% pretas e 18% pardas.<sup>331</sup> Talvez isso seja um reflexo da população feminina geral do HNA, mas não foi possível cotejar esses dados com a conjunto geral do hospício e com os índices sociais da população carioca.

Gráfico 19 – Distribuição das pacientes tuberculosas por cor no HNA (entradas entre 1919-1930) (%)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

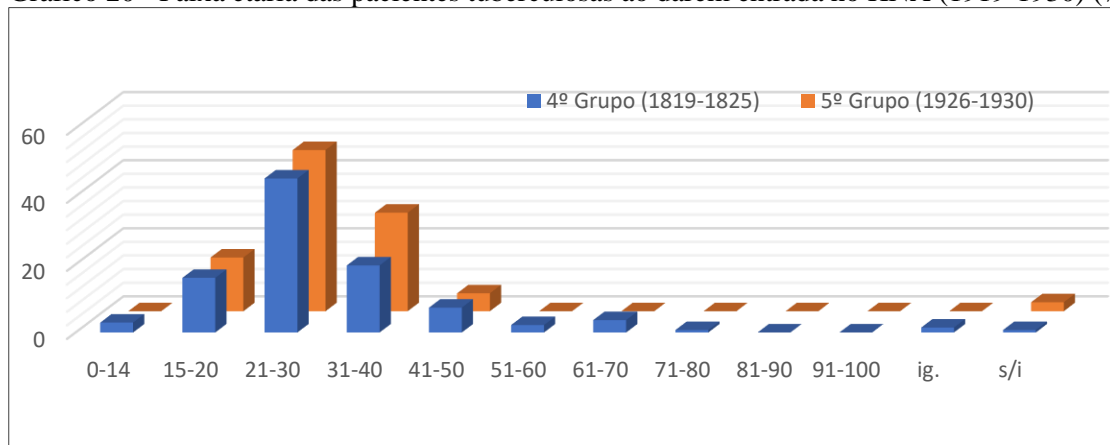
Seguindo a tendência observada nos três grupos anteriores, mais da metade das pacientes tísicas foi internada até os 30 anos, como pode ser visto no gráfico 17. Depois dos 40 anos, a taxa de internações cai sensivelmente nos dois grupos.<sup>332</sup> Um dos aspectos que ajuda a explicar o declínio acentuado de entradas a partir dos 40 anos, é fato de que a expectativa de

<sup>331</sup> A diferença equivale as pacientes sem informação. Dados coletados no Fundo do HNA/IMANS.

<sup>332</sup> Para o período, não foi possível conferir a faixa etária da população masculina.

vida, na década de 1920, continuou relativamente curta, 34.5 anos, segundo Veras (1988:389). Uma das razões para isso eram as doenças infectocontagiosas que impactavam drasticamente a saúde da população.

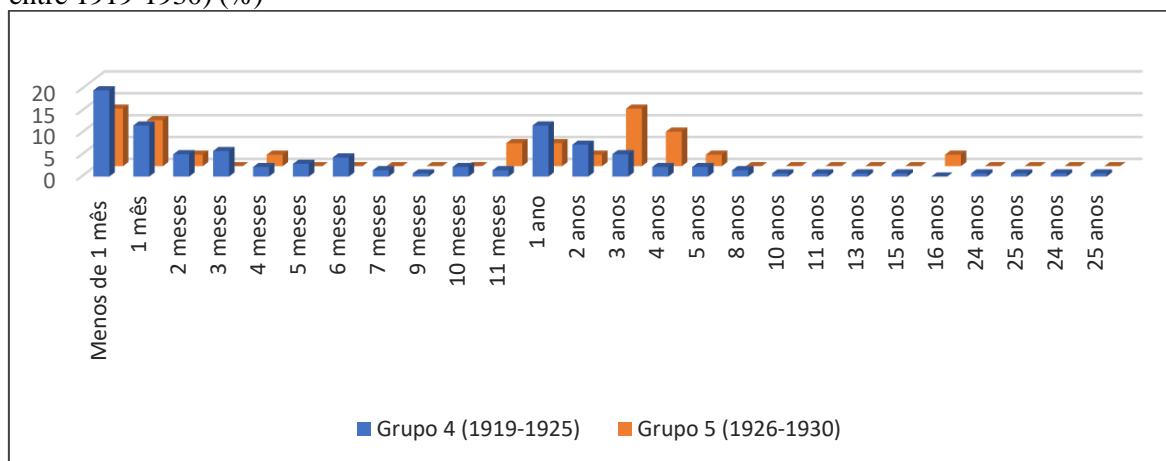
Gráfico 20 - Faixa etária das pacientes tuberculosas ao darem entrada no HNA (1919-1930) (%)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Os expedientes clínicos evidenciam que, mesmo havendo possibilidade de sobrevida para algumas pacientes, como visto no capítulo 3, a maioria das alienadas tuberculosas foi a óbito, por tuberculose pulmonar. Apesar da falta da avaliação médica de grande parte das enfermas, é notável que muitas delas chegaram ao HNA em grande estado de miserabilidade orgânica e psíquica, pelo que foi possível apurar pelo tempo de permanência das tísicas no hospício. No gráfico 20, notamos a prevalência de pacientes que ficaram pouco tempo no HNA e de um grupo que conseguiu viver por poucos anos. Em casos esporádicos, algumas mulheres conseguiram viver por muitos anos. Essa dinâmica é semelhante à que observamos no período anterior a 1919.

Gráfico 21 - Período de permanência das pacientes tuberculosas no HNA antes de irem a óbito (entradas entre 1919-1930) (%)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Pelo menos 20% das pacientes do 4º grupo (1919-1925) e 13% do 5º grupo (1926-1930) morreram com dias de internada no HNA. Ao somarmos as porcentagens das que foram a óbito com menos de um ano de internação, a taxa chega a pouco mais de 57% no 4º grupo (1919-1925) e 34% no 5º grupo (1926-1930). Quer dizer, em relação ao 3º grupo (1908-1918), analisado no capítulo 3, houve um aumento de 15% no número de pacientes, entre 1919-1925, que buscaram no hospício um leito para morrer. Uma parte dessas doentes já deu entrada no HNA com poucas chances de vida. Possivelmente, esse aumento decorria das dificuldades socioeconômicas do período e dos problemas sanitários do HNA. Além da superpopulação, a instituição tinha a higiene de seus espaços e pacientes comprometida por constante falta d'água.

No total, no 4º grupo (1919-1925), os óbitos foram de 87%, as licenças e altas 6% cada. No 5º grupo (1926-1930), os óbitos caíram para 79%, as licenças aumentaram para 10.5% e as altas 8%. A diferença decorre da falta de informação de alguns casos. Contudo, houve o declínio das mortes no 5º grupo (1926-1930), contrabalançadas por maior número de altas e licenças. Esse dado coincide tanto com o menor fluxo de entrada de tuberculosas (gráfico 16) quanto com a inauguração do Pavilhão Alaor Prata, em 1926. São indícios de que a menor pressão por vaga no hospício e a melhoria na assistência das tuberculosas pode ter contribuído para o declínio da taxa de óbitos.

Maria Dolores<sup>333</sup> é uma das oriundas da Santa Casa da Misericórdia e representante das mulheres que encontraram no hospício um leito para passar os últimos dias de vida. Brasileira, preta, 29 anos, solteira, doméstica, filiação ignorada, foi enviada para o HNA “por ter manifestado desordens mentais”, segundo o informe do Dr. Marcos Santos. Ela deu entrada no Instituto de Neuropatologia (PO)<sup>334</sup>, em 29 de julho de 1919, num estado de astenia profunda; desorientada no tempo, lugar e meio; afetividade presente, associação de ideias comprometida; parece que não apresentava alucinações ou delírios... A paciente foi transferida imediatamente para a Seção Esquirol, por sofrer de tuberculose pulmonar, recebendo o diagnóstico de confusão mental, mas ela não chegou a ser transferida para o serviço de isolamento da tuberculose. Dolores faleceu 10 dias depois. Seu óbito foi assinado pelo Dr. Ernani Lopes.

Ela também é representante de um grupo expressivo de pacientes diagnosticadas com confusão mental.<sup>335</sup> Um aspecto que pode nos dizer muito sobre o perfil psíquico de parte das

---

<sup>333</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 96,15.

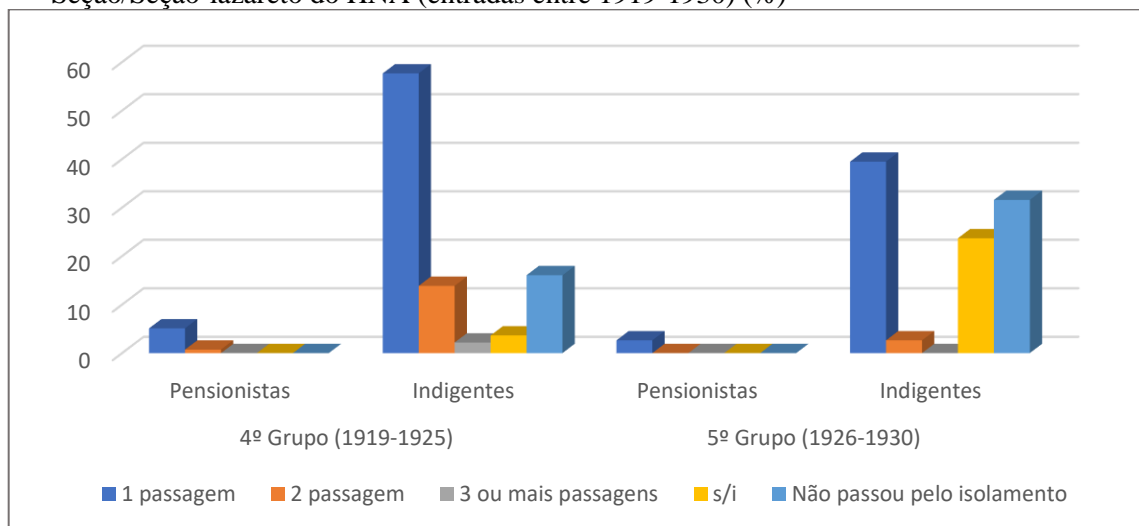
<sup>334</sup> Em 1911 o Pavilhão de Observação foi ampliado, com a criação do Instituto de Psicologia Experimental e o Instituto de Neuropatologia, que comportava então os pavilhões de Admissão, Neuropatologia e Doenças Nervosas (FACCHINETTI et al., 2010:762).

<sup>335</sup> No 4º grupo (1919-1925) 30% das internas tuberculosas receberam o diagnóstico de confusão mental e no 5º grupo (1926-1930) foram 26% pacientes.

pacientes tuberculosas e sobre aspectos conceituais da prática médica do HNA, na década de 1920, pois a frequência do diagnóstico de confusão mental aumentou muito em relação aos três grupos anteriores, tal como ser averiguado no tópico 3.3 do 3º capítulo.<sup>336</sup>

Um último ponto que nos interessa abordar é a passagem pelo isolamento na 4ª Seção/seção-lazareto. Boa parte das tísicas foi isolada uma única vez, como pode ser visto no gráfico 21. Houve um declínio na taxa de isolamento das pacientes indigentes e pensionistas do 4º grupo (1919-1925) para o 5º grupo (1926-1930). Também, chama a atenção o fato de que praticamente dobrou, de um grupo para outro, a taxa das tuberculosas que não chegaram a passar pelo isolamento. Pelo que apuramos<sup>337</sup>, uma parcela corresponde aos casos de pacientes que encontraram no HNA um lugar para morrer. Nesse sentido, nos parece que havia uma seleção das pacientes que eram transferidas para isolamento. A falta de leitos pode explicar a necessidade da seleção, mas também podiam ser casos considerados perdidos, sem chances de responder ao tratamento *outdoor*. Ou quem sabe seriam pacientes agitadas, como o exemplo de Glória, mencionado no capítulo 3. A grande questão, que fica sem uma resposta, é como a direção do HNA administrava os casos infectocontagiosos nas seções comuns, tão superlotadas.

Gráfico 22 – Número de passagens das pacientes tuberculosas pelo isolamento da 4ª Seção/Seção-lazareto do HNA (entradas entre 1919-1930) (%)



Fonte: Dados coletados no Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

<sup>336</sup> Apesar da importância desse tópico, optamos por tratar dessa e outras questões conceituais em um trabalho futuro, que nos permita melhor aprofundamento bibliográfico.

<sup>337</sup> De 22 pacientes não isoladas do 4º grupo (1919-1925), 13 morreram com menos de três meses; no 5º grupo (1926-1930) de 12 enfermas, 10 faleceram antes de três meses.

Vale destacar as trajetórias de Rosália<sup>338</sup>, um pensionista de 4ª. classe, e Evelina<sup>339</sup>, uma indigente. As duas passaram pelo PAP e são exemplos de como familiares atuava no processo de internação de um membro da família. Primeiro, vejamos o caso de Rosália: uma jovem de 23 anos, brasileira, branca, casada, doméstica, filiação ignorada e procedente do 30º Distrito Policial. Na Repartição Central da Polícia do Distrito Federal, o perito registrou os seguintes informes: seus antecedentes familiares não puderam ser obtidos através das pessoas que a acompanhavam; sabia-se que tivera ataques; apresentava atitude calma; fisionomia aparvalhada; falava com dificuldade; tinha estatura baixa; compleição pequena e franzina; reflexos rotulianos exagerados; não tinha noção do meio, nem de lugar, nem de tempo; não conseguia associar e coordenar bem as ideias; e tinha lembranças confusas do passado. O médico anotou como sugestão diagnóstica (seguida de uma interrogação): epilepsia. Em 19 de julho de 1922, ela deu entrada no PO, onde foi descrita como "Mulher de fisionomia tristonha, humor invertido. Conta-nos que sofre de ataques desde criança; tem antes tonteiras, dores de cabeça, e logo após tem ataques, por vezes ferindo-se muito. Após o ataque se sente muito abatida e delirante." Dr. Henrique Roxo anotou que a doente tinha a afetividade presente, boa iniciativa e associação de ideias, e confirmou o diagnóstico de epilepsia. Rosália foi encaminhada para a Seção Esquirol, mas seu marido comprometeu-se, por carta, a pagar-lhe o cuidado na 4ª classe da Seção Morel – pela diária de 3.000 reis e mais 4.500 para lavagem e engomagem de roupa. Ela ficou na Seção Morel até ser transferida, em 15 de junho de 1928, para o Pavilhão Alaor Prata, onde provavelmente faleceu três meses depois, de tuberculose pulmonar. Seu óbito foi assinado pelo Dr. Eurico Sampaio.<sup>340</sup>

Quanto à Evelina, não temos muitos dados sobre seus exames clínicos. Sabemos que ela tinha 30 anos, era brasileira, branca, casada, doméstica, sem informações de filiação, moradora do Flamengo. Sua foto demonstra que ela estava bem magra, tinha os olhos fundos, os cabelos compridos e encaracolados, soltos, ligeiramente desarrumados. Na guia de encaminhamento da Polícia há a menção ao resultado de exame laboratorial, "Koch positivo". Evelina entrou no PO, em 14 de fevereiro de 1928, e foi alocada na Seção Esquirol quatro dias depois. Seu diagnóstico foi de esquizofrenia. Tempos depois, ela foi transferida para o Pavilhão Alaor Prata, no dia 29 de julho de 1929. O último apontamento administrativo indica que foi licenciada por 6 meses, em 26 de agosto de 1929, a pedido da irmã, com a aprovação do Dr.

---

<sup>338</sup> Fundo do Hospício Nacional De Alienados/IMASNS, dossiê DC 122,79.

<sup>339</sup> Fundo do Hospício Nacional De Alienados/IMASNS, dossiê DC 158,81.

<sup>340</sup> Eurico de Figueiredo Sampaio formou-se pela FMRJ, em 1922. Orientado por Henrique Roxo, defendeu a tese: *A Influência do Tipo Social na Alienação Mental* (SAMPAIO, 1922), que consistia numa pesquisa sobre o perfil dos pacientes internados no HNA e em outras instituições asilares da Capital Federal. (COSTA, 2008; 189)

Eurico Sampaio. Quer dizer, Evelina é mais uma a ilustrar que, no HNA, a entrada por tuberculose não significava, de imediato, a imposição do isolamento na 4ª. Seção/seção lazareto. Ao mesmo tempo, sua trajetória nos demonstra que era possível sair de licença, sob requisição da família.

Os casos de Rosália e Evelina exemplificam também como os registros administrativos deixam margens para dúvidas e erros de interpretação. Suas fichas das seções do HNA não fornecem informações sobre filiação e residência, embora indiquem o departamento policial de procedência. Aspecto que se aplica a inúmeras pacientes da década de 1920. Quer dizer, nos dossiês de pacientes do período (1919-1930), só é possível constatar a existência de relações familiares e contatos para comunicação quando essas informações são fornecidas por documentos anexos (como pedidos de internação, transferência ou licença). Nesse sentido, uma análise apressada poderia facilmente inferir que a maioria das pacientes não tinham referências familiares e endereço de residência, sendo provenientes das ruas.

Entretanto, essa consideração não exclui ocorrências de doentes recolhidos nas ruas, considerados perigosos ou em situação de desamparo, em estado de miserabilidade orgânica e psíquica, vítimas dos males da pobreza (que inclui a tuberculose). Encontramos exemplos muito eventuais nesse sentido, como no caso de Dona Izaltina<sup>341</sup> – brasileira, preta, 70 anos e doméstica – que foi encontrada vagando pelas ruas. Desmemoriada, ela foi diagnosticada com demência senil e levada para o PO, em 18 de maio de 1924. Identificada a tuberculose, passou pela Seção Esquirol e de lá foi para o Pavilhão De Simoni, em 20 maio de 1924, falecendo um ano depois. Seu óbito foi assinado pelo Dr. Aduino Botelho.<sup>342</sup>

Por fim, resta sublinhar que a experiência de confinamento foi diferenciada para grande parte das enfermas que passou pelo tratamento *outdoor*, no hospício da Praia da Saudade. Na maior parte do dia, elas ficavam nas varandas abertas e/ou sob as árvores do entorno dos pavilhões de doenças infectocontagiosas. O isolamento se dava muito mais pelo estigma da condição de tísico, do que por muros ou pela vigilância de guardas que pudessem impedir o contato com outros doentes da instituição. Pelo menos, é o que nos faz pensar o testemunho do

---

<sup>341</sup> Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiê DC 133,46.

<sup>342</sup> O mineiro Aduino Junqueira Botelho (1895-1963) passou por vários cargos no HNA (1918-?). Fundou o Sanatório Botafogo, junto com Pedro Pernambuco Filho, Ulysses Vianna e A. Austregésilo, em 1921. Esteve à frente da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal (1938-1941), do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1941-1954), do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (1956-1958) e do Jornal Brasileiro de Psiquiatria (-). Foi membro da Liga Brasileira de Higiene Mental, Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal e da Academia Nacional de Medicina (MARTINS, 2018).



escritor Lima Barreto<sup>343</sup>, em *Diário do hospício – O cemitério dos vivos*, ao descrever um dos seus passeios pela chácara do hospício:

Havia por ela outros pavilhões, além do de observação. Havia o de epiléticos, o de tuberculosos, e neste eu vi um chim, no último grau, deitado numa cama, debaixo de uma árvore frondosa, que me lembrou de novo o Cemitério dos vivos de Cantão. Ele tinha todas as duas magrezas: a de tuberculoso e a de chim; e, falando a Misael, eu me admirei que não tivesse tido piedade dele. Quis afastar-me logo; e o china nos ofereceu cigarros. Recusei, por temer o contágio. (...)

Continuamos a nossa peregrinação. A tarde ainda está alta e clara; a noite ainda se demoraria a vir. (BARRETO [1956], 1993, p. 154-155)

\*\*\*

Ao longo da década de 1920, a Assistência avançou em alguns aspectos que eram motivo de constantes queixas, desde ao menos o fim da primeira década do século XX. Tudo indica que a nova configuração da saúde pública refletiu no HNA pois, ante os inúmeros problemas do hospital e recursos limitados, as escolhas administrativas de sua Direção Geral foram para melhorar o setor de infectocontagiosos, tanto a assistência da tuberculose como da sífilis e das doenças venéreas. Tais escolhas podem ser relacionadas à importância que tais doenças adquiriram nas discussões políticas da época, quando o DNSP e o código sanitário passaram por mudanças. E além do mais, a urgência dos problemas esteve sempre em discrepância com a morosidade dos processos políticos e burocráticos.

Igualmente observamos as instâncias de governo agindo, no âmbito do HNA e da Assistência a Alienados, de modo bastante irregular. Ora se omitindo ora respondendo emergencialmente às demandas institucionais de Juliano Moreira. Assim, as providências oficiais demoravam a tomar forma, se perdiam em custos orçamentários e processos burocráticos. As soluções eram quase sempre parciais e temporárias. Neste contexto, a criação do Pavilhão Alaor Prata foi fruto de uma conjuntura política favorável, da qual o diretor conseguiu extrair alguns benefícios para o hospício e, com isso, melhorar as condições de atendimento das pacientes isoladas pela tuberculose, que há tanto tempo ansiava. Portanto, de modo algum, podemos afirmar a existência de um Estado totalmente ausente e, muito menos,

---

<sup>343</sup> O escritor Lima Barreto (1881-1922) esteve internado em 1914 e em 1919. O livro resultou de suas anotações como paciente no hospício, entre 1919 e 1920, mas suas memórias só foram publicadas pela primeira vez em 1953, em *Diário Íntimo*, do qual fazia parte *O diário do Hospício e Cemitério dos Vivos* (BARBOSA, 2002: 309).

que a assistência psiquiátrica no HNA fosse vista como um problema político de primeira ordem.

Grande parte do HNA estava em plena deterioração e com limitados recursos para cuidados básicos, como qualquer hospital. Faltavam água, sabão, remédios, vestuário, alimentos, o que contribuía para a higiene precária dos internados, e criava ambiente favorável para que doenças epidêmicas e infectocontagiosas se alastrassem. Apesar do declínio evidente, o HNA continuou recebendo pacientes em estágio avançado da doença e com poucas chances de conseguirem se beneficiar do tratamento especializado da instituição. Muitos desses pacientes permaneciam nas grandes seções do HNA, representando mais ameaça de disseminação da tuberculose.

O excesso de pacientes, a falta de condições de trabalho, para médicos e funcionários de apoio, o despreparo profissional e os limitados salários... Tudo contribuía para a acomodação e a corrupção de alguns funcionários (como apontam as denúncias de desvio de alimentos e materiais do hospital, bem como a indiferença com a situação dos enfermos), formando um círculo vicioso difícil de ser quebrado.

As muitas denúncias na imprensa e pedidos de inquérito externos contra a direção do HNA, pelo que conseguimos apurar, não foram adiante, até porque Juliano Moreira reportava frequentemente, por ofício ou pessoalmente, ao Ministro da Justiça as irregularidades ocorridas no HNA. Segundo a historiografia, na década de 1920, Juliano Moreira continuou sendo figura chave na internacionalização da ciência brasileira. Chegou ao ápice de sua carreira científica, não só participando de eventos científicos em diversos países como alcançando amplo reconhecimento internacional. Em 1928, por exemplo, recebeu do Imperador do Japão a insígnia “Ordem do Tesouro Sagrado”, destinada aos “consagrados da ciência mundial”; e em 1929, tornou-se membro honorário da Sociedade de Neurologia e Psiquiatria de Berlim, da Sociedade Médica de Munich e da Cruz Vermelha Alemã.<sup>344</sup> (MUNÕZ, 2015:210; IVO e FREITAS, 2020: 43.) De acordo com Venancio e Saiol<sup>345</sup>, a atuação científica de Juliano Moreira continuou sendo divulgada na imprensa até, pelo menos, 1930.

A década de 1920 terminou com grande conturbação política. O movimento armado, pela deposição de Washington Luís, alcançou seu intento e assumiu o comando do país. A instauração do Governo Provisório, chefiado por Getúlio Vargas, redundou em nova

---

<sup>344</sup> Vide Muñoz (2015), Ivo e Freitas (2020).

<sup>345</sup> Artigo a ser publicado, sob o título: *1930: a aposentadoria do Dr. Juliano Moreira nas páginas da imprensa carioca.*

estruturação política, na qual a Assistência aos Psicopatas foi colocada sob a alçada do Ministério da Educação e Saúde Pública, criado em novembro de 1930. Não demorou muito para Juliano Moreira se aposentar ou ser aposentado, em 10 de dezembro de 1930, encerrando longo período à frente do HNA e da Assistência aos Psicopatas. Três anos depois, foi vencido pela tuberculose que o acompanhara por quase toda a vida.

## Conclusão

Chegamos ao final deste estudo em meio à pandemia da covid-19, sofrendo e observando tensões diversas frente a ameaças imprevisíveis. O medo faz parte do processo – o de contrair o tal vírus, que pode afetar os pulmões e levar à dolorosa sensação de sufocamento; o de ser obrigada a passar pelo isolamento, envolta na atmosfera gelada dos ambientes hospitalares; o da possibilidade de ficar doente e não haver leito hospitalar disponível; o de morrer longes das pessoas mais queridas; o de ser um foco de contágio e colocar em risco a vida do outro. Sem dúvida, é uma experiência insólita e o esforço de afastar o medo é diluído pelas notícias que chegam a todo instante sobre o aumento do número de infectados e mortos.

Com todo o avanço da ciência do século XXI, estamos longe de certezas científicas sobre a covid-19. Diante disso, o distanciamento e o isolamento social são recomendados para conter a disseminação do vírus. É surpreendente que, hoje, o isolamento continue sendo a estratégia mais eficaz diante de um microrganismo desconhecido que ameaça milhões de vidas. Porém, mesmo parcial, o isolamento só é possível para uma parcela mais abastada da sociedade. Para uma grande maioria, a vulnerabilidade é quase uma condição de vida, por vários motivos. Necessidade de trabalhar fora; condições de moradia inapropriadas; falta dos recursos básicos para a prática das medidas de higiene recomendadas, entres outras carências. Olhando por esse ângulo, parece que não progredimos muito em relação à sociedade carioca do início do século XX, quando as más condições sanitárias, de vida e de trabalho das classes trabalhadoras as tornavam vítimas preferenciais da tuberculose e de outras doenças infectocontagiosas.

O impacto do vírus em todas as esferas da vida, individual e coletiva, aponta a urgência por soluções eficazes, mobilizando comunidades científicas de todo o globo. Enquanto isso, as tensões políticas, socioeconômicas e sanitárias se multiplicam por toda parte. Guardadas as devidas diferenças históricas, o que entrevemos nas nossas fontes médicas, do final do século XIX e início do XX, é também o senso de urgência frente ao combate à tuberculose pois, por todo lado, a doença fazia vítimas, principalmente nos grandes e aglomerados centros urbanos. Soma-se a isso o agravante desta enfermidade assumir frequentemente a condição crônica, consumindo suas vítimas de forma gradativa, e tornando-as potenciais disseminadores da peste branca.

Nos ambientes hospitalares, a promiscuidade entre os tísicos e doentes passou a ser vista como danosa para pacientes, médicos, enfermeiros e demais funcionários. Como ocorria com

outras instituições, o HNA também sofria com a tuberculose e outras mazelas epidêmicas. As vezes em defesa do isolamento dos focos de contágio se somavam aqui e no estrangeiro.

Eram principalmente as pessoas mais pobres e vulneráveis que recorriam ao hospital, mormente quando a tuberculose já estava em estágio avançado e depois de a terem espalhado a outros. Muitas das pacientes buscavam no hospício um leito para morrer ou talvez na esperança de uma exitosa recuperação. Há quem tenha passado por várias instituições, como a Santa Casa da Misericórdia, sem serem aceitas por causa da infecção aparente ou por não haver vaga para tantas doentes na mesma condição.

A investigação sobre a tuberculose, sob a ótica institucional, nos permitiu compreender como a contagiosidade da doença se entrelaçava a várias questões, aproximando a realidade do HNA à de outras instituições de mesma natureza, no Brasil e no contexto internacional. Podemos afirmar que os postulados bacteriológicos colocaram, no campo da medicina mental, o olhar científico em confronto com a realidade das instituições para alienados. Além de trazerem à tona os desafios sanitários dessas instituições, expunham a trágica realidade de seus doentes, vítimas frequentes da tísica. Nesse sentido, o maior entendimento da coexistência da tuberculose com a enfermidade mental contribuiu para mudanças no modo de pensar a configuração da instituição asilar e de assistência aos alienados.

Segundo o raciocínio psiquiátrico, o problema da infecção pelo bacilo de Koch, dentro dos asilos para alienados, não diferia muito do discurso científico sobre a realidade dos hospitais gerais: quanto maior a população e a promiscuidade entre doentes com moléstias diversas, maior a dificuldade de proceder os métodos profiláticos e de desinfecção dos espaços hospitalares e, portanto, mais difícil (se não impossível), controlar a propagação da enfermidade. Assim, o entendimento de que as más condições sanitárias da instituição contribuía para a disseminação interna das doenças infectocontagiosas, depondo contra a imagem institucional e a direção hospitalar, colocou em pauta o desafio de aplicar o armamento antituberculoso em espaços sem estrutura adequada e superpopulosos. Os médicos observavam as dificuldades de entendimento e a necessária mudança comportamental para o enfrentamento da tísica, provenientes das singularidades da doença mental. No caso do HNA, o combate ao contágio interno incluiu assistência especializada no atendimento das intercorrências infectocontagiosas, atendendo à demanda interna dos próprios alienistas, em consonância com as mudanças do código sanitário e com as inferências científicas sobre a contagiosidade da doença e os meios de preveni-la.

Constamos também que o grande número de tuberculosos e a especificidade da doença levaram a gestão de Juliano Moreira a consolidar medidas de isolamento no HNA, criando e expandindo a 4ª. Seção de moléstias infectocontagiosas (“seção-lazareto”), com a abertura de pavilhões especiais para os fímatosos. Isso reforçou o envio de tais doentes para o hospício. Na capital, a precariedade da assistência à saúde se manifestava na falta de instituições especializadas para o atendimento aos tuberculosos, como vimos em nosso trabalho. E, de certo modo, a trajetória de muitas das pacientes ilustra os infortúnios na busca por um leito hospitalar na capital, no início do século XX, fosse por serem tísicas e/ou alienadas. Em outras palavras, o sujeito pobre e doente era forçado, pelas circunstâncias assistenciais de sua época, a perambular pela cidade, passando de uma instituição a outra, em busca de socorro médico. Muitas vezes, no Pavilhão de Observação ou em outra seção do HNA encontraram o socorro que buscavam ou, tão somente, um lugar para morrer.

A grande reforma do HNA, que reverteu a imagem de depósito de loucos para lugar de ciência e assistência, começou a dar sinais de esgotamento já no início da década seguinte, com a entrada de cada vez mais doentes. Tal circunstância também se refletiu na 4ª. Seção/seção-lazareto, incluindo os pavilhões de isolamento da tuberculose. Para a população feminina, contudo, houve um arrefecimento desta situação, ainda que temporário, com a abertura de duas novas instituições: a Colônia de Mulheres do Engenho de Dentro (1911), que recebeu parte das internas da Seção Esquirol do HNA, e o Hospital Nossa Senhora das Dores (1914), unidade hospitalar para tísicas, em Cascadura. Tais fatos demonstram como a oscilação da população tuberculosa do hospício refletia questões concernentes ao HNA, à Assistência a Alienados, e ao cenário assistencial do Rio de Janeiro.

A verdade, contudo, é que o problema da presença de fímatosos entre os demais alienados não foi de todo resolvido com o isolamento, não só porque os leitos mostravam-se insuficientes para o fluxo diário de doentes para o hospício, mas também porque nem todos tinham perfil para o tratamento *outdoor*. Portanto, a adoção do isolamento e tratamento especializado da tuberculose no HNA mostrava limites institucionais: primeiro, porque as medidas ali adotadas não foram acompanhadas por outras instituições hospitalares; segundo, porque muitos dos doentes que afluíam para a instituição chegavam com poucas chances de recuperação; terceiro, porque a educação higiênica e a disciplina, indispensáveis para o controle da infecção tuberculosa, corriam sempre o risco de não serem atendidas pelos enfermos mentais, implicando em mais dificuldades no tratamento do problema.

A proposta inicial de um sanatório para os tuberculosos alienados acabou sendo sobrepujada pela função de hospital, voltado para pacientes em estágio avançado da doença e com poucas chances de recuperação, segundo a diferenciação dada por Afrânio Peixoto (1913). Os pavilhões para doentes tuberculosos serviram, mais frequentemente, como um lugar para se morrer do que de educação higiênica e recuperação da saúde, embora a melhora da doença tenha ocorrido em alguns casos. A história do setor de tuberculose do HNA demonstra que, em termos de saúde pública, medidas sanitárias isoladas foram pouco eficientes, devido à sobrecarga de serviço e ao declínio sanitário.

Além disso, não surpreende o fato de que a maioria de nossas pacientes alienadas e tuberculosas fossem provenientes das classes populares, e que muitas delas já chegassem ao hospício com os sinais avançados da infecção bacilar, refletindo a realidade da moléstia tantas vezes denunciada na época, como a “praga do pobre”. Contudo, os perfis das pacientes tuberculosas do HNA parecem mais pertinentes ao desamparo político-social do que de indivíduos recolhidos das ruas, por perturbarem a ordem, frutos da vigilância policial. Desamparo este que também pode e deve ser entendido de diferentes modos, como o abandono de si; da desobrigação familiar; da falta de políticas mais amplas de assistência à saúde; da não inserção educacional, entre outras tantas exclusões sociais.

Podemos afirmar que tratamos de uma realidade que exigia superação – dos limites institucionais, dos conhecimentos acerca da doença, de questões pessoais, da dor (física e emocional), da morte sempre à espreita. As dificuldades no hospício atingiam a todos, sem exceção. Como deixou registrado Lima Barreto sobre seu período internado no HNA: “Um dos horrores de qualquer reclusão é nunca poder estar só.” (BARRETO, 1993: 166)

Semelhante a mirada de Ablard (2008) sobre o Hospício de las Mercedes e o Hospital Nacional de Alienadas, em Buenos Aires, os médicos enfrentavam o desafio diário de trabalhar em estabelecimentos hospitalares incompatíveis com os projetos idealizados na área psiquiátrica. Diante da realidade, críticos aos desvios da assistência aos alienados, propunham novos projetos para dar solução aos problemas internos, muitos decorrentes do excessivo número de doentes. Projetos que demandavam as vezes anos de negociação política para serem colocados em práticas e, quando executados, logo mostravam-se insuficientes.

Para os facultativos, o olhar científico era um meio não só de lidar com incontáveis tragédias humanas como extrair delas conhecimento. Neste sentido, um surpreendente achado do nosso trabalho é o fato de que os científicos locais, ligados ao círculo de Juliano Moreira, expandiram suas investigações sobre a tuberculose para além da questão mental. Por trás do

diversificado interesse pela tuberculose estava o pensamento organicista, no campo da medicina mental, e a busca por respostas mais eficazes para o entendimento da tuberculose – suas formas de manifestação e comprometimento da saúde dos doentes, os melhores métodos de diagnóstico e de tratamento etc. Portanto, os cientistas locais participavam do esforço da ciência global pelo tratamento eficiente da tuberculose e dos problemas colocados pela doença. As investigações partiam tanto da análise de estudos nacionais e estrangeiros, como da vivência institucional. E trataram de aspectos diversos, envolvendo questões conceituais, epidêmicas, terapêuticas, institucionais, socioculturais e políticas. De certo, no processo, havia anseios por prestígio profissional, melhor posição na (e da) instituição, superação pessoal, obtenção de mais investimentos etc.

Nessas reflexões, ciência e assistência aparecem entrelaçadas, como na abordagem de Afranio Peixoto (1913), sobre a assistência ao tuberculoso na cidade do Rio de Janeiro; ou o uso da estrutura hospitalar do HNA e de seus pacientes no processo de investigação, como apontam estudos e experiências terapêuticas de Waldemar de Almeida no período de 1908-1918. Neste último caso observamos como os pavilhões de isolamento da tuberculose do HNA serviram de laboratório para o estudo dessa moléstia, à semelhança do que já vinha sendo feito em outros países. Efetivamente, houve interesse em aprofundar e discutir o tema da tuberculose internamente, em círculos científicos internacionais (através de encontros e periódicos especializados e diversos mecanismos de intercâmbio científico) e também na imprensa leiga. Não podemos deixar de ressaltar que os pavilhões da 4ª. Seção/seção lazareto foram espaços de prática médica para jovens recém-formados da FMRJ, como Waldemar de Almeida, Rocha Vaz e Eurico Sampaio, que atuavam na psiquiatria e na clínica geral, e conquistaram, assim, ampla experiência no trato das doenças infecciosas, principalmente da tuberculose.

Além da terapia do clima e da rotina higiênico-dietética, já empregadas desde o século anterior, drogas e fórmulas foram testadas para reestabelecer as forças do doente, embora pudessem ser altamente arriscadas, como no tratamento de M. C. por Waldemar Almeida. Da mesma forma, parece que não era incomum recorrer a corpos, vivos ou mortos, dos doentes mentais para averiguar linhas de raciocínio científico, bem como para experimentar recursos invasivos, como atestam as experiências de Faustino Esposel, com o uso de correntes elétricas, ou Edgar de V. Abrantes, com a aplicação do pneumotórax artificial. Diante da constatação de que indivíduos em grande estado de sofrimento psíquico e físico foram manipulados, de forma arbitrária, pelos científicos, o sentimento de perplexidade foi inevitável!



Cabe pontuar que a leitura do HNA, a partir dos cenários em transformação, demonstra o quanto a instituição estava entranhada em debates e negociações em cima das novas diretrizes, no campo da saúde pública. Pela sua inserção urbano-sanitária, o hospício teve que se ajustar às mudanças geográficas da capital federal. Por estar situado no caminho de expansão e de valorização das áreas nobres da cidade, foi compelido a negociar seu patrimônio por mais de uma vez. E, por seus múltiplos papéis, teve que se reformular nos campos assistencial, científico e sociopolítico. Neste sentido, há que se ressaltar as atuações de vários de seus personagens, como Teixeira Brandão, Juliano Moreira, Marcio Nery, Miguel Pereira, Afranio Peixoto, Antonio Austregesilo, Gustavo Riedel, Rocha Vaz, entre outros, peças-chaves no jogo intelectual e político-institucional.

Na década de 1920, a direção lutou para retomar o ideal científico na assistência aos alienados, mas isso não impediu que as deficiências da instituição fossem denunciadas nas páginas da imprensa – com pacientes obrigados a dormir no chão, incompetência, indiferença, corrupção, superpopulação, má qualificação dos profissionais de enfermagem, problemas de saneamento de esgoto e suprimento de água etc. Diante desse quadro, fica evidente a insalubridade do hospício, que favoreceu as doenças intercorrentes e infectocontagiosas, a exemplo dos distúrbios digestivos, da tuberculose, entre outras moléstias epidêmicas. Se houve, por um lado, uma melhoria das condições de acomodação para os doentes acometidos de tuberculose, isso não parece ter resultado em grandes avanços no seu controle dentro do HNA.

Mesmo que o quadro geral do hospício na década de 1920 fosse de deterioração das condições sanitárias, buscamos não olhar a realidade dessa instituição de forma monocromática e preferimos encarar a multiplicidade de cores e cenas concomitantes: doentes descalços, nus ou portando trajes imundos; carregando latinhas sujas, à espera da refeição; dormindo em colchões podres ou no chão; enfermos que viviam o abandono de si mesmos, da família, da sociedade; outros que recebiam roupas limpas e frutas de familiares e visitantes; alas fétidas e deterioradas; e ao mesmo tempo, o surgimento de setores novos e modernos; médicos e estudantes que circulavam com uniformes alvos e higienizados, carregando cadernos de registros debaixo do braço; funcionários que se desdobravam em meio à imensidão de doentes; outros que tudo viam com indiferença; escassez de comida no prato; e, na madrugada, o desvio de provisões pelo portão dos fundos, para benefícios de alguns... Cenas contraditórias, lado a lado, no mesmo hospital, prismas da mesma realidade.

Isto posto, compreendemos que o HNA teve funções múltiplas para a sociedade carioca. Para uma parcela não desprezível de nossas enfermas, a instituição da Praia da Saudade

representou um lugar para se morrer. Para algumas delas o hospício foi um local de cuidado especializado, onde o isolamento para tratar o quadro infeccioso lhes permitiu recuperar as forças e ganhar mais um tempo de vida, dentro do manicômio ou mesmo fora dele. A instituição foi também ambiente de experimentação científica, ao mesmo tempo que representou um lugar de risco pela possibilidade de contágio interno. Enfim, esperamos com esta tese ter reforçado e aprofundado o entendimento de que o hospício foi um espaço – dinâmico, complexo, conflituoso, paradoxal – operado e vivido de diferentes formas pelos diversos sujeitos e atores sociais que por ali passaram.

## Referências

### Fontes

#### Decretos, leis e portarias:

BRASIL. Anais da Câmara dos Deputados (RJ). Resolução do Congresso Nacional N. 268-1906. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, vol. I, 1907, p.92.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 508, de 21 de jun. de 1890. Aprova o regulamento para a Assistência Médico-legal de Alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br> Acesso em: 11 julho de 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 896, de 29 de jun. de 1892. Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistência Médico Legal de Alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br> Acesso em: 11 de julho 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.132, de 22 de dez. de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br> Acesso em: 12 de julho 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.125, de 1º de fevereiro de 1904. Dá novo regulamento a Assistência a Alienados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br> Acesso em: 12 de julho 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.156, de 8 de mar. de 1904. Dá novo regulamento aos serviços sanitários a cargo da União. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br> Acesso em: 15 de julho 2018.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.151, de 5 de jan. de 1904. Reorganiza os serviços da higiene administrativa da União. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br> Acesso em: 08 de julho de 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 1.577, de 6 de dez. de 1906. Autoriza o Presidente da República a conceder ao Dr. Juliano Moreira, diretor alienista do Hospício Nacional de Alienados, um ano de licença, com o respectivo ordenado. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br> Acesso em: 20 de julho de 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 8.834, de 11 de jul. de 1911. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br> Acesso em: 20 de outubro de 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 10.821, de 18 de mar. de 1914. Dá novo regulamento à Diretoria Geral de Saúde Pública. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br> Acesso em: 25 de outubro 2019.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 14.354, de 15 de set. de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br> Acesso em: 25 de outubro 2017.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 4.632, de 6 de jan. de 1923. Fixa a Despesa Geral da República dos Estados Unidos do Brasil para o exercício de 1923. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br> Acesso em: 21 agosto 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 16.038, 14 de mai. de 1923. Dá novo regulamento para a administração dos patrimônios dos estabelecimentos a cargo do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Coleção de Leis do Brasil, 1923, vol. 2, p. 439.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 16.300, de 31 de dez. de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br> Acesso em: 21 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 16.769, de 07 de jan. de 1925. Suspende, durante o exercício de 1925, todas as obras públicas que estão sendo executadas, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br> Acesso em: 21 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5148<sup>a</sup>, de 10 de jan. de 1927. Reorganiza a Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br> Acesso em: 21 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 17.805., de 24 de mai. de 1927. Aprova o regulamento para a execução dos serviços da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br> Acesso em: 21 ago. 2016.

DISTRITO FEDERAL. Decreto nº 2.157, de 18 de jul. de 1925. Reconhece logradouro público, com a denominação de Juliano Moreira, a praça que resultou dos melhoramentos executados na confluência das ruas da passagem, Emílio Berla, Itapemirim, Túnel e Ladeira do Leme. Boletim da Prefeitura do Rio de Janeiro, 1925.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 3.270, de 5 de jan. de 1928. Autoriza o prefeito a abrir crédito especial para liquidação com o Conselho do Patrimônio do Ministério da Justiça. Boletim da Prefeitura do Rio de Janeiro, pp. 6-7.

\_\_\_\_\_. Decreto N. 2752, de 3 de fev. de 1928. Abre crédito para pagamento ao Ministério da Justiça. Boletim da Prefeitura do Rio de Janeiro, p. 29.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 2456, de 22 de out. de 1926. Dá a denominação de Avenida Wenceslau Braz ao logradouro resultante das obras de alargamento da atual Rua Emílio Berla. Coleção de Leis Municipais e Vetos, 1926, nº ileg.

\_\_\_\_\_. Decreto N. 2.225, de 17 de out. de 1925. Desapropria prédios e terrenos para execução do Projeto de alargamento das Ruas Emílio Berla, Passagem e Túnel e Ladeira do Leme (...). Boletim da Prefeitura do Rio de Janeiro, p. 91.

\_\_\_\_\_. Decreto 2021, 11 set. de 1924. Baixa novo regulamento para construções, reconstruções, acréscimos, modificações de prédios no Distrito Federal Boletim da Prefeitura do Rio de Janeiro, pp. 73-129.

### **Documentos arquivísticos:**

DIRETOR DE CONTABILIDADE/MJNI. [ofício n. 1624], 04 mai.1929, [para] Diretor da Assistência a Psicopatas. IMASNS, Arquivo Permanente.

\_\_\_\_\_. [ofício n. 2794], 29 jul.1929, [para] Diretor da Assistência a Psicopatas. IMASNS, Arquivo Permanente.

\_\_\_\_\_. [circular n. 71-C] 12 de jan. de 1925. Recomendação de cumprimento do decreto n. 16.769, de 7 de janeiro de 1925. Arquivo Nacional, Fundo OI-GIFI.

\_\_\_\_\_. [ofício nº 09548], 11 fev.1928. Sobre cessão de um terreno para construção de pavilhão enfermaria para isolamento de tuberculosos da Polícia Militar do Distrito Federal. Arquivo Nacional, Fundo OI GIFI.

ENGENHEIRO CHEFE DO ESCRITÓRIO DE OBRAS/MJNI. [ofício n. 185] 03 mar. 1926, [para] o Diretor da Casa de Correção. Orientações administrativas. Arquivo Nacional, Fundo HL, Série Interior IJJ<sup>2</sup> 226.

MOREIRA, Juliano. [ofício n. 125] 14 fev. 1925, [para] Inspetor Geral de Profilaxia da Lepra e Moléstias Venéreas. Responde a impossibilitados de receber doentes referidos em documento, IMASNS, Arquivo Permanente.

\_\_\_\_\_. [ofício n. 57] 24 jan. 1925, [para] Ministro da Justiça e Negócios Interiores. Pede que seja autorizado a executar de obras. IMASNS, Arquivo Permanente.

PENA JR., Afonso. [ofício n. 94/c] 13 mar. 1925, [para] Escritório de Obras do MJNI. Requisita relação de obras em construção. Arquivo Nacional, Fundo OI-GIFI.

\_\_\_\_\_. [ofício n. 3086] 11 nov. 1925, [para] Diretor Geral do DNSP. Entendimento sobre o local que deve ser construído o pavilhão de sentenciados tuberculosos. Arquivo Nacional, Fundo OI-GIFI.

PRATA, Alaor. [ofício s/n] 3(?) ago. 1924, [para] Presidente do Conselho Administrativo dos Patrimônios da Assistência a Alienados. Coleção Prefeitura do Distrito Federal. Série Gabinete do Prefeito.

\_\_\_\_\_. [ofício 1742] 13 ago. 1924, [para] Diretor do Patrimônio da Assistência a Alienados. Coleção Prefeitura do Distrito Federal. Série Gabinete do Prefeito.

### **Matérias jornalísticas e literárias:**

A ESQUERDA. O Palácio dos Suplícios e a impressão desolada do ministro Francisco Campos. *A Esquerda*. Rio de Janeiro, ano IV, n. 904, 18 dez. 1930, p. 1.

ALMANAK LAEMMERT. Conselho dos Patrimônios do Ministério da Justiça. *Almanak Laemmert*, Rio de Janeiro, 1924, p. 642.

A NOITE. A assistência aos tuberculosos começa a ser feita pela Santa Casa: o hospital-sanatório de Cascadura. *A Noite*, Rio de Janeiro, ano II, n. 217, 18 dez. 1911, p. 1.

\_\_\_\_\_. Está dependendo, apenas, do H.N. de A. *A Noite*, Rio de Janeiro, 17 abr. 1924, p. 3.

\_\_\_\_\_. O Palácio dos Suplícios: O desmazelo que lavra no Hospício põe no mais completo abandono os doentes. *A Noite*, Rio de Janeiro, n. 133, 18 dez. 1911, p. 1.

\_\_\_\_\_. O 84º aniversário do Hospício. *A Noite*, Rio de Janeiro, 18 jul. 1925, p. 1.

\_\_\_\_\_. Rio de Janeiro. Ano VII, n. 1825, 16 de jan. 1917, p. 4.

\_\_\_\_\_. Uma visita inesperada do ministro Francisco Campos ao Hospício de Alienados. *A Noite*, Rio de Janeiro, 18 de dez. 1930, ano XX, n. 6849, p. 1.

A RAZÃO. Um sério levante de loucos – No Hospício Nacional de Alienados. *A Razão*, Rio de Janeiro, n. 01131, 29 jan.1920, p. 4.

\_\_\_\_\_. A ciência de fancaria – A revolta de desgraçados esterquilinados no Hospício Nacional. *A Razão*, Rio de Janeiro, ano V, n. 01133, 31 jan.1920, p. 1.

\_\_\_\_\_. No Hospício de Alienados – Até os empregados sofrem as consequências da má administração. *A Razão*, ano V, n. 01152, 20 de fev. 1920, p.5.

A RUA. O Hospital de N. S. das Dores é modelar... mas é o único no Rio. *A Rua*, Rio de Janeiro, n. 108, 20 abr. 1915, p. 1.

\_\_\_\_\_. Os hospitais para tuberculosos – a população da Santa Casa tem trinta por cento de tuberculosos. *A Rua*, Rio de Janeiro, 06 mai. 1915, p. 1.

BARRETO, Afonso Henrique Lima. *Diário do hospício; o cemitério dos vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Depto. Geral de Documentação e Informação Cultural, 1993.

BEIRA-MAR. Melhoramentos de Copacabana. *Beira-Mar*. Rio de Janeiro, ano IV, n. 48, 9 de nov. de 1924, p. 1.

\_\_\_\_\_. As modificações na entrada do Túnel Novo *Beira-Mar*. Rio de Janeiro, ano IV, n. 72, 22 de nov. de 1925, p. 1.

BILAC, Olavo. Inauguração das obras e melhoramentos do Hospital Nacional de Alienados. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, Ano XV, n. 102, 12 abr. 1905, p. 5.

CARETA. Pavilhão De Simoni; Pavilhão Sigaud. *Careta*, ano II, n. 54, jul. 1909, s/p.

\_\_\_\_\_. O Rio Visto do Alto. *Careta*, Rio de Janeiro, 25 mai.1929, p.21.

CORREIO DA MANHÃ. A triste glória de um prefeito. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 18 de mai. 1926, n. 9606, p. 4.

\_\_\_\_\_. Coluna da Prefeitura. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro,18 abr. 1924, p. 5.

\_\_\_\_\_. Coisas sabidas. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro,03 de out. 1926, p. 4.

\_\_\_\_\_. Grave acusação ao Hospício. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 9 de ago. 1928, n. 10303, p. 5.

\_\_\_\_\_. Hospital da E. Deodoro. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, n. 07179, p. 3.

\_\_\_\_\_. O Hospital Nacional de Alienados comemora hoje 84 anos de sua fundação. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, n. 9347, 18 jul. 1925, p. 5.

\_\_\_\_\_. Os hospitais não têm mais lugar para os enfermos – A miséria nesta capital é hoje difícil de descrever. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, n. 5844, 24 dez. 1915, p. 4.

\_\_\_\_\_. Os projetados melhoramentos da cidade. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 02 nov. 1923, p. 6.

\_\_\_\_\_. Tópicos & Notícias. *Correio da Manhã*. Rio de Janeiro, 7 nov. 1923, ed. 9008, p. 8.

\_\_\_\_\_. Uma festa em benefício do Hospital Evangélico. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, n. 09556, 20 mar. 1926, p. 2.

CORREIO DO BRASIL. Hospício Nacional. *Correio do Brasil*, Rio de Janeiro, Ano III, n. 486, 24 abr. 1905, p. 1.

CRITICA. Revoltado com as barbaridades que presenciou no Hospício, veio a nossa redação lançar seu protesto. *Crítica*. Rio de Janeiro, 28 de ago. 1930, n. 560, p. 8.

DIARIO CARIOCA. Assistência a Psicopatas. *Diario Carioca*. Rio de Janeiro, n. 302, 19 jul. 1929, p.4.

DIARIO DE NOTICIAS. “Casadura – Impressão de uma visita ao Hospital. *Diario de Notícias*. Rio de Janeiro, Ano II, n. 283, 17 mar. 1886, p.1.

\_\_\_\_\_. Estatística - Obituário. *Diario de Noticias*. Rio de Janeiro, Ano VII, n. 1717, 26 fev. 1890, p. 3.

\_\_\_\_\_. Estatística - Rio de Janeiro. *Diario de Noticias*, Rio de Janeiro, 5ª. feira, 5 set. 1889, p. 3.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO (DOU). [Exoneração de Julio Trajano de Moura]. *DOU*, de 21 de fev. de 1897, p. 1.

\_\_\_\_\_. De concorrência pública para a construção de um pavilhão de tuberculosos em terrenos do Hospital S. Sebastião. *DOU*, 01 dez. 1925, p. 22102.

\_\_\_\_\_. DNSP/Secretaria Geral. Concorrência Pública. *DOU*, 01 ago. 1926, p. 14984.

DISTRITO FEDERAL. Termo do Acordo celebrado entre o conselho do Patrimônio do Ministério da Justiça e Negócios Interiores e a prefeitura do Distrito Federal para cessão do terreno necessário ao alargamento das ruas Emilio Berla e da Passagem de acordo com o projeto aprovado n. 1564. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, n. 151, 2 jun. 1926, p. 24.

\_\_\_\_\_. Termo do Acordo celebrado entre o conselho do Patrimônio do Ministério da Justiça e Negócios Interiores e a prefeitura do Distrito Federal para cessão do terreno necessário ao

alargamento das ruas Emilio Berla e da Passagem de acordo com o projeto aprovado n. 1564. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 1 jun. 1926, p. 24

FROES, Leopoldo. O Cão Branco. *O Paiz*, Rio de Janeiro, 06 mai.1928, p.2

GAZETA DE NOTICIAS. Um oferecimento do Dr. Juliano Moreira. *Gazeta de Noticias*, Rio de Janeiro ano XLIX, n. 178, 24 jul.1924, p. 1.

\_\_\_\_\_. Desapropriação por utilidade pública. *Gazeta de Noticias*, Rio de Janeiro ano XLIX, 02 dez.1924, p. 4.

\_\_\_\_\_. Justiça - Aprovação de proposta. *Gazeta de Noticias*, Rio de Janeiro, n. 288, 02 dez.1924, p. 6.

\_\_\_\_\_. A Atividade do Prefeito: o trabalho intenso do Sr. Alaor Prata nos últimos dias e o que ele tem feito. *Gazeta de Noticias*, Rio de Janeiro, n. 6195, 28 out.1926, p.3.

\_\_\_\_\_. Crônica. *Gazeta de Noticias*, Rio de Janeiro, Ano XXXI, n. 99, 9 abr. 1905, p. 1.

JORNAL DO BRASIL. Postos de Assistência Pública. Anuário Ilustrado. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 1914, ed.1, p. 312.

\_\_\_\_\_. Professor Juliano Moreira - As homenagens que ontem lhe foram prestadas no Hospital Nacional de Alienados. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 19 jul. 1925, p. 9.

\_\_\_\_\_. Mensagem do Prefeito do Distrito – lida na sessão do Conselho Municipal de 1º de junho de 1926. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, n. 130, 2 jun. 1926, p. 9.

\_\_\_\_\_. Foram descobertos impressionantes atentado dentro da Casa da Correção. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, n. 260, 30.10. 1926, p. 13.

JORNAL DO COMMERCIO. Prêmio Gunning. *Jornal do Commercio*. Rio de Janeiro, ano 68, n. 3, 3 jan.1890, p. 2.

\_\_\_\_\_. Várias Notícias. *Jornal do Commercio*. Rio de Janeiro, n. 331, 27 de nov. 1906, p. 1.

\_\_\_\_\_. Várias notícias. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 19 out. 1923, ed. 288, p. 5.

\_\_\_\_\_. Mensagem do Prefeito do Distrito – lida na sessão do Conselho Municipal de 1º de junho de 1926. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 02 jun. 1926, ed. 130, p. 15.

O BRASIL. Coisas do Hospício! - O H. N. de Alienados precisa de uma limpeza geral e enérgica! *O Brasil*, Rio de Janeiro, n. 9, 15 dez. 1924, p.1.

\_\_\_\_\_. Hospital de Alienados em Foco. *O Brasil*, Rio de Janeiro, n. 980, 12 jan. 1925, p.1.

\_\_\_\_\_. Hospital Nacional de Alienados é ainda uma Casa de Suplícios. *O Brasil*, Rio de Janeiro, ano VI, n. 1786, 17 abr. 1926, p.1.

\_\_\_\_\_. O Hospício cresce... *O Brasil*, Rio de Janeiro, 20 jun. 1926, ed. 1499, p. 8.

\_\_\_\_\_. O Hospício Nacional. *O Brasil*, Rio de Janeiro, n. 963, 29 dez. 1924, p.4.



\_\_\_\_\_. Que Horror! O Hospital Nacional de Alienados é uma cova de Caco – Grave acusações. *O Brasil*, Rio de Janeiro, n. 00047, 23 abr. 1922, p.4.

\_\_\_\_\_. Santas mágoas: As sumidades nacionais imitarão o dr. Carlos Chaga? *O Brasil*, Rio de Janeiro, n. 1143, 26 jun. 1925, p.1.

O CRUZEIRO. Tenente J. Kfuri. *O Cruzeiro*. Rio de Janeiro, n. 83, 1930, p.23.

O IMPARCIAL. No Hospital de Alienados. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, n. 5842, 19 mai. 1927, p. 2.

\_\_\_\_\_. No Hospital de Alienados – O Sr. Presidente da República visita esse estabelecimento hospitalar e as colônias do engenho de Dentro e Jacarepaguá. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, n.05842, 19 mai. 1925, p.2.

\_\_\_\_\_. Pela perfeição da raça brasileira. Façamos o combate ao álcool e intensifiquemos a profilaxia mental. *O Imparcial*, Rio de Janeiro, n. 1570, 8 abr. 1925, p.1.

O JORNAL. A aviação urbana. *O Jornal*, Rio de Janeiro, ano V, n. 1247, 4 fev. 1923, p. 1.

\_\_\_\_\_. O alargamento da rua Emilio Berla. *O Jornal*, Rio de Janeiro, 18 abr. 1924, p. 2.

\_\_\_\_\_. O Hospício tem mais um pavilhão. *O Jornal*, Rio de Janeiro, n. 2298, 10 out. 1926, p. 3.

O PAIZ. A reforma do Hospital Nacional de Alienados. *O Paiz*, Rio de Janeiro, 13 abr. 1923, p. 4.

\_\_\_\_\_. Abertura de Crédito. *O Paiz*, Rio de Janeiro, 06 jan. 1928, p. 2.

\_\_\_\_\_. Abertura de crédito. *O Paiz*, Rio de Janeiro, n. 158124, fev. 1928.

\_\_\_\_\_. Inauguração das obras e melhoramentos do Hospital Nacional de Alienados. *O Paiz*, Rio de Janeiro, Ano XXI, n. 7490, 11 abr. 1905, p. 5.

\_\_\_\_\_. FROES, Leopoldo. O Cão Branco. *O Paiz*, Rio de Janeiro, 06 mai.1928, p.2.

\_\_\_\_\_. Para um melhoramento público. *O Paiz*, Rio de Janeiro, n. 14652, 12 dez. 1924, p. 4.

\_\_\_\_\_. 11ª Conferência Internacional contra a Tuberculose. *O Paiz*, Rio de Janeiro, n. 10633, 17 nov.1913, p.2.

O SECULO. Câmara. *O Seculo*. Rio de Janeiro, n. 7, 27 nov. 1906, p. 2.

REVISTA DA SEMANA, O 84º aniversário do Hospício. *Revista da Semana*, Rio de Janeiro, 25 jul. 1925, p. 27.

## **Relatórios:**

ANDRADE, Nuno de. *Organização Sanitária Marítima do Brasil*. Inspeção Geral de Saúde dos Portos, série Saúde; IS3-35 (1858-1895). Rio de Janeiro: Arquivo Nacional (manuscrito), v. 12, 1890.

\_\_\_\_\_. Comissão de saneamento do Rio de Janeiro - *Relatórios apresentados ao Prefeito Municipal Manoel Victorino Pereira*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 31 agosto de 1896.

ARÁUJO, Urbano Santos da Costa. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1919. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 20 outubro de 2018.

BANDEIRA, Esmeraldino O. de Torres. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1910. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 3 de abril de 2018.

BARROSO JUNIOR, Sabino. *Relatório da Assistência Médico-Legal de Alienados ao Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1902. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 3 de abril de 2018.

BRANDÃO, João Carlos Teixeira. *Relatório da Assistência Médico-Legal de Alienados ao Ministro de Estado e Negócios Interiores Alexandre Cassiano do Nascimento*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1894. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 3 de abril de 2018.

\_\_\_\_\_. *Relatório da Assistência Médico-Legal de Alienados ao Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Antonio Gonçalves Ferreira. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1895. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 3 de abril de 2018.

CALDAS, Rodrigues. Relatório da Colônia de Alienados da Ilha do Governador. In: : ALVES, João Luiz. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1922. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 3 de abril de 2016.

\_\_\_\_\_. Relatório da Colônia de Alienados. In: ALVES, João Luiz. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1923. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 3 de abril de 2016.

CAVALCANTI, Amaro. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1898. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 3 de abril de 2018.

CRUZ, Oswaldo. *Relatório apresentado ao Ministro da Justiça J J. Seabra*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1905. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 16 maio de 2018.

\_\_\_\_\_. *Relatório apresentado ao Ministro da Justiça, Augusto Tavares Lyra*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1907. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 16 maio de 2018.

CORRÊA, Rivadavia da Cunha. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1911. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 20 outubro de 2018.

\_\_\_\_\_. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1912. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 20 outubro de 2018.

CUNHA, Raul Leitão da. Pavilhões de moléstias infectuosas intercorrentes. 4<sup>a</sup>. Seção. In: SEABRA, J.J. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1906. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 abril de 2018

GOUVÊA, Hilario. A Conferência Internacional de Copenhague sobre a tuberculose (26 a 29 de maio de 1904). *Relatório apresentado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores*. Vol. II, Diretoria de Saúde Pública, Rio de Janeiro: Impr. Nacional, março de 1905. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 20 outubro de 2018.

FERREIRA, Antonio G. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1896. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 10 abril de 2018.

FREIRE, D. J. O tratamento da tuberculose pelo método de Koch. *Relatório apresentado ao Ministério dos Negócios do Interior*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1892. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 10 de abril de 2018.

HAVELBURG, W. Sanitary report from Rio – Tuberculosis – Annual report from Campinas. Brasil: 28 jun. 1899. *JSTOR Early Journal Content, Public Health Reports (1896-1970)*, Disponível em: <https://archive.org> Acesso em: 07 julho de 2019.

LYRA, Augusto Tavares de. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1907. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 maio de 2016.

\_\_\_\_\_. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1908. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 maio de 2016.

\_\_\_\_\_. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1909. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 maio de 2016.

MAIA, E. Mattoso. Relatório ao Diretor Geral da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal. In: CASTELLO, Augusto de Vianna do. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores em 1928*. Rio de

Janeiro: Impr. Nacional, 1930. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 maio de 2016.

MAIA, Eusebio Matoso. Relatório administrativo dirigido ao Diretor do Hospício Nacional de Alienados, em 10 de fevereiro de 1909. Arquivo Nacional, Série Saúde, IS<sup>323</sup>.

MATTOS, João de Mello. Administração do Hospital Nacional de Psicopatas [1928]. In: CASTELLO, Augusto de Vianna do. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores em 1928*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1930. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 de abril de 2016.

MELLO, Alfredo P. Vieira de. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1920. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 abril de 2018.

MONCORVO FILHO, Arthur. Atualidades: a tuberculose e as coletividades infantis. *Archivos de Assitencia a Infancia*. Rio de Janeiro: Typ. Baptista de Souza, Ano VI, n. 1, jan-abr, 1913.

MOREIRA, Juliano. Assistência a Alienados. In: SEABRA, J. J. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1906. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 maio de 2018.

\_\_\_\_\_. Assistência a Alienados. In: CHAVES, Joaquim Ferreira. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1922. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 maio de 2018.

\_\_\_\_\_. Assistência a Alienados. In: ALVES, João Luiz. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores* Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1923. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 maio de 2018.

\_\_\_\_\_. Assistência a Alienados. In: ALVES, João Luiz. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1924. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 maio de 2018

\_\_\_\_\_. Assistência a Alienados. In: PENNA JUNIOR, Alfredo. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1926. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 maio de 2018

MOURA, Julio Trajano de. “Museu Anatomopatológico”. In BRANDÃO, João Carlos Teixeira. Assistência Médico-Legal de Alienados. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1894. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 abril de 2018.

NEW YORK STATE. *Ninth anual report of the Manhattan State Hospital at New York to the State Commission in Lunacy for the year ending Septmber 30, 1904*. Disponível em: <https://archive.org> Acesso em: 20 julho de 2019.

NEW YORK STATE *Annual report of the Board of Visitors to the Dept. of Mental Hygiene*. New York State, Albany, Brandow Printing Company, 1905. Disponível em: <https://archive.org> Acesso em: 20 dezembro de 2019.

OLIVEIRA, Lucio de. “Secção Esquirol”. In BRANDÃO, João Carlos Teixeira. *Assistência Médico-Legal de Alienados. Relatório apresentado ao Ministro de Estado e Negócios Interiores*, Alexandre Cassiano do Nascimento. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1894. Disponível em: <http://ddsnnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 abril de 2018.

PEIXOTO, Afranio. *Relatório da Assistência a Alienados ao Ministro de Estado e Negócios Interiores*, J.J. Seabra. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1905. Disponível em: <http://ddsnnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 maio de 2018.

PESSOA, Eptácio. *Relatório do Ministro de Estado e Negócios Interiores apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1899. Disponível em: <http://ddsnnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 abril de 2018.

\_\_\_\_\_. *Relatório do Ministro de Estado e Negócios Interiores apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1900. Disponível em: <http://ddsnnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 abril de 2018.

\_\_\_\_\_. *Relatório do Ministro de Estado e Negócios Interiores apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1901. Disponível em: <http://ddsnnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 abril de 2018.

PINTO, Alfredo. *Relatório apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1920. Disponível em: <http://ddsnnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 abril de 2018.

SANTOS, Carlos Maximiliano Pereira dos. *Relatório do Ministro de Estado e Negócios Interiores apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1915. Disponível em: <http://ddsnnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 20 outubro de 2018.

SEABRA, J.J. *Relatório do Ministro de Estado e Negócios Interiores apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1904. Disponível em: <http://ddsnnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 abril de 2018.

\_\_\_\_\_. *Relatório do Ministro de Estado e Negócios Interiores apresentado ao Presidente da República do Estados Unidos do Brasil*. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1905. Disponível em: <http://ddsnnext.crl.edu/brazil> Acesso em: 5 abril de 2018.

### **Publicações médico-científicas:**

ABRANTES, Edgar de V. Do pneumotórax artificial no tratamento da Tuberculose pulmonar. *Archivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 3. 1913, pp. 165-173.

ALMEIDA, Waldemar de. O problema de assistência aos insanos tuberculosos. *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria*, Rio de Janeiro, ano I, 4º trimestre, 1919, pp.385-411.

\_\_\_\_\_. Resultados terapêuticos n'um caso de confusão mental e tuberculose pulmonar. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XXIX, 1915, pp. 101-103.

\_\_\_\_\_; GUEDES, Luiz José. Perturbações mentais em algumas moléstias infecciosas. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano 12, n. 1, 1916.

ALVARES, José Filipe do Carmo. *Diagnóstico precoce da Tuberculose pulmonar: (valor semiológico das respirações anormais)*. Dissertação Escola Cirúrgica o Porto. Porto Typ. de A. F. Vasconcellos, Suc. 1906.

ALVARO Tavares. Gazeta Médica [transcrito]. *O Paiz*, Rio de Janeiro, 27 de jul. 1910, p. 13.

ANDRADE, Eloy. Contágio da Tuberculose. Rio de Janeiro, *Brazil Médico*, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 9, 01 mar. 1904, pp. 91-92.

AUSTREGESILO, A. Psicoses infectuosas. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, Ano 5,1909, pp. 276-299.

\_\_\_\_\_. Tratamento da tuberculose pulmonar. *Archivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 3, 1º. Sem., 1913, pp. 137-161.

AYRES, Octavio. Tuberculose, tísica e bacilemia. *Archivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 3. 1913, pp. 52 - 56.

BABCOCK, James Woods. The Prevention of Tuberculosis in Hospitals for the Insane. *American Journal of Psychiatry*, v. 51, n. 2, 1894, pp. 182-195.

BARBOSA, Plácido. A peste branca. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, n. 253, 1906, p.3

\_\_\_\_\_. *Um plano de combate à tuberculose na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Typ. Bernard Frères, 1917.

\_\_\_\_\_. *Os serviços de saúde pública no Brasil ... de 1808 a 1907*. Rio de Janeiro, Impr. Nacional, 1909.

BARROSO, Sebastião. O combate a tuberculose no Rio de Janeiro. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XLI, n. 32, 6 de agosto de 1927, pp. 819-822.

BRAZIL-MEDICO. Associações Científicas – 4º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia – Seção de Medicina – Sessão de 28 de junho de 1900. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XIV, n. 53, jul. 1900, pp. 297-298.

\_\_\_\_\_. A tuberculose no Rio de Janeiro. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XLI, n. 37, 10 setembro 1927, p. 969.

\_\_\_\_\_. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano III, n. 44, 1 de dez. 1889.

- \_\_\_\_\_. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XIII, n. 37, 1 de out. 1889.
- \_\_\_\_\_. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano III, n. 32, 1 de nov. 1889.
- \_\_\_\_\_. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano X, N. 45, 01 dez. 1896, p. 28.
- \_\_\_\_\_. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XIV, N. 53, 01 jul.1900.
- \_\_\_\_\_. Congresso para a Luta contra a Tuberculose, realizado em Berlim, de 24 a 27 de maio de 1899. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XIII, n. 37, set-out. 1899, pp. 297-298/322-323.
- \_\_\_\_\_. Congresso para a Luta contra a Tuberculose, realizado em Berlim, de 24 a 27 de maio de 1899. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XIV, n. 6, fev. 1900, pp. 48-49.
- \_\_\_\_\_. Congresso para a Luta contra a Tuberculose, realizado em Berlim, de 24 a 27 de maio de 1899. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XIV, n. 6, fev. 1900, pp. 297-298.
- \_\_\_\_\_. Crônicas e notícias – Prêmio Cuning. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 13, abr. 1890, p. 107.
- \_\_\_\_\_. Crônicas e notícias. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 27, jul. 1894, p. 216.
- \_\_\_\_\_. Crônicas e notícias – Tuberculose Pulmonar. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano X, n. 45, dez. 1896, p. 399.
- \_\_\_\_\_. Crônicas e notícias – Diretoria Geral de Saúde Pública. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XVII, n. 29, 1 agosto 1903, pp. 289-290.
- \_\_\_\_\_. Da Tosse. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XXXI, 1917, p. 103.
- \_\_\_\_\_. Décimo Quarto Congresso de Ciências Médicas. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 35, set.1890, p. 277.
- \_\_\_\_\_. *Formulaire de médicaments nouveaux pour 1911*. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XXV, n. 8, 22 fev. 1911, p. 28.
- \_\_\_\_\_. Novos métodos para o tratamento da tuberculose. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XXV, n. 23, 15 jun. 1911, p. 230.
- \_\_\_\_\_. IV Congresso Médico Latino-Americano. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano XXIII, n. 32, 22 ago.1909, p. 329-330.
- \_\_\_\_\_. Profilaxia da Tuberculose. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano III, n. 46, 15 dez. 1889.
- CARVALHO, Bulhões de. O ano de 1895 considerado sob o ponto de vista sanitário. *Brazil-Médico*, Ano X, n. 5, 1 de janeiro, 1896, pp.42-43.
- \_\_\_\_\_. Boletim demográfico da cidade do Rio de Janeiro. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano IX, n. 41, 1 de novembro, 1895, pp.339.

COELHO NETTO. *A Capital Federal (Impressões de um Sertanejo)*. 4ª Edição. Porto: Livraria Chardron, de Léo & Innão, 1915.

CROOKSHANK, F. Graham. The Frequency, Causation, Prevention, and Treatment of Phthisis Pulmonalis in Asylums for the Insane; Essay for which was awarded the Bronze Medal of the Medico-Psychological Association, 1899. *Journal of Mental Science*, v. 45, n. 191, 1899, pp. 657-683.

\_\_\_\_\_. Tuberculosis in Lunatic Asylums. *British Medical Journal*, v. 2, n. 2183, 1902, pp. 1469-1470.

COSTA, Carlos. Parecer sobre o esgoto Liquefator. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano 2, vol.3, jan.- dez. 1888, p. 84.

ESPOSEL, Faustino. Nevrites tuberculosas. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 3, 1º. Sem., 1913, pp.187-198.

FAJARDO, Francisco. O bacilo da tuberculose nas enfermarias de clínica do Hospital da Misericórdia. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano VII, nº 3/20, maio 1893, pp. 22-23/159-161.

FREITAS, Cypriano de. Liga brasileira contra a tuberculose. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano IV, nº 37, out. 1900, pp. 332-333.

FONTES, Cardoso. O sanatório de Barbacena. *Brazil Médico*, Rio de Janeiro, ano IV, 1890, pp. 297-298.

GODINHO, Victor. A tuberculose do ponto de vista social. *Revista Médica de São Paulo*, vol. VII, 1904.

\_\_\_\_\_; ALVARO, Guilherme. *Tuberculose – contágio, curabilidade, tratamento higiênico e profilaxia*. São Paulo: Typ. Salesiana, 1899.

HERMET, M. C. O open-door ou os asilos de portas abertas na Grã-Bretanha e em França. *Análise Psicológica*, v. 3, n.1, 1981, pp. 447-456.

KRUIF, Paul de. *Microbe Hunted*. New York, Blue Ribbon Books, 1926.

HARRINGTON, Arthur H. Separate provisions for tuberculous patients in state hospitals for the insane. *American Journal of Psychiatry*, v. 57, n. 1, 1900, pp. 57-64

HUTCHINGS, Richard H. Tuberculosis in hospitals for the insane. *Medical Record* (1866-1922), v. 74, n. 25, 1908, p. 1040.

HUCHARD, A. medicação tônica e excitante pelo método hipodérmico. *Brazil-Medico*. Ano VIII, n. 15, 22 abr. 1891, pp. 120-121.

LANDOUZY e MOSNY. A tuberculose, moléstia popular. Propagada e profilaxia (continuação). *Brazil Medico*, ano IV, n. 1, 01 jan. 1901, pp. 5-6.



MABON, William. Some facts the general practitioner should know regarding the treatment and care of the insane. *Medical Record* (1866-1922), v. 77, n. 22, 1910, p. 914.

MACDONALD, Carlos F. The Development of the Modern Care and Treatment of the Insane, as Illustrated by the State Hospital System of New York. *American Journal of Psychiatry*, v. 64, n. 4, 1908, pp. 645-667.

MACCALLUM, G. A. Sanitation in asylums for the insane with especial reference to tuberculosis. *American Journal of Psychiatry*, v. 59, n. 2, 1902, pp. 291-297.

MARIE, A.; ROLET, J. La tuberculose dans les asiles d'aliénés. *Archive de Neurologie*. Tome XXII, 1906, pp. 288-382.

MATOS, Américo Martins Monteiro de. *A paratoxina na tuberculose*. Dissertação inaugural [apresentada à Escola Medico-Cirurgica do Porto], Porto, Imprensa Nacional, 1909.

MOREIRA, Juliano. [1905] Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 4, dez. 2011, pp. 728-768.

\_\_\_\_\_. *Quais os melhores meios de assistência aos alienados?* Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1909.

\_\_\_\_\_. Progress of Psychiatry in 1909 Brazil. *Journal of Mental Science*, v. 56, n. 234, 1910, pp. 519-521.

\_\_\_\_\_. Estados Mentais nos tuberculosos. *Archivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, Ano III, 1913, pp. 119-127.

\_\_\_\_\_.; PEIXOTO, A. Classificação das moléstias mentais do Prof. Émil Kraepelin. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, Rio de Janeiro, ano 1, n. 2, 1905, pp. 204-216.

NERY, Marcio. A epidemia de disenteria do Hospício Nacional de Alienados. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 4, jan. 1894, pp. 28-29.

\_\_\_\_\_. Notas sobre a epidemia que reinou no Hospício Nacional de Alienados de janeiro a abril de 1895. *Brazil-Médico*, Rio de Janeiro, ano IX, n. 33, set. 1895, pp. 274-277.

OLIVEIRA, Lucio. Correspondência. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias affins*, Rio de Janeiro, ano II, n. 1, jan. 1906, pp. 121-123.

PEIXOTO, Afranio. Higiene Pública – Defesa social contra a tuberculose. Rio de Janeiro. *Brazil-Medico*. 1904, pp. 345-347.

\_\_\_\_\_. Higiene Pública – As ideias de Bhering sobre o contágio e a profilaxia da Tuberculose. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 1, jan. 1904, pp. 15-17.

\_\_\_\_\_. A tuberculose dos hospitais do Rio de Janeiro. *Archivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, ano 3, 1º. Sem., 1913, pp.187-198.

\_\_\_\_\_. A loucura maníaco depressiva, *Brazil Médico*, Rio de Janeiro, ano XVIII, n. 28, 1904, pp. 281-283.

PEQUENO JUNIOR, Pio Alves. Tuberculose e Demência Precoce. *Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, ano 11, n. 4, 1915.

PICOT. Tratamento da tuberculose pulmonar e da pleurisia tuberculosa pelas injeções hipodérmicas do guaicol iodoformado. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 15, 22 abr. 1891, pp. 120-121.

POTAIN. Diagnóstico da tuberculose pulmonar incipientes. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 23, 1894, pp. 15-17.

PORTUGAL, Aureliano. *Anuário de Estatística demográfica sanitária da cidade do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1890.

REY, Philippe-Marius. O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2012, pp. 382-403.

RIEDL, Gustavo; MARQUES, Eduardo. Ensaio sobre a tensão superficial do soro nos tuberculosos. (Miostagmino-reação). *Archivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, Ano 3. 1913, pp. 10-23.

ROCHA, Franco da. Moléstias mentais em S. Paulo. *Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Rio de Janeiro, ed. 03-04, 1907, pp. 274-284.

ROGERS, Joseph G. A century of hospital, building for the insane. *American Journal of Psychiatry*, v. 57, n. 1, 1900, pp. 57-64.

ROHÉ, George H. Sanitation in Hospitals for the Insane. *Public health papers and reports*, v. 22, 1896, p. 229.

SEDGWICK, William T.; MACNUTT, J. Scott. On the Mills-Reincke phenomenon and Hazen's theorem concerning the decrease in mortality from diseases other than typhoid fever following the purification of public water-supplies. *The Journal of Infectious Diseases*, 1910, pp. 489-564.

SÉRIEUX, P. De la prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d'aliénés; par Mercklin. Paris, *Archives de Neurologie*, Bureaux du Progré Medicales, 12<sup>a</sup> série, tome II, 1896.

SIMPSON, Edward Swan. *Tuberculosis in the insane: with special reference to Pulmonary Tuberculosis, and with notes on Calmette's Ophthalmic reaction in tuberculosis*, University of Edinburg, april 1910.

SILVA, Américo José da. *Tratamento sanatorial da tuberculose pulmonar*. Tese da Faculdade de Medicina do Porto. Porto, 1920.

SODRÉ, Azevedo. Assuntos de Higiene Pública: A tuberculose no Rio de Janeiro. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, nº 11, 01 nov. 1888, pp. 326-327.

\_\_\_\_\_. Edema agudo do pulmão. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano III, nº 46, 15 dez. 1889, p.366.

\_\_\_\_\_. Crônica e Notícias – Profilaxia a tuberculose. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano XI, nº 35, 15 dez. 1897, pp.345-348.

STUART, Edward. Sanitation in Brazil. *American Journal of Public Health*, v. 4, n. 12, 1914, pp. 1159-1172.

TISON. A tuberculose. *O Brazil*, Rio de Janeiro, ano I, n. 224, 31 dez. 1890, p.1.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL. Tuberculosis in lunatic asylums. *The British Medical Journal*, out.-nov., 1902, pp. 1349-1352.

VAZ, Rocha. Diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar. *Archivos Brasileiros de Medicina*. Rio de Janeiro, ano III, 1º. Sem., 1913, pp. 1-9.

VIANNA, Sampaio. Mortalidade sob o ponto de vista das moléstias. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano 25, n.1-5, 1911, pp. 16-17, 35-38, 46-48.

\_\_\_\_\_. *Anuário de Estatística Demográfico-Sanitária – 1911*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1914.

WEATHERLY, Lionel A. The Treatment of Tuberculosis in Asylums. *Journal of Mental Science*, v. 47, n. 196, p. 28-34, 1901.

### **Mensagens políticas**

ALAOR, Prata. Mensagem do Prefeito do Distrito Federal lida na sessão do Conselho Municipal de 1º de junho de 1926. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 01 jun. 1926.

\_\_\_\_\_. Mensagem do Prefeito do Distrito Federal lida na sessão do Conselho Municipal. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 02 jun.1926.

BERNARDES, Arthur da Silva. Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da terceira sessão da décima primeira legislatura. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1923.

\_\_\_\_\_. *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da primeira sessão da décima segunda legislatura*. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1924.

\_\_\_\_\_. *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da segunda sessão da décima segunda*. Capital da República: Diário Oficial, Ano LXIV, n. 100, 1925.

### **Bibliografia**

ABLARD, Jonathan D. *Madness in Buenos Aires. Patients, Psychiatrists and the Argentine State (1880-1983)*. Canada: University of Calgary Press, 2008.

———. "¿Dónde está el delirio? La autoridad psiquiátrica y el Estado argentino en perspectiva histórica", Liscia, María Silvia di y Ernesto Bohoslavsky, (comps.) *Instituciones y formas de control social en América Latina. 1840–1940. Una revisión*, Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento, Universidad Nacional de la Pampa, Prometeo Ediciones, 2005, pp. 199–215.

ABREU, Maurício de Almeida. *Evolução urbana no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 2013.

———. Da habitação ao habitat: a questão da habitação popular no Rio de Janeiro e sua evolução. *Revista Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, n. 10, 2003, pp. 210-234.

ALMEIDA, Marta de. A criação da cátedra de medicina tropical no Peru e no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, jun. 2011, pp. 355-376.

———. Circuito aberto: idéias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, jul.-set. 2006, pp. 733-57.

ALVARENGA, Lys Teixeira de; NOVAES, Cristiane de Oliveira. Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, abr.- jun. 2007, pp.571-593.

ALVES, Lourence Cristine. *O Hospício Nacional de Alienados: terapêutica ou higiene social?* Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro: 2010.

ALVES SANTOS, Araci. *A Saúde do Brasil e como restaurá-la: Henrique Autran e o Serviço de Propaganda e educação sanitária na Cidade do Rio de Janeiro de 1920 à 1927*. 251f. Tese (Doutorado em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

AMARO, Jacqueline de Souza. *Os combates de Luiz de Mattos (1912-1924): o espiritismo Kardecista e o tratamento médico da doença mental*. Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em História das ciências e da saúde da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro: 2010.

ARMUS, Diego. *La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa, 2007.

ARRIZABALAGA, Jon. Problematizing retrospective diagnosis in the history of disease. *Asclepio*, v. 54, n. 1, 2002, pp. 51-70.

AZEVEDO, Roberto Cesar Silva de. *O desfalque, o inquérito e as comissões de inspeção: a assistência a alienados no Brasil (1902-1925)*. (Dissertação de Mestrado), Depto de História da Pontifícia Universidade Católica Rio de Janeiro, 2012.

BARBOSA, Francisco de Assis. *A vida de Lima Barreto*. Rio de Janeiro: 8ª edição, José Olympio, 2002.

BARBOSA, Marialva. *História cultural da imprensa Brasil-1900-2000*. Mauad Editora Ltda, 2007.

BARGUIL, Carmen Maria Kligman et al. *O lugar e o valor da fisioterapia na terapêutica médica: a medicina prática nos primeiros trinta anos do século XX*. 2011. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2011.

BECKER, Johann; PAZTMANN, Löre; GROSS, Talita. Correspondência de Adolpho Lutz: cartas selecionadas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2003. pp. 313-361.

BELLAK, Leopold. Psychiatric aspects of tuberculosis. *Social Casework*, v. 31, n. 5, p. 183-189, 1950. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/104438945003100501>

BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Scielo-Editora Fiocruz, 1999.

\_\_\_\_\_. *Pereira Passos, um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Depto Geral de Documentação e Informação Cultural, 1992.

\_\_\_\_\_. “Pasteur, a saúde pública e a pesquisa biomédica no Brasil.” In: Nísia Trindade Lima & Marie-Hélène Marchand (org.). *Louis Pasteur & Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Banco BNP Paribas Brasil S.A., 2005. pp. 55-107.

\_\_\_\_\_. Reforma urbana e revolta da vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, Jorge; Neves, Lucilia de Almeida. *O Brasil republicano. Economia e sociedade, poder e política, cultura e representações*. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, v. 1, 2003. pp. 231-286.

\_\_\_\_\_. Informação e Conhecimento para a Saúde. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, 2011, pp. 283-290.

\_\_\_\_\_. Revolução pasteuriana na saúde pública e na pesquisa biomédica brasileiras (1880 a 1920). In: TEIXEIRA, Luiz A.; PIMENTA, Tania Salgado; HOCHMAN, Gilberto. (Org.) *História da saúde no Brasil*, São Paulo: Hucitec, 2018. pp. 225-283.

\_\_\_\_\_. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, 2000, pp. 265-292.

BERTOLLI FILHO, Claudio. O discurso médico nos prontuários clínicos. Intercâmbio. *Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem*. v. 5, 1996, pp.17-24.

\_\_\_\_\_. *Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos*. Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos, vol.6, n.3, 2000. pp. 493-522.

\_\_\_\_\_. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Scielo-Editora Fiocruz, 2001.

BERTUCCI, Liane Maria. A onipresença do medo na influenza de 1918. *Varia História*, v. 25, n. 42, 2009, pp. 457-475.

BERRIOS, German E.; HAUSER, R. O desenvolvimento inicial das ideias de Kraepelin sobre classificação: uma história conceitual. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 16, n. 1, 2013, pp. 126-146.

BIRMAN, Joel. A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, p.345-371. 2010.

\_\_\_\_\_. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BOCHNER, Rosany. *Oswaldo Cruz: suas publicações científicas e redes de colaboração*. [recurso eletrônico] / organizado por Rosany Bochner...et al. – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

BORGES, Valdeci Rezende. História e literatura: algumas considerações. *Revista de teoria da história*, v. 3, n. 1, 2010, pp. 94-109.

BRESCIANI, Maria Stella Martins. *Londres e Paris no século XIX: o espetáculo da pobreza*. São Paulo: Brasiliense, 1998.

CAETANO, Lucinda O. *Palácio Universitário do Brasil ex. - Hospício Pedro II. Dissertação* (Mestrado em Arquitetura), Rio de Janeiro: UFRJ, EBA, 1993.

CAMARGO, Alexandre de Paiva Rio. Dimensões da nação: uma análise do discurso estatístico da Diretoria Geral de Estatística (1872-1930). *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 30, n. 87, 2015, pp. 79-96.

CAMPOS MARÍN, Ricardo y HUERTAS, Rafael. Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatria, *Arbor*, v. 184, n. 731, 2008, pp. 471–480.

CAPONI, Sandra. Miasmas, microbios y conventillos. *Asclepio*, v. 54, n. 1, 2002, pp. 155-182.

CARVALHO, José Murilo de. (1987) *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Cia das Letras, 3ª. ed., 2015.

CARVALHO, Moacir. Jornalistas, médiuns e mandingueiros: os baixos e falsos espiritismos na confecção partilhada de uma religiosidade. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, v. 17, n. 2, 2015.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social*. Petrópolis: Vozes, 2010.

CAULFIELD, Sueann. *Em defesa da honra: moralidade, modernidade e nação no Rio de Janeiro (1918-1940)*. Campinas: Unicamp, 2000.

CERQUEIRA, E. C. B. *A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal: debates sobre ciência e assistência psiquiátrica (1907-1933)*. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril. Cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

\_\_\_\_\_. The Politics of Disease Control: Yellow Fever and Race in Nineteenth Century Rio de Janeiro, *Journal of Latin American Studies*, v. 25, n. 3, 1993 pp. 441- 463.

CLAPER, Jeanine R.; SANGLARD, Gisele. *Assistência ao alienado no estado do Rio de Janeiro: o Hospício do Hospital São João Batista e a Colônia de Alienados de Vargem Alegre*. 16snhct.sbhct.org.br, Campina Grande, out. 2018. Disponível em <https://www.16snhct.sbhct.org.br/> Acesso 05 dez. 2019

CORBIN, Alain. *Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVII e XIX*. São Paulo: Cia das Letras, 1987.

\_\_\_\_\_. *O território do vazio: a praia e o imaginário ocidental*. Companhia das Letras, 1989.

COSTA, Maria Clélia Lustosa. A cidade e o pensamento médico: uma leitura do espaço urbano. *Mercator*, v. 1, n. 2, 2002.

COSTA, Dina Czeresnia. Comentários sobre a tendência secular da tuberculose. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 4, 1988, pp. 398-406.

\_\_\_\_\_. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Editora Fiocruz, 1997.

COSTA, Renato Gama-Rosa et al. O Sanatório João de Almada e o Armamento Antituberculoso em Portugal (1934). *Isleha*, n. 54, jan.-jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 18, supl. 1, dez. 2011, pp. 53-66.

\_\_\_\_\_; SANGLARD, Gisele. Oswaldo Cruz e a lei de saúde pública na França. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 13, n. 2, 2006, pp. 493-507.

CUNHA, M. C. P. *Cidadelas da ordem: a doença mental da República*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1990.

\_\_\_\_\_. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CUNNINGHAM, Andrew. Transforming plague: the laboratory and the identity of infectious disease. In CUNNINGHAM, Andrew. *The identity of the history of science and medicine cambridge*. Routledge, New York, 2016, cap. 4.

CUPELLO, Priscila Céspedes. *Entre a Teatralidade e os Maus Costumes: Uma discussão acerca da Histeria no Hospício Nacional de Alienados (1900-1910)*. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, São Paulo, julho 2011.

DA COSTA, Frederico José Lustosa; DA COSTA, Elza Marinho Lustosa. Fontes para a Nova História da Administração Pública Brasileira. *Revista de Administração Pública*, v. 50, n. 2, 2016, pp. 215-236.

DA COSTA, Raul Max Lucas. Alcoolismo, discurso científico e escrita de si no Diário do Hospício de Lima Barreto. *Antíteses*, v. 1, n. 1, 2008, pp. 188-208.

DE YOUNG, Mary. *Encyclopedia of asylum therapeutics, 1750-1950s*. McFarland, North Carolina, 2015.

DIAS, Allister Andrew Teixeira. Páginas de ciência, crime e loucura: a trajetória e o projeto médico-intelectual de Heitor Carrilho (1930-1945). *Temporalidades*, v. 3, n. 2, 2011, pp. 78-97.

DIAS, Allister. Entre el pabellón y el hospicio: problemas y conflictos en la asistencia psiquiátrica en Rio de Janeiro de principios del siglo XX. *Frenia*, v. 11, n. 1, 2011, pp. 109-128.

\_\_\_\_\_. *Arquivos de ciências, crimes e loucuras: Heitor Carrilho e o debate criminológico do Rio de Janeiro entre as décadas de 1920 e 1940*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2015. 465 f.

\_\_\_\_\_; MUÑOZ, P.F.N. 2010. Dramas de sangue na cidade: algumas trajetórias da loucura-assassina nas redes da psiquiatria (década de 1910). In: D.R. NASCIMENTO; D.M. CARVALHO (orgs.), *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro, Fino Traço, vol. 3, pp. 11-37.

DIAS, Everardo. *História das lutas sociais no Brasil*. São Paulo: 2ª. ed. Alfa-Omega, 1977.

DUNN, Peter M. Professor Armand Trousseau (1801–67) and the treatment of rickets. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, v. 80, n. 2, 1999, p. F155-F157.

EDMUNDO, Luís. *O Rio de Janeiro do meu tempo*. Rio de Janeiro, Senado Federal, 2003.

EL-BAINY, Estenio Iriart. *Juliano Moreira. O Mestre. A Instituição*. Salvador: Memorial Professor Juliano Moreira, 1ª. ed., 2007.

ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

ESPINOZA, Julio Néstor Núñez et al. *Ideias e práticas Médicas: luta contra a tuberculose nas cidades de Lima e Rio de Janeiro, 1882-1919*. 180 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008.

FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila Céspedes. O processo diagnóstico das psicopatias do Hospital Nacional de Alienados: entre a fisiologia e os maus costumes (1903-1930). *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 11, n. 2, 2011, pp. 697-718.



\_\_\_\_\_; VENANCIO, Ana Teresa A. Entre a psicanálise e a degenerescência: sexualidade e doença mental no início do século XX no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 9, n. 1, 2006. pp. 151-161.

\_\_\_\_\_; RIBEIRO, Andréa; MUÑOZ, Pedro F. de. As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 15, 2008, pp. 231-242.

\_\_\_\_\_ et al. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, Fiocruz, v. 17, n. supl. 2, 2010, pp. 733-768.

\_\_\_\_\_ et al. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: a source rich in history. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, 2010, pp. 527-535.

\_\_\_\_\_; Muñoz, Pedro F. Neves de. Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, mar. 2013, pp. 239-262.

FAURE, Olivier. O Olhar dos Médicos. IN: CORBIN, Alain (org.). *História do Corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. Vol. II. 2008. pp. 13-55.

FAUSTO, Boris. *O pensamento nacionalista autoritário:(1920-1940)*. Zahar, 2001.

FERNANDES, Tania. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, junho de 1999, pp. 29-51.

FERREIRA, Marieta de Moraes. *Em busca da Idade de Ouro: as elites políticas fluminenses na Primeira República (1889-1930)*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1994.

\_\_\_\_\_. A Reação Republicana e a crise política dos anos 20. *Revista Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, jul. 1993, pp. 9-23.

\_\_\_\_\_; PINTO, Surama Conde Sá. *A Crise dos anos 20 e a Revolução de Trinta*. Rio de Janeiro: CPDOC, 2006. 26f. Disponível em: <file:///C:/Users/profm/Downloads/Texto+crise+1920.pdf>  
Acesso em: 10 set 2017.

FERREIRA, Luiz Otávio; MAIO, Marcos Chor; AZEVEDO, Nara. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 1997, pp. 475-491.

FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico: introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento*. Fabrefactum Editora, 2010.

FONSECA, Cláudia. Ser mulher, mãe e pobre. In PRIORE e BASSANEZI (orgs.) *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: UNESP Editora, 1997, pp. 510-553.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 17ª edição. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

\_\_\_\_\_. A constituição histórica da doença mental. In: *Doença mental e psicologia*. Tempo brasileiro. Rio de Janeiro, 1975.

\_\_\_\_\_. *El poder psiquiátrico. Curso do Collège de France (1973- 1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Economica, 2007. (4 últimas aulas: 16, 23 e 30 de Janeiro de 1974; e 6 de Fevereiro de 1974)

\_\_\_\_\_. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. *Doença Mental e Psicologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

FRITSCH, Winston. 1922: a crise econômica. *Revista Estudos Históricos*, v. 6, n. 11, 1993, pp. 3-8.

GANDELMAN, Luciana Mendes. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI a XIX. *História Ciências. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, dez. 2001, pp. 613-630.

GONÇALVES, M. DE S. Alienados na Corte Imperial: a loucura entre a cura e a exclusão (1840-1889). In: *11o Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia*. Niterói, 2008.

\_\_\_\_\_. *Mente sã, corpo são: disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura das “nevroses” e da loucura na corte imperial (1850-1880)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Rio de Janeiro. 2011.

\_\_\_\_\_. Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan.-jun. 2013, pp. 60-77.

\_\_\_\_\_; EDLER, Flávio Coelho. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 12, n. 2, 2009.

GRIGG, E. R. Historical and bibliographical review of tuberculosis in the mentally ill. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, v. 10, n. 1, 1955, pp. 58-108.

HAUSTGEN, Thierry. Paul Sérieux (1864–1947), clinicien, historien et réformateur de l’hôpital psychiatrique. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2014, pp. 785-793.

HOBDAY, Richard A. Sunlight therapy and solar architecture. *Medical history*, v. 41, n. 4, 1997, pp. 455-472.

HOCHMAN, Gilberto. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina. In PORTOCARRERO, Vera (org.). *Filosofia, história e sociologia as ciências I: abordagens contemporâneas*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1994.

\_\_\_\_\_. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Revista estudos históricos*, v. 6, n. 11, 1993, pp. 40-61.

\_\_\_\_\_. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. In: *Saúde em Debate*. São Paulo, Ed, Hucitec/Anpocs, 1998.

HUERTAS, Rafael. Foucault, treinta años después. A propósito de El poder psiquiátrico. *Asclepio*, v. 58, n. 2, 2006, pp. 267-276.

\_\_\_\_\_. *Historia cultural de la psiquiatría:(re) pensar la locura*. Los libros de la Catarata, 2012.

IVO, Isnara Pereira; DE FREITAS, Evandra Viana. Degenerescência humana em função da raça e a fala pública de Juliano Moreira. *Fronteiras & Debates*, v. 7, n. 1, 2020, p. 29-46.

JABERT, Alexander. *De médicos e médiuns: medicina, espiritismo e loucura no Brasil na primeira metade do século XX*. Tese (Doutorado História das Ciências e da Saúde) Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

JORGE, Marco Aurelio Soares. *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. 111 f. Dissertação (Mestrado em História da Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.1997.

KEULLER, Adriana Tavares do Amaral Martins. *Os estudos físicos de antropologia no Museu Nacional do Rio de Janeiro: cientistas, objetos, ideias e instrumentos, 1876-1939*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2008.

LATOUR, Bruno. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

\_\_\_\_\_; WOOLGAR, Steve. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LESSA, C. *Rio de todos os Brasis (uma reflexão em busca de autoestima)*. 2ª edição. Record: Rio de Janeiro, capítulos, v. 5, n. 8. 2000.

LEYTON, César. La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile 1870-1940. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 8, n. 1, 2008, pp. 259-275.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In FINKELMAN, Jacobo. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2002.

\_\_\_\_\_; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência & saúde coletiva*, v. 5, 2000, pp. 313-332.

LIMA, Silvio Cezar de Souza. Cruz Jobim e as doenças da classe pobre o corpo escravo e a produção do conhecimento médico na primeira metade do século XIX. *Almanack*, n. 22, 2019, pp. 250-278.

LOGRASSO, Horace; BALDERREY, Frank C. Heliotherapy in the treatment of pulmonary tuberculosis. *American Review of Tuberculosis*, v. 10, n. 2, 1924, p. 117-131.

LÓPEZ, Eugenia Biedma. Aproximación al estudio de la Helioterapia: revisión histórica. *Medicina naturista*, v. 1, n. 2, 2007, pp. 29-43.

MACHADO, Roberto. et al. 1978 *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, Sylvia Pinto. *As ações do Serviço Sanitário e da Liga Paulista contra a Tuberculose no combate à tísica em São Paulo (1892-1917)*. Dissertação. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

MACIEL, Laurinda R. (1999). *A loucura encarcerada: um estudo sobre a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (1896-1927)*. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense. Niterói. 1999.

MARCÍLIO, Maria Luiza. Mortalidade e morbidade da cidade do Rio de Janeiro imperial. *Revista de História*, n. 127-128, 1993, pp. 53-68.

MOREIRA, Regina da Luz. *Augusto Malta, dono da memória fotográfica do Rio*. Rio de Janeiro, Portal Augusto Malta, 2008. Disponível em: <http://portalaugustomalta.rio.rj.gov.br> Acesso em: 03 out. 2017.

MARQUES, Eduardo Cesar. Da higiene à construção da cidade: o Estado e o saneamento no Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, v. 2, n. 2, 1995, pp. 51-67.

MARTINS, Ana Luiza; DE LUCA, Tania Regina. *Imprensa e cidade*. Unesp, 2006.

MARTINS, Ygor. “Aduauto Junqueira Botelho”. Médicos que atuaram no Hospital Nacional de Alienados (blog). In: Biblioteca Virtual em História do Patrimônio Cultural da Saúde, 2018. <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-psi/medicos/>.

MATHIAS, Cátia Maria. *O Pavilhão de Observação na psiquiatria do Distrito Federal: a gestão de Henrique Roxo (1921-1945)*. 206 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2017. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2017.

MATSUMOTO, Harumi. Filantropia médica e assistência aos pobres: a trajetória da Policlínica de Botafogo. 129 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2018.

MATTOS, Romulo Costa. As ‘classes perigosas’ habitam as favelas: Um passeio pela crônica policial no período das reformas urbanas. *Desigualdade e Diversidade: Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio*, n. 5, 2009.

MAUAD, Ana Maria de S. A. Através da imagem: fotografia e história: interfaces. *Revista Tempo*, Niterói, UFF, Relume-Dumará, v. 1, 1996, pp. 73-98.

MONTEIRO, Charles. História, fotografia e cidade: reflexões teórico-metodológicas sobre o campo de pesquisa. *MÉTIS: história & cultura*, v. 5, n. 9, 2006.

MOURA, Rachel de Almeida. Ordenando o Paraíso: a Paisagem da Cidade do Rio de Janeiro nos Cartões-Postais (1900-1930). *Espaço Aberto*, v. 7, n. 1, 2017, pp. 33-52.

MOURA, Roberto. *Tia Ciata e a pequena África no Rio de Janeiro*. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, Departº Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1995.

NOLL, Richard. *The encyclopedia of schizophrenia and other psychotic disorders*. Infobase Publishing, 2009.

MUÑOZ, Pedro Felipe Neves de. Por uma psiquiatria experimental y de laboratório: la formación de una comunidad alemano-brasileña de la medicina mental (1900-1914). *Universitas Psychologica*, Colombia, v.13, n.5, 2014, pp.1967-1981.

\_\_\_\_\_. *À luz do biológico: psiquiatria, neurologia e eugenia nas relações Brasil-Alemanha (1900-1942)*. 356 f. Tese (Doutorado em História das Ciências) Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

\_\_\_\_\_. FACCHINETTI, Cristiana; DIAS, Allister A. Teixeira. Suspeitos em observação nas redes da psiquiatria: o Pavilhão de Observações (1894-1930). *Memorandum*, Belo Horizonte, v.20, abr. 2011, pp.83-104.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A face visível da Aids. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 4, n. 1, 1997, pp. 169-184.

\_\_\_\_\_. *Fundação Atauilpho de Paiva: um século de luta*. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, 2002.

\_\_\_\_\_. *As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. A doença e o poder público ou o poder das doenças: elementos para uma análise em torno do estado no combate à tuberculose. *Revista de História Regional*, v. 2, n. 1, 2007.

NASCIMENTO, Fernanda Teles Morais do. *IV Congresso Médico Latino-Americano (1909): proposições e desdobramentos para o desenvolvimento da enfermagem brasileira*. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

NEVES, Margarida de Souza. O grande mal no Cemitério dos Vivos: diagnósticos de epilepsia no Hospital Nacional de Alienados. Rio de Janeiro, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 17, n. 2, 2010, pp. 293-311.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. *Alienação mental e raça: a psicopatologia comparada dos negros e mestiços brasileiros na obra de Raimundo Nina Rodrigues*. Tese de doutorado. Unicamp, Campinas, 2003.

\_\_\_\_\_. Apresentação a “Insânia loquaz” (Jobim, 1831) e a “Reflexões sobre o trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro” (Sigaud, 1835). *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 8, n. 3, 2005, pp. 554-556.

\_\_\_\_\_. Juliano Moreira: clima, raça, civilização e enfermidade mental. *Antología de textos clásicos de la psiquiatría latinoamericana*, 2012, pp. 121-124.

\_\_\_\_\_. Juliano Moreira e a (sua) história da assistência aos alienados no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 14, n. 4, 2011, pp. 721-727.

\_\_\_\_\_. Ordenando a babel psiquiátrica: Juliano Moreira, Afrânio Peixoto e a paranoia na nosografia de Kraepelin (Brasil, 1905). *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, dez. 2010, pp. 495-514.

\_\_\_\_\_; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 1, 2004, pp. 128-141.

\_\_\_\_\_; DALGALARRONDO, Paulo. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, n. 4, dez. 2000, pp. 178-179.

OLIVEIRA, Carlos Francisco A. de; DALGALARRONDO, Paulo; NOGUEIRA, Alexandre B. Evolução das classificações psiquiátricas no Brasil: um esboço histórico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 52, n. 6, 2003, pp. 433-446.

OLIVEIRA, Paula Maria de. *Hospital de São Sebastião (1889-1905): um lugar para a ciência e um lazareto contra as epidemias.* / Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, William Vaz de. *A assistência a alienados na cidade do Rio de Janeiro (1852-1930)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017.

OPINEL, A. *The Pasteur hospital as an element of Emile Roux's anti-diphtheria apparatus (1890-1914)*. Paris: Instituto Pasteur, 2007.

ORDORIKA SACRISTAN, Teresa. Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres. *Rev. Mex. Sociol*, México, v. 71, n. 4, p. 647-674, dic. 2009

PAIXÃO, Cláudia Míriam Quellas. As políticas públicas de transformação urbana na cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. *Revista do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro*, n. 7, 2013, pp. 119-140.

PEREIRA NETO, André de Faria; AMARO, Jacqueline de Souza. O Centro Espírita Redemptor e o tratamento de doença mental, 1910-1921. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, June 2012, pp. 491-508.

PEREIRA, Thales Augusto Zamberlan. Mortalidade entre brancos e negros no Rio de Janeiro após a abolição. *Estudos Econômicos*, São Paulo, v. 46, n. 2, 2016, pp. 439-469.

PIVA, Luiz Guilherme. *Ladrilheiros e semeadores: a modernização brasileira no pensamento político de Oliveira Vianna, Sérgio Buarque de Holanda, Azevedo Amaral e Nestor Duarte (1920-1940)*. São Paulo: Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, Ed. 34, 2002.

PÔRTO, Ângela. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Revista de saúde pública*, v. 41, 2007, pp. 43-49.

\_\_\_\_\_. A vida inteira que podia ter sido e que não foi: trajetória de um poeta tísico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 6, n. 3, 2000, pp. 523-50.

PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2002.

QUECEDO, Cecilia Ruiloba. La Ciudad de la salud: los sanatorios antituberculosos. *Ciudades*, n. 14, 2011, pp. 213-232.

RABHA, Nina Maria de Carvalho Elias. *Centro do Rio: perdas e ganhos na história carioca*. Rio de Janeiro: PPGG/UFRJ, 2006.

RANGEL, Rosangela Faria. *Assistência no Rio de Janeiro: elite, filantropia e poder na Primeira República*. 223f. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2013.

REBELO, Fernanda; MAIO, Marcos Chor; HOCHMAN, Gilberto. *O princípio do fim: o "torna-viagem", a imigração e a saúde pública no Porto do Rio de Janeiro em tempos de cólera*. *Estud. hist. (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 47, jun. 2011, pp. 69-87.

REBER, Vera Blinn. *Tuberculosis in the Americas, 1870-1945: Beneath the Anguish in Philadelphia and Buenos Aires*. Routledge, 2018.

REIS, Angela de Castro. *Leopoldo Fróes: a influência lusitana no modo de atuar brasileiro do início do século*. VI Congresso de Pesquisa e Pós-graduação em Artes Cênicas. 2010

REZENDE, Vera F. Urbanismo e Planejamento no Distrito Federal: debates e investidas de 1920 a 1945. *Revista do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro*, n. 12, 2017, pp. 77-99

RIBEIRO, Daniele Corrêa. *O Hospício de Pedro II e seus internos no ocaso do Império: desvendando novos significados*. 125f Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

\_\_\_\_\_. *Tramas da loucura na Corte Imperial: ciência, caridade e redes de sociabilidade no Hospício Pedro II (1883-1889)*. Curitiba: Ed. Prismas, 2015.

\_\_\_\_\_. Ciência, caridade e redes de sociabilidade: o Hospício de Pedro II em outras perspectivas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, out.-dez., 2016, pp.1153-1167.

RÍOS MOLINA, Andrés. Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos. *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, n. 37, 2009, pp. 71-96.

\_\_\_\_\_. *La locura durante la Revolución Mexicana: los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. El Colegio de Mexico AC, 2009.

\_\_\_\_\_. Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX. Frenia. *Revista de historia de la psiquiatría*, v. 4, n. 2, 2004, pp. 17-35.

RISSE, Guenter B. *Mending bodies, saving souls: A history of hospitals*. Oxford: Oxford University Press, 1999.

RIVERA, Garza C. *La Castañeda: Narrativas dolientes desde el manicomio general*. México, 1910-1930. México: Tusquets, 2011.

ROHDEN, Fabíola *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

ROSEMBERG, Ana Margarida Furtado Arruda *et al.* Guerra à peste branca: Clemente Ferreira e a Liga Paulista contra a tuberculose 1899-1947. Dissertação (Mestre em História Social na Universidade Católica de São Paulo) 2008.

ROSEMBERG, José. Tuberculose - Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. *Bol. Pneumol. Sanit.*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, dez. 1999, pp. 5-29.

ROTHMAN, Sheila M. *Living in the shadow of death: tuberculosis and the social experience of illness in American history*. Baltimore- Johns Hopkins Univ. Pr., 1994.

SA, Dominichi Miranda de. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o "imenso hospital". *História Ciências. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2009, pp. 333-348.

SACRISTÁN, Cristina. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, v. 16, n. 45, 2009, pp. 163-188.

SALVATORE, Ricardo Donato. Introducción. Los lugares del saber. In: \_\_\_\_\_. (comp.). *Los lugares del saber: contextos locales y redes transnacionales en la formación del conocimiento moderno*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora, 2007, pp. 9-30.

SANGLARD, Gisele. Filantropia e assistencialismo no Brasil. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, v. 10, n. 3, 2003, pp. 1095-1098.

\_\_\_\_\_. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. São Paulo, *Anais do Museu Paulista: História e Cultura Material*, v. 15, n. 2, dec. 2007, pp. 257-289.

\_\_\_\_\_. A Primeira República e a constituição de uma rede hospitalar no Rio de Janeiro. PORTO, A. et al. *História da Saúde no Rio de Janeiro: Instituições e Patrimônio Arquitetônico—Rio de Janeiro (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, pp. 61-78.

\_\_\_\_\_. Entre o Hospital Geral e a Casa dos Expostos: assistência à infância e transformação dos espaços da Misericórdia carioca (Rio de Janeiro, 1870-1920). *Revista Portuguesa de História*, v. 47, 2016, pp. 337-358.

\_\_\_\_\_; FERREIRA, Luiz Otávio. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol. 27, nº 53, jan.-jun. de 2014, 71-91.



\_\_\_\_\_; COSTA, Renato da Gama-Rosa. Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-31). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 11, n. 1, 2004, pp. 107-141.

\_\_\_\_\_; GIL, Caroline Amorim. Assistência à infância: filantropia e combate à mortalidade infantil no Rio de Janeiro (1889-1929). *Revista da ABPN*, Goiânia, v. 6, n. 14, 2014, pp. 63-90.

SANT'ANNA, Denise Bernuzzi de. *Cidade das águas: usos de rios, córregos, bicas e chafarizes em São Paulo (1822-1901)*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2007.

SANTOS, Araci Alves. *A saúde do Brasil e como restaurá-la: Henrique Autran e o serviço de propaganda e educação sanitária na cidade do Rio de Janeiro de 1920 à 1927*. 250 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2016.

SANTOS, Luiz A. Castro. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, G., and ARMUS, D., orgs. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

SANTOS, Leonardo Soares dos. Os subúrbios do Rio de Janeiro no início do século XX. *Mneme – Revista de Humanidades*, v. 12, n. 30, jul.- dez. 2011, pp. 257-280.

SANTOS, Marco. Demógrafos sanitaristas: o remédio era a boa estatística. *Cadernos do Desenvolvimento Fluminense*, n. 7, 2015, pp. 185-204.

SAIOL, José Roberto Silvestre. O debate legislativo sobre a assistência psiquiátrica na primeira república. *Epígrafe*, v. 6, n. 6, 2018, pp. 15-43.

SAVOY, Carlos Virgílio; KHOURY, Maria Elisa Bierrenbach. Particularidades e valor do eletrodiagnóstico nas afecções do corno anterior da medula: Reação fibrilar. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 1, n. 2, set. 1943, pp. 119-132.

SCHÄFER, Lothar; SCHNELLE, Thomas. “Introdução – Fundamentação da perspectiva sociológica de Ludwick Fleck na teoria da ciência.” In: FLECK, Ludwick. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O Espetáculo das Raças – cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

\_\_\_\_\_. *Lima Barreto-triste visionário*. Editora Companhia das Letras, 2017.

SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina, mentes insanas em corpos rebeldes*. (1984, rev. amp. 1993). São Paulo: Cosac Naify, 2010.

SHEPPARD, Dalila de Sousa. A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 8, n. 1, 2001, pp. 173-192.

SILVA, Lucia Helena Pereira da. *História do urbanismo no Rio de Janeiro: administração municipal, engenharia e arquitetura dos anos 1920 à ditadura Vargas*. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2003.

SILVA, Lúcia. A Paris dos trópicos e a Pequena África na época do Haussmann tropical. In: SANGLARD, Gisele; ARAÚJO, Carlos E. M.; SIQUEIRA, José J. *História urbana: memória cultura e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, p. 201-223, 2013.

SILVA, Renata Prudencio. *As ciências de Afrânio Peixoto: higiene, psiquiatria e medicina legal (1892-1935)*. 361 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

SILVEIRA, Renato Diniz. Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX: a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho de Hermelino Lopes Rodrigues. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 12, n. 3, 2009, pp. 582-596.

SIRINELLI, Jean-François. Os intelectuais. In: RÉMOND, René (org.) *Por uma história política*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003, pp.231-269.

SODRÉ, Nelson Werneck. *História da Imprensa no Brasil*. Rio de Janeiro: Mauad, 1999.

SOLIS, Sydney Sérgio F.; RIBEIRO, Marcus Venício T. O Rio onde o sol não brilha: acumulação e pobreza na transição para o capitalismo. *Revista do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, n. 9, jan.- abr. 2003, pp. 117-140.

SOIHET, Raquel. *Condição feminina e formas de violência: Mulheres pobres e ordem urbana (1890-1920)*. Rio de Janeiro: editora Forense Universitária, 1989.

\_\_\_\_\_. *Mulheres pobres e violência urbana*. PRIORE. Mary Del (org.). *História das mulheres no Brasil*. 2a. ed. São Paulo: Contexto, 1997.

SONTAG, Susan. *A Doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SOUZA, Eliara Beck; AMORA, Ana Maria Gadelha Albano. O asylo da mendicância e os planos urbanísticos do século XIX no Rio de Janeiro. *URBANA: Revista Eletrônica do Centro Interdisciplinar de Estudos sobre a Cidade*, v. 6, n. 1, 2014, pp. 649-672.

\_\_\_\_\_. Os primórdios da medicina mental no Brasil e o bruxo do Cosme Velho. *Cadernos IPUB*, vol. VI, no 18, 2000, pp. 84-101.

\_\_\_\_\_; TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; DE CUNHA RAMOS, Fernando A. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*; São Paulo, vol. 15, jun., 2012, pp. 364-381.

TOMES, Nancy. *The gospel of germs: Men, women, and the microbe in American life*. Harvard University Press, 1999.

VENANCIO, Ana Teresa A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 10, n. 3, 2003, pp. 883-900.

\_\_\_\_\_. As faces de Juliano Moreira: luzes e sombras sobre seu acervo pessoal e suas publicações. *Revista Estudos Históricos*, v. 2, n. 36, 2005, pp. 59-74.

VENANCIO, Ana Teresa A.; FACCHINETTI, Cristiana. “Gentes provindas de outras terras” – ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 8, n. 2, 2005, pp. 356-363.

\_\_\_\_\_; CARVALHAL, Lázara. A classificação psiquiátrica de 1910: ciência e civilização para a sociedade brasileira. In: JACÓ-VILELA, A.M.; CEREZZO, A.C.; CONDE, H. (Org.). *Clio-Psyché Ontem: Fazeres e Dizeres Psi na História do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume/Dumará, 2001, pp. 151-160.

\_\_\_\_\_; CARVALHAL, Lázara. Juliano Moreira e o processo civilizatório nacional Duarte, Luiz Fernando; RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa A. (orgs.) *Psicologização no Brasil: atores e autores*. RJ, Ed. Contracapa, 2005.

\_\_\_\_\_; CASSILIA, Janis Alessandra P. A doença mental como tema: uma análise dos estudos no Brasil. *Espaço Plural*, v. 11, n. 22, 2010, pp. 24-34.

\_\_\_\_\_. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, pp.35-52.

\_\_\_\_\_; FACCHINETTI, Cristiana. “Gentes provindas de outras terras” – ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 8, n. 2, 2005, pp. 356-363.

\_\_\_\_\_. O diálogo entre Nina Rodrigues e Juliano Moreira: do racismo ao anti-racismo. In: FRY, P.; MAGGIE, Y.; MAIO, M.C.; MONTEIRO, S.; SANTOS, R.V. (orgs.). *Divisões Perigosas: políticas raciais no Brasil contemporâneo*. 1ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007, pp. 67-73.

\_\_\_\_\_; SAIOL, José Roberto. El Hospicio Nacional de Alienados en la prensa de Río de Janeiro (1903-1911). *Asclepio*, v. 69, n. 2, 2017, p. 190.

\_\_\_\_\_; SANTOS, Rafael Campos. Doença mental e tuberculose no conhecimento médico-psiquiátrico da primeira metade do século XX. Rio de Janeiro, *ANPUH-RIO*, 2012.

VIERA, Paulo E. Gadelha. *Assistência médica no Rio de Janeiro (1920-1937)*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Medicina Social/UERJ, 1982.

VERAS, Renato Peixoto. Considerações acerca de um jovem país que envelhece. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, dez. 1988, pp. 382-397.

VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. Pobreza e assistência no Rio de Janeiro na Primeira República. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 18, 2011, pp. 179-197.

\_\_\_\_\_. O federalismo oligárquico brasileiro: uma revisão da “política do café-com-leite”. *Anuário IEHS*, v. 16, 2001, pp. 73-90.

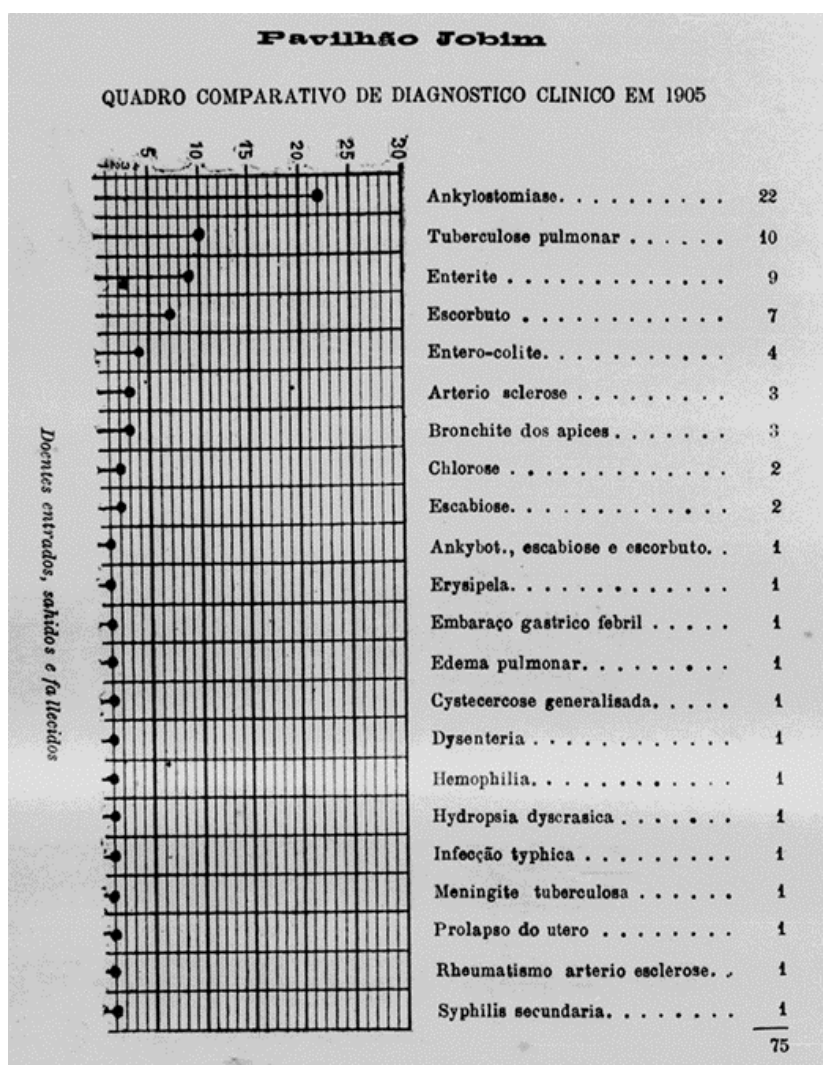
WADI, Yonissa Marmitt. Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). *História Unisinos*, v. 10, n. 1, 2006, pp. 65-79.

\_\_\_\_\_. *A história de Pierina: subjetividade, crime e loucura*. Uberlândia: EDUFU, 2009.

\_\_\_\_\_. Um lugar (im) possível: narrativas sobre o viver em espaços de internamento. In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nádya Maria Weber (orgs). *Historia e loucura: saberes, práticas e narrativas*. 2010. pp. 331-360.

## Anexos

Anexo 1 – Lista de diagnósticos (1905) – Pavilhão Jobim



Fonte: Cunha (1906: 26-31).



### Causas de mortes observadas durante o anno de 1905 no Hospicio Nacional e Colonias de Alienados

Total dos doentes observados. . . . . 1.938  
 Total dos obitos . . . . . 189  
 Porcentagem . . . . . 9.75 %

.ESTIAS				MOLESTIAS			
	HOMENS	MULHERES	SOMMA		HOMENS	MULHERES	SOMMA
Amolecimento cerebral. . . . .	1	2	3	Grippe-nevrite do pneumogast- trico . . . . .	1	—	1
Aneurisma da aorta (ruptura). . . . .	—	1	1	Hydrocephalia interna . . . . .	—	1	1
Arterio-sclerose generalisada. . . . .	5	1	4	Hemorrhagia . . . . .	—	1	1
Arterio-sclerose— fórma cardio- pulmonar. . . . .	—	1	1	Hemorrhagia cerebral . . . . .	1	—	1
Arterio sclerose — typo cardio- renal . . . . .	—	1	1	Infecção puerperal . . . . .	—	1	1
Asystolia cardiaca . . . . .	1	—	1	Infecção typhica . . . . .	—	1	1
Beri-beri. . . . .	2	—	2	Lepto-meningite aguda . . . . .	1	—	1
Bronchite aguda . . . . .	1	—	1	Mal epileptico. . . . .	—	3	3
Cachexia palustre. . . . .	1	—	1	Marasmo cachexia ( senil e outros) . . . . .	6	6	12
Choque traumatico . . . . .	1	—	1	Meningite . . . . .	2	1	3
Cancro-uterino. . . . .	—	1	1	Meningite tuberculosa . . . . .	—	1	1
Congestão cerebral . . . . .	1	1	2	Meningo myelite . . . . .	1	—	1
Cysticercose generalisada . . . . .	—	1	1	Mesenterite tuberculosa. . . . .	—	2	2
Delirio agudo . . . . .	1	—	1	Myocardite degenerativa . . . . .	1	—	1
Delirio de collapso . . . . .	2	—	2	Nephrite chronica . . . . .	2	—	2
Delirium tremens. . . . .	3	1	4	Nephrite suppurada . . . . .	1	—	1
Demencia . . . . .	—	1	1	Paralysis geral dos alienados. . . . .	13	—	13
Derrame pleuritico . . . . .	1	—	1	Pericardite. . . . .	1	—	1
Dysenteria . . . . .	3	1	4	Peritonite . . . . .	2	1	3
Edema pulmonar . . . . .	1	—	1	Pleuro pericardite . . . . .	1	—	1
Edema pulmonar. Ankylostom- iase . . . . .	—	1	1	Pneumonia. . . . .	—	1	1
Encephalite consec. ao alcoo- lismo . . . . .	2	1	3	Pneumonia lobar. . . . .	1	—	1
Enterite catarrhal. Bronchite infecciosa dos apices . . . . .	1	—	1	Pneumonia lobular direita. . . . .	1	—	1
Enterite tuberculosa. . . . .	—	1	1	Polysteatoze visceral. . . . .	1	—	1
Entero-colite . . . . .	4	15	19	Psychose de esgotamento . . . . .	3	—	3
Erysipela consec. a ulcera da perna . . . . .	1	—	1	Salpingo ovarite dupla. Septi- cemia consec. a inf. puru- lenta . . . . .	—	1	1
Escorbuto . . . . .	3	1	4	Sarcomatose das meningese do encephalo . . . . .	1	—	1
Fractura de costella e pleuriz traumatico com ruptura da pleura e do pulmão. . . . .	1	—	1	Sclerose cerebral . . . . .	1	—	1
Gangrena do penis . . . . .	1	—	1	Syncope cardiaca. . . . .	3	5	8
Gastro-enterite . . . . .	—	3	3	Syphilis nervosa . . . . .	2	—	2
Gastro-entero-colite . . . . .	—	1	1	Tuberculose . . . . .	21	12	33
				Uncinariose . . . . .	1	1	2
				Total. . . . .	115	74	189

Secretaria do Hospicio Nacional de Alienados, em 7 de março de 1906.

Anexo 4 - Guia de Admissão da Secretaria de Polícia-DF (1902)

46-156

Secretaria da Policia do Distrito Federal

Em 18 de Março de 1902

GUIA PARA ADMISSÃO DE ALIENADO

Nome *Anna Maria*  
Filiação *Manoel Pizerra e Carlota Pizerra*  
Idade *24 annos* estado *solteira*  
Profissão *domestica* Nacionalidade *Brasileira*  
Residencia *em domicilio*  
Cór *preta* olhos *castanhos* cost. *regulares*  
Nariz *chato* bocca *regular* orelhas *regulares*  
Estatura *regular* sex. *feminino* barba  
Signaes particulares.

MOTIVOS QUE DETERMINÃO A RECLUSÃO

*Doença da 4.ª Circunscricão  
Verbana, por parecer suf-  
frir de as fugiladas  
mentaes.*

O SECRETARIO  
*Luiz de Sig. Campello*  
SYMPTOMAS OBSERVADOS PELO MEDICO

*Deve ser posto em liberdade no Hospicio  
de Alienados.  
Tracup. p. i. Sup. = 2-4-802.  
off. n.º 188 a 7a abril 9. 1902, Mexico v.º Petrópolis  
D. Horio Probst*

Fonte: Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

*Luiz Esquivel*  
*Em 14-8-914*  
*Guimarães Lopes*

**Secretaria da Policia do Districto Federal**  
SERVIÇO MEDICO-LEGAL

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 1914

**EXAME DE ALIENAÇÃO**  
Guia para admissão no Hospital Nacional de Alienados

*Juliano*  
N. 8118

REGULAMENTO DO SERVIÇO POLICIAL, DECRETADO EM 30 DE MARÇO DE 1907.

Art. 90. Tratando-se de alienação mental, suspeita ou allegação de tal estado, procurem os peritos, nos antecedentes e no exame, os elementos para juizo, a saber:

I. Preliminares:

Menção da autoridade que ordenou o exame; fim e condições deste; quesitos judiciaes; materia de observação (processo, informações, exames directos, etc.)

II. Historia do caso:

Nome, filiação, idade, côr, profissão, estado civil, nacionalidade do examinado.

1) Anamnese:

Antecedentes familiares, e circumstancias, occidentes, doenças na infancia, puberdade, idade adulta, informações sobre ascendentes e collateraes.

2) Exame directo:

a) Attitude, apresentação physionomica, mimica, fallado, actual.

b) Exame somatico:

Altura; corpulencia; desproporção; vicios de conformação; cabeça; forma, deformações, assimetrias; face; desvios, contracturas, tremores, cicatrizes, prognatismo; olhos, lingua, bocca, nariz; anomalias e malformações; organos thoracicos e pelvianos, lumbares visceraes Sensibilidade. Motilidade. Reflexos. Falla: escripta; caracteres, significado (uso de parâmetros.)

*Procedencia* *Deposito de Processos*  
*Processo N. 2.716*

*Exame ordenado pelo*  
*Excmo. Sr. Chefe de Policia*  
*Diag. Psych. por*

*Nome* *Maria da gloria*  
*Filiação* *Guimarães*

*idade* *30 annos* *côr* *branca* *profissão* *Domestica*  
*estado civil* *Solteira* *nacionalidade* *Portuguesa*

*Apresentada a exame por seu*  
*tutorado, José Elias Correia, a-*  
*companhando-a sua mãe e*  
*uma irmã. Já esteve no*  
*H. de Alienados por 2 vezes,*  
*temp. total de 3 1/2 annos. O seu*  
*estado actual de madur-*  
*bação, torna necessaria*  
*suã volta a este Hospital.*

*150-10*

Fonte: Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.





Anexo 7 - Protocolo do Hospital Nacional de Alienados (1895)

Papeleta N.º de matrícula: 9282 e de ordem 517  
50 59

## HOSPICIO NACIONAL DE ALIENADOS

Classe <i>Indigente</i>		Livro de matrícula a fl. 05	
Nome <i>Rosa Lou</i>			
Filiação <i>Antonio Lurina Goncalves</i>			
Côr <i>Pardoa</i>		Profissão <i>Operario</i>	
Idade <i>30 annos</i>		Estatura	
Estado civil <i>Casado</i>		Residencia <i>R. Jardim Botânico 212</i>	
Nação <i>Portuguez</i>		Naturalidade <i>Ignorada</i>	
Constituição		Temperamento	

Por quem remettido ou quem requerer a entrada *A.P.T. com offrais*  
*14190 da mesma data*

Entrou a *12* de *Novembre* de *1895*

Sahiu a *de* de *189*

Falleu a *de* de *189*

CIRURGI  
no. 1341

Medico assistente

DIAGNOSTICO	OBSERVAÇÕES
<i>Excit. maniacca</i>	<i>Transferido p. Hospicio</i>
<i>Catarrho 2º via</i>	<i>20 de Novembro de 1895</i>
<i>em 23-4-1910</i>	<i>D. Narciso Nogueira</i>
	<i>Transferido de 1º pavilhão de S. Lusov.</i>
	<i>Rio, 28-11-19</i>
	<i>Del. Faria</i>
	<i>Transferido para Hospicio Nacional</i>
	<i>3-9-10. Rio de Janeiro</i>
	<i>Transferido para Hospicio Nacional</i>
	<i>25-2-10 Rio de Janeiro</i>
	<i>Transferido para Hospicio Nacional</i>
	<i>22-4-10 Rio de Janeiro</i>

Fonte: Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Anexo 8 - Protocolo do Hospital Nacional de Alienados (1914)

*Maria Esquivel*

SEGUNDA VIA.

*15.8.14*

## Assistencia a Alienados

### HOSPITAL NACIONAL

SECÇÃO ESQUIZOL

Nome <i>DA NEQU</i>	Nação <i>Portugal</i>	Classe <i>D. P.</i>
Côr <i>Branco</i> Sexo <i>Feminino</i>	Naturalidade	Entrada na Secção
Idade <i>30 a.</i> Estado civil <i>Solteira</i>		<i>14.8.1914.</i>
Profissão <i>Domestica</i>		
Residencia		
Procedencia <i>Deposito de presos</i>		
Internante <i>Repartição Central de policia do Distrito Federal; guia n. 818, de 13.8.1914.</i>		
Entrada <i>13 de Agosto de 1914.</i>		
Diagnostico <i>PSYCHOSE PERIODICA</i>		

Em *9* de *Setembro* de *1914*

O Medico assistente *(a) Campaio Corroa*

---

M. MATRICULASE

O Director Geral *(a) Juliano Moreira*

Matriculado a fls. *155* do livro *II* Numero de ordem geral *41.188*

Em *10* de *Setembro* de *1914* Numero de ordem annual *771*

*Assistencia a Internados*

---

Alta em _____ de _____ de 19____	Falleceu em <i>4</i> de <i>Agosto</i> de <i>1914</i>
O Medico _____	Causa mortis <i>tuberculose pulmonar</i>
Sahi em _____ de _____ de 19____	O Medico <i>R. Lopes</i>
O Assistente _____	VISTO <i>[assinatura]</i>

O Director Geral

Fonte: Fundo Hospício Nacional de Alienados/IMASNS, dossiês de internação.

Anexo 9 - Pacientes tuberculosas do HNA

Codinome	Data de entrada	Classe	Cor	Nação/Estado	Estado civil	Profissão	Filiação	Idade (entrada)
Lia	31/10/1893	DF	branca	Brasil	solteira	n/a	s/i	6
Adélia	07/03/1899	s/i	parda	Brasil/RJ	solteira	s/i	s/i	80
Eva	07/03/1899	s/i	branca	Itália	casada	s/i	s/i	34
Gracinha	29/07/1899	4ª	branca	Brasil/SP	casada	s/i	s/i	41
Jovina	10/02/1899	DF	parda	Brasil/RJ	solteira	doméstica	s/i	30
Rosa	24/07/1901	DF	branca	Brasil/RJ	solteira	doméstica	pai/mãe	25
Benedita	25/08/1901	DF	preta	Brasil	solteira	cozinheira	mãe	25
Alzira	14/03/1902	DF	parda	Brasil	solteira	n/a	mãe	5
Joana	23/03/1902	DF	branca	Portugal	solteira	doméstica	irmão	15
Adelina	27/04/1903	4ª	branca	Brasil	casada	s/i	pai/mãe	43
Felícia	22/09/1904	DF	preta	Brasil	solteira	doméstica	pai/mãe	23
Lydia	22/09/1904	DF	branca	Portugal	solteira	doméstica	pai/mãe	33
Ana	19/04/1905	DF	branca	Brasil	s/i	s/i	ignorada	5
1.Maria Cristina	05/09/1905	DF	preta	Brasil	viúva	doméstica	pai/mãe	41
Eduarda	17/12/1905	DF	parda	Brasil	solteira	doméstica	pai/mãe	30
Mariana	23/02/1906	RJ	branca	Brasil	solteira	doméstica	pai/mãe	34
2.Maria Lina	18/08/1906	DF	branca	Brasil	solteira	doméstica	pai/mãe	17
Dina	09/05/1906	DF	parda	Brasil	solteira	doméstica	pai/mãe	26
3.Maria Alcina	19/04/1907	DF	parda	Brasil	solteira	doméstica	mãe	25
4.Maria Conceição	19/04/1907	DF	preta	Brasil	solteira	doméstica	mãe	26
Marina	13/08/1907	DF	parda	Brasil	solteira	doméstica	s/i	24
5. Maria Neves	16/12/1907	DF	preta	Brasil	solteira	doméstica	s/campo	25
6. Maria Orge	11/12/1908	DF	preta	Brasil	solteira	doméstica	ignorada	29
7. Maria Carmela	18/08/1908	DF	parda	Brasil	solteira	s/i	s/i	20
Mena	29/05/1909	DF	preta	Brasil	solteira	doméstica	pai/mãe	18
Maria Santela	05/03/1910	DF	mestiça	Brasil	casada	doméstica	s/i	19 pres.
Vó Luiza	18/06/1910	DF	preta	África	solteira	doméstica	pai/mãe	100
Neiva Aguilár	26/08/1910	DF	branca	Brasil	solteira	doméstica	pai/mãe	34
Glória	14/10/1911	DF	branca	Portugal	solteira	doméstica	pai/mãe	30
Maria V.	27/12/1912	DF	parda	Brasil	solteira	doméstica	pai	17
Paula	16/04/1917	DF	preta	Brasil	solteira	doméstica	pai	13
Maria Dolores	29/07/1919	DF	preta	Brasil	solteira	doméstica	ignorada	29
Rosália	19/07/1922	4a.	branca	Brasil	casada	doméstica	ignorada	23
D. Izaltina	18/05/1924	DF	preta	Brasil	s/i	doméstica	ignorada	70
Evelina	14/02/1928	DF	branca	Brasil	casada	doméstica	s/i	30

Fonte: Dados coletados no Fundo do Hospício Nacional de Alienados/IMASNS.


Anexo 10 - Mortalidade por tuberculose e demais moléstias transmissíveis no Rio de Janeiro (1903-1926)

MORTALIDADE POR TUBERCULOSE E DEMAIS MOLESTIAS TRANSMISSIVEIS NO RIO DE JANEIRO, DESDE 1903						
ANNOS	Obituario por moléstias transmissíveis, exciuida a tuberculose	Coefficiente por 1000 habitantes	Coefficiente médio dos periodos	Obituario por tuberculose	Coefficiente por 1000 habitantes	Coefficiente médio dos periodos
1903.....	4.381	5.56	6.15	3.324	4.43	4.06
1904.....	6.500	8.49		3.075	3.58	
1905.....	2.824	3.55		3.164	4.22	
1906.....	1.995	2.43		3.140	3.84	
1907.....	2.197	2.62		3.090	3.70	
1908.....	11.257	14.28		3.616	4.21	
	29.214			19.414		
1909.....	2.335	2.66		2.63	3.346	
1910.....	2.298	2.55	3.640		4.04	
1911.....	2.388	2.54	3.566		3.86	
1912.....	1.708	2.51	3.746		3.95	
1913.....	2.554	2.65	4.045		4.16	
1914.....	2.291	2.90	4.364		4.38	
	14.174		22.707			
1915.....	2.919	2.85	4.57	4.438	4.34	4.09
1916.....	2.156	1.98		4.263	4.06	
1917.....	2.805	2.60		4.217	3.91	
1918.....	15.843	14.32		4.916	4.48	
1919.....	3.789	3.33		4.409	3.87	
1920.....	2.740	2.34		4.608	3.90	
	17.299		26.851			
1921.....	2.329	4.95	2.45	4.641	3.90	3.18
1922.....	4.076	3.24		4.483	3.53	
1923.....	2.861	2.14		4.183	3.14	
1924.....	3.092	2.13		4.483	3.10	
1925.....	4.592	3.06		4.383	2.93	
1926.....	3.787	2.21		4.183	2.53	
	20.737		26.354			


Fonte: Barroso (1927:821).

**O VINHO RECONSTITUINTE**  
 Recommendado e preferido por  
 eminentes clinicos brasileiros


**SILVA ARAUJO**




"de preparados analogos, nenhum a meu ver, lhe é superior e poucos o igualam, sejam nacionaes ou estrangeiros; a todos, porém, o prefiro sem hesitação, pela efficacia e pelo meticoloso cuidado de seu preparo, a par do sabor agradavel ao paladar de todos os doentes e convalescentes."  
*Prof. ROCHA FARIA.*



"excelente preparado que é empregado com a maxima confiança e sempre com efficacia nos casos adequados."  
*Prof. MIGUEL COUTO.*



"é este um preparado que merece a minha inteira confiança".  
*Prof. MIGUEL PEREIRA.*



"...excelente tonico nervino e hematogenico applicavel a todos os casos de debilidade geral e de qualquer molestia infectuosa."  
*Prof. A. AUSTREGESILO.*

Tuberculose      Anemia      Rachitismo  
 Inappetencia      Escrophulose