

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

LOURENCE CRISTINE ALVES

O HOSPÍCIO NACIONAL DE ALIENADOS: Terapêutica ou higiene social?

Rio de Janeiro

2010

LOURENCE CRISTINE ALVES

O HOSPÍCIO NACIONAL DE ALIENADOS: Terapêutica ou higiene social?

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. M^a Rachel de G. Fróes da Fonseca

Rio de Janeiro

2010

Ficha catalográfica

A474h Alves, Lourence Cristine.

O Hospício Nacional de alienados: terapêutica ou higiene social? / Lourence Cristine Alves. – Rio de Janeiro: s.n., 2010. 129f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010.

1. Hospitais Psiquiátricos/história 2. Psiquiatria/História 3. Saúde mental 4. Saúde pública. 5. Brasil

CDD 362.21

LOURENCE CRISTINE ALVES

O HOSPÍCIO NACIONAL DE ALIENADOS: Terapêutica ou higiene social?

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

Aprovada em agosto de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. M^a Rachel de G. Fróes da Fonseca (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz) –
Orientador

Profa. Dra. Magali Gouveia Engel (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Prof^a. Dr^a. Cristiana Facchinetti (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

SUPLENTES:

Prof. LD Antonio Edmilson Martins Rodrigues (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro)

Profa. Dra. Tânia Salgado Pimenta (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

*Ao meu sempre tio,
Cesar Ignácio, que de uma forma não muito feliz, foi o responsável pelo meu
primeiro mergulho no universo da loucura.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, primeiramente, à Fundação Oswaldo Cruz que me concedeu uma bolsa de auxílio acadêmico durante todo o curso de mestrado, aos membros e suplentes da banca: Prof^a. Dr^a. Magali Gouveia Engel, Prof^a. Dr^a. Cristiana Facchinetti, Prof^o. LD Antonio Edmilson Martins Rodrigues, Prof^a Tânia Pimenta e também aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz. Agradeço ainda ao Instituto Municipal Nise da Silveira pela autorização da pesquisa e ao Comitê de Ética do Instituto de Psiquiatria Philippe Pinel pela aprovação do projeto de pesquisa.

À minha orientadora M^a Rachel de G. Fróes da Fonseca gostaria de oferecer um agradecimento especial pela paciência, compreensão, dedicação e valiosas contribuições ao meu trabalho. Agradeço principalmente a liberdade de produção e idéias e ao apoio durante todo o processo.

Ai, ai, agradecer... esse, ao lado do momento após o término da defesa, deve ser o melhor neste processo, lento e demorado, mas que inegavelmente trás em si sua dose de prazer. Quando escrevi os agradecimentos de minha monografia, foi tudo tão corrido e apressado que nem pude gozar do momento e agradecer a cada um que fez parte da gestação. Até porque foi uma gestação demasiadamente prematura. Porém agora as coisas são diferentes. A correria continua a mesma, o tempo já se esgotou, mas ainda tenho alguns instantes pra curtir os últimos minutos e “dar a Cesar o que é de Cesar”, agradecendo a todos os que minha mente cansada e confusa permitir emergirem como coadjuvantes desse processo.

Já que se trata de um trabalho de História, recorramos a ela. Agradeçamos teleologicamente aos amigos de infância e aos de mestrado, passando pela família, é claro. Assim, começo meus agradecimentos pela minha família do coração, a família Dias, Luana (Lu), Gabriel (Bí), Bete e Kleber. Minha irmã de leite e de tudo Carolina Bitencourt (Carol), que é a comprovação de que o leite materno transmite muito mais que nutrientes para nós.

Das escolas, que, aliás, foram muitas, gostaria de agradecer a Gabriela Miranda (Gabi), que me fez entender o valor da disciplina, ainda que eu não tenha conseguido adotá-la para minha vida. Meus grandes amigos Marcos Vinicius Velozo, Gisa Cortês, Liana Carreira, Juliana Fionda e Shari Almeida, por todos os momentos durante e após

E.T.E. Adolpho Bloch, por todas as histórias... Em especial agradeço a meu alter ego Paulo Victor Leite Lopes, ao qual nem consigo escolher as palavras pra agradecer (PS: está tocando Los Hermanos agora...), você me fez e sempre me faz acreditar em mim, cara, me inspira e me ajuda SEMPRE, e desde SEMPRE, te amo, viu! Agradeço também a minha amiga sumida Mônica Silva dos Santos, com quem eu tinha as melhores químicas de escrita, quem me mostrou outro lado do catolicismo, quem me mostrou beleza no mundo.

Minha graduação nunca terminou... e os amigos, os de verdade, só se fortalecem mesmo depois da formatura... e que formatura... dessa forma meus amigos da UERJ jamais poderiam ficar de fora... começo pelo meu grande amigo, ouvinte e salvador de todas as horas Rogério, Juliana Palmeira (Juju), Angélica Ferrarez, Alcides Oliveira (Cidão, o bonzinho), Thiago Leal (Thiagão), Lívia (liv), Mariane Loureiro, as Carlas Chaves e Farias, os casais que já viraram uma só pessoa, Mary e Edson, Dudu e Cintia, Fábio e Lú, Juliana Bretas (a Soraya), Deilza (Dê), Sanger Nogueira, Igor Castelo Branco, Thiago Viana, Andre Coutinho (Dede e Deudeu) pelas farras, risos, Revoltas e cachaças nossas de cada quarta... A Juliana Lemos (Ju) eu devo um agradecimento especial, amiga você foi e é mil, participou e participa de todos os momentos da minha vida, desde que nos tornamos amigas, sempre com sua presença fundamental, te adoro muiiiittttooooo. (PS: Essa é a hora do ciúme por parte das demais amigas, risos).

Existem ainda os amigos da vida, aqueles que estão para além do lugar ou momento em que conhecemos e do tempo que passamos juntos, acima das distâncias e das presenças... Desses, agradeço a Naiara Paula (Nai), às vezes duvido que você realmente exista, aquela que me transporta desse mundo e que é parte vital de mim, o que explica todas as sensações e altos e baixos... Fernando Menegath, um achado do destino, Carla Carolina, minha baiana favorita, Daniela Calcia e Marcelo Sant'ana meu passaporte para o samba, Fernando Alves (Fê), minha alegria contagiante. A leitora e amiga atenta Maria Regina Cotrim, que com suas contribuições valiosíssimas me deu o pontapé final da dissertação.

A trajetória profissional também me presenteou com pessoas maravilhosas, agradeço a Carolina Souto da CSU, Verônica Marinho, Patrícia Rosário, José Alves (o Zé) do projeto SUS, Pedro Galdino, Dirce, Geilsa Moura, Vitor Matos, Paulo e Leandro Thompsom pelos momentos inesquecíveis no Nise da Silveira, Ana Carolina Guedes, Priscila D'Ávila, João Henrique, Dhiego Mapa e Vitor Manuel, pelos momentos bons e ruins do MHN. E um agradecimento especial a Rosangela Bandeira que me ensinou mais

do que trâmites arquivísticos e manhas profissionais, mas me ensinou a trabalhar com paixão.

Chegando a COC não posso deixar de agradecer a Danielle Coutinho (a Dani), Nemuel Oliveira (Nemu), Diadney Helena, Poliana Valente, Beth Kobaiashi e Georgina Gadelha vocês são os melhores amigos de turma que uma pessoa poderia ganhar.

Finalmente agradeço a minha família, meus pais, os grandes responsáveis biológica e financeiramente pela minha vida, em suas respectivas proporções. Em especial a minha mãe Eny Alves, é claro, que sempre me deu e me dá força e apoio em tudo. E ao meu pai Alexandre Machado, de quem herdei tantos traços de minha personalidade. Minhas tias e segundas mães Luci e Regina, iguais a vocês ninguém tem. Minha irmã Rayanne (Ray) que com chatice ou sem chatice colore minha vida. E as crianças da minha vida Emanuel e Yan, alegrias da casa. Agradeço ainda a minha família agregada, Tia Deise, tio Mario, Uilla e Maria Alice. E em especial a minha prima e melhor amiga Érika por todo o apoio, atenção e paciência de sempre, te amo!!!

Finalizando esse longo agradecimento, agradeço desde já à pessoinha que trago dentro de mim, e que foi minha força e motivação da reta final, Carolina Maria de Jesus Alves de Abreu Brazil, ufa... nome de historiadora, embora eu espere que o destino reserve melhor sorte a ela do que à mãe, (risos)... Se a vida começa no ventre, que nosso amor se inicie com essa singela manifestação, de muitas, espero...

Por último a pessoa mais importante nessa chegada, Daniel de Abreu Brazil, o meu amor, que como diria Chico “tem um jeito manso que é só seu”. Não minto quando digo que sem ele eu não estaria aqui. Foi ele quem me deu força, apoio, carinho, amor, que acreditou em mim desde o início. Obrigada por todos os cafés, almoços, jantares e lanches de amor, por me desligar na hora certa e por me permitir concentração quando preciso. Pelas manhãs, tardes, noites e madrugadas juntos em presença ou coração. Eu te amo infinito, ponto final, acabou.

SUMÁRIO

Lista de anexos	11
Resumo	13
Abstract.....	14
Introdução	15
Capítulo I: Hospício Pedro II: um lugar à sombra para os loucos brasileiros	20
1.1. Ciência, Política e Filantropia: elementos, personagens e cenários que antecederam a criação do Hospício.	20
1.2. “Aos loucos o Hospício”: nascimento e primeiros passos.	25
1.3. A chegada da República: não foram só nomes que mudaram.....	32
1.3.1. A Política republicana: mudanças ou permanências?.....	32
1.3.2. Rodrigues Alves e a sociedade carioca: os impactos das mudanças nas diferentes esferas sociais	34
1.4. Teixeira Brandão, Juliano Moreira: para uma nova especialidade uma nova instituição.	42
Capítulo II: A alienação e os alienistas: do paradigma da loucura consolida-se uma nova especialidade.....	48
2.1. Que loucura é essa?	48
2.1.1 As alegorias da Grécia Antiga.....	48
2.1.2. Da Idade Média ao mundo moderno	50
2.2. As correntes e as influências que compõem o discurso da loucura.....	61
2.2.1. Phillipe Pinel e o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação.....	61
2.2.2. Esquirol e a sistematização do pensamento de Pinel.....	63
2.2.3. Morel e o aprofundamento do organicismo.....	65
2.2.4. Emil Kraepelin e o organicismo alemão.....	66
2.3. Os alienistas brasileiros de 1883 a 1910: a medicina mental pede passagem e conquista seu espaço.....	70
Capítulo III: Os alienados: quem eram os habitantes do “cemitério”.	79
3.1. O que os números dizem: análise quantitativa dos pacientes do HNA (1883-1910).....	79
3.1.1. O século XIX.....	80
3.1.2. O século XX	86
3.2. O que fazer com nossos loucos? : o poder da medicina e o poder do Estado	95

3.2.1. O poder da medicina mental.....	95
3.2.2. O Estado Brasileiro e a psiquiatria Nacional: a loucura percorrendo esferas ...	98
3.3. Os receptáculos do discurso médico: confronto entre discurso e prática.....	102
Considerações Finais	108
Referências Bibliográficas.....	112
Anexos.....	117

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS	117
ANEXO 1 – Dados relativos ao século XIX (1883-1900)	
A.1.1 Dados estatísticos dos Relatórios Ministeriais (1883-1900)	
Gráfico nº1: Movimentação de pacientes (1883-1900).....	118
Gráfico nº2: Estatística de entradas (1883-1888)	118
Gráfico nº3: Estatística de saídas (1883-1888).....	118
Gráfico nº4: Estatística de falecimentos (1883-1888).....	119
Gráfico nº5: Movimentação de pacientes (1890-1900).....	119
Gráfico nº6: Estatística de entradas (1890-1900)	119
Gráfico nº7: Estatística de saídas (1890-1900).....	120
Gráfico nº8: Estatística de saídas (1890-1900).....	120
A.1.2 – Dados estatísticos dos prontuários dos pacientes do Hospício de Pedro II (1883-1900)	
Gráfico nº9: Comparativo dos pacientes por sexo (1883-1900).....	120
Gráfico nº10: Estatística por diagnóstico	121
Gráfico nº11: Estatística de cor	121
Gráfico nº12: Estatística de internantes	121
Gráfico nº13: Estatística de forma de saída.....	122
A.1.3 – Comparativos estatísticos dos prontuários dos pacientes do Hospício de Pedro II (1883-1900)	
Gráfico nº14: Comparativo de diagnóstico por sexo.....	122
Gráfico nº15: Estatística de diagnósticos por cor	122
Gráfico nº16: Comparativo de internante por sexo	123
Gráfico nº17: Comparativo de internante por cor.....	123
ANEXO 2 – Dados relativos os século XX (1901-1908)	
A.2.1 – Dados estatísticos dos Relatórios Ministeriais do Hospício Nacional de Alienados (1901-1908)	
Gráfico nº18: Movimentação de pacientes (1901-1908).....	124

Gráfico nº19: Estatística de entradas (1901-1908)	124
Gráfico nº20: Estatística de saída (1901-1908)	124
Gráfico nº21: Estatística de falecimentos (1901-1908)	125

A.2.2 – Dados estatísticos dos prontuários dos pacientes do Hospício Nacional de Alienados (1901-1910)

Gráfico nº22: Comparativo de pacientes por sexo (1901-1910)	125
Gráfico nº23: Estatística por diagnóstico	125
Gráfico nº24: Estatística por cor	126
Gráfico nº25: Estatística de internantes	126
Gráfico nº26: Estatística por forma de saída	126
Gráfico nº27: Estatística por idade	127
Gráfico nº28: Estatística de profissões	127

A.2.3 – Comparativos estatísticos dos prontuários dos pacientes do Hospício Nacional de Alienados (1901-1910)

Gráfico nº29: Comparativo de forma de saída por sexo	127
Gráfico nº30: Comparativo de forma de saída por cor	128
Gráfico nº31: Comparativo de diagnóstico por sexo	128
Gráfico nº32: Comparativo de diagnóstico por cor	129
Gráfico nº33: Comparativo internante por sexo	129
Gráfico nº34: Comparativo internante por cor	130
Gráfico nº35: Comparativo de diagnóstico por forma de saída	131

RESUMO

O Hospício Pedro II, posteriormente denominado Hospício Nacional de Alienados (HNA), foi criado em 1841, mas somente inaugurado em 1852 para abrigar indivíduos considerados loucos residentes no Distrito Federal e cercanias. Naquela época, a instituição foi idealizada para receber qualquer pessoa que sofresse de moléstias mentais. À primeira vista ao observarmos os prontuários do hospício, percebemos que não havia homogeneidade entre os internos, existindo todo o tipo de indivíduos, com diferentes moléstias e com diversas características físicas e sócio-econômicas. Contudo, uma observação mais detalhada, por meio de uma pesquisa qualitativa, nos mostra especificidades comuns aos pacientes: um número significativamente superior de pacientes oriundos de camadas sociais menos favorecidas e uma predominância, principalmente entre estes, de determinados diagnósticos. Apoiado nestas informações, este trabalho procura investigar o discurso da loucura paradigmaticamente aceito pela psiquiatria nacional; quem são os receptáculos deste discurso na sociedade; como ocorre a interação entre discurso e prática psiquiátrica; e se há por parte do Estado brasileiro uma apropriação do discurso médico como forma de higiene social.

Palavras-chave: Hospício Nacional de Alienados; História da Psiquiatria brasileira; loucura

ABSTRACT

The mental hospital Pedro II, after named Hospício Nacional de Alienados, was founded in 1841 but only opened in 1852 in order to shelter those who living in Federal District and surroundings were considered insane. At that time, the institution was idealized to welcome anyone who suffered from mental diseases. At first sight, taking into account the patient charts it is possible to notice there were no homogeneity among inmates due to the fact there were all sort of people presenting different diseases and also distinct physical and socio-economic features. However, if we take a closer look by means of a quantitative research similarities among them can be observed: as a significant larger number of people from less advantages social groups and a dominance of certain diagnosis as well. Based on this information, this work intends to investigate the insanity speech which is commonly accepted by national psychiatric; people who agrees with this discourse in society; how speech and practice of psychiatry interact and whether Brazilian State uses medical discourse as a way of social hygiene.

Keywords: Hospício Nacional de Alienados; Brazilian Psychiatry history; insanity

INTRODUÇÃO

Tudo começa com uma idéia, que ganha forma de projeto, e é concebida em forma de trabalho de dissertação. No caso deste trabalho o nascimento da idéia ocorreu a partir do contato com os prontuários dos pacientes do Hospício Nacional de Alienados, durante o tempo de estágio no Arquivo Histórico do Nise da Silveira. Após perceber quão rica era a documentação e buscar um apoio bibliográfico para respaldar a idéia, o trabalho ganhou corpo.

Entretanto, o contato com a literatura sobre a temática da loucura e da psiquiatria nacional nos fez perceber que havia uma voz silenciosa neste contexto que precisava ser ouvida. Por isso, decidimos escrever um projeto que se propusesse a olhar para o lado menos visível em grande parte dos trabalhos sobre o tema. Para tanto, algumas questões práticas foram fundamentais. Foi preciso definir claramente um tema em torno do que ainda era só uma idéia, delimitar temporal e especialmente o tema, problematizá-lo por meio de uma hipótese, traçar os objetivos, levantar e organizar as fontes primárias e bibliográficas, e por fim conceber o trabalho final.

Assim, o presente trabalho apresenta um perfil dos pacientes do Hospício Nacional de Alienados, entre os anos de 1883 e 1910, contextualizando estes pacientes ao espaço no qual estavam inseridos e aos personagens que coadjuvavam com eles. A escolha da data deveu-se à importância destas em relação ao tema. O ano de 1883 pode ser considerado um marco para a psiquiatria nacional por ser o ano de inauguração da cátedra de clínica psiquiátrica e moléstias nervosas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. E o ano de 1910 tem fundamental importância por ser o ano em que foi feita a primeira classificação para as doenças mentais no Brasil, confirmando a maturidade da psiquiatria nacional.

Nas linhas que seguem, procuramos elaborar um trabalho que olhasse para os pacientes do Hospício, que buscasse perceber quem eram esses indivíduos e por que e por quem estavam internados. Para a compreensão de tais questões, o esquematizamos de forma que contemplasse o contexto e as variáveis envolvidas. Dessa maneira, o trabalho está dividido em três capítulos que abarcam os três personagens principais quando falamos de loucura no Brasil: a instituição asilar, os médicos e seu objeto, e os pacientes.

No primeiro capítulo, abordamos a primeira e principal instituição asilar de tratamento da loucura no Brasil, o Hospício Nacional de Alienados. Procuramos elaborar um breve histórico do hospício e enfatizamos ainda a importância do trabalho de dois

grandes nomes da psiquiatria brasileira, João Carlos Teixeira Brandão e Juliano Moreira, demonstrando a importância do trabalho de ambos durante suas respectivas passagens como diretores da instituição.

Dessa maneira, este capítulo apresenta um panorama basilar para nossa pesquisa, com a trajetória do Hospício Nacional de Alienados desde os caminhos que levaram à sua fundação, em 1841, e seus primeiros momentos, até o final do período por nós recortado, 1910. É importante notabilizar que este período é entrecortado por dois momentos políticos bem característicos, a Monarquia e a República. Cientes disto, procuramos deslindar os traços caracteristicamente impressos na instituição em cada um destes momentos políticos. Além disso, a “transição” de um momento ao outro é permeada por uma série de turbulências que não estão alheias à dinâmica do espaço asilar e que também foram apreendidas por nosso trabalho. As modificações trazidas com o advento da República ultrapassaram a esfera político-social e contagiaram o espaço institucional. Não foram somente as referências políticas, médicas e institucionais que mudaram, mas uma nova ordem administrativa e uma nova prática de tratamento asilar começavam a ser delineadas a partir deste momento. Outrossim, procuramos salientar, ainda em relação à instituição de tratamento asilar, algumas questões que nos são caras por sua íntima relação com o projeto que nos propomos empreender, tais como: os movimentos que possibilitaram a construção do espaço; as transformações administrativas da instituição e suas ligações com o cenário político-social brasileiro; a relação entre estas transformações e a consolidação da psiquiatria nacional; a relação entre as mudanças discursivas da psiquiatria nacional e as práticas, refletidas na instituição hospitalar.

Falamos do hospício sempre ligado a seu contexto histórico, por isso demonstramos um pouco do cenário político-econômico e sócio-cultural, no qual nossa temática se desenrola. Nosso trabalho compreende dois momentos políticos importantes e distintos na história do Brasil, o final do regime monárquico e o nascimento do regime republicano. Por esse motivo, não pudemos deixar de abordar alguns aspectos do contexto histórico que estiveram intimamente ligados aos personagens de nosso trabalho.

É importante clarificar que nossa proposta não foi a elaboração de uma minuciosa e tampouco, uma história especificamente institucional. Para nós a instituição representa o *locus* no qual nossa problemática se desenvolve. Por esse motivo, nossa abordagem histórica da instituição se deu com o intuito de compreender a relação entre o desenvolvimento institucional da medicina mental brasileira e seus personagens.

No segundo capítulo, nos debruçamos sobre os produtores da doença tal como a entendemos em nosso trabalho, bem como do próprio processo de produção desta loucura como objeto científico. Falamos dos médicos, que formataram um conceito de loucura que servisse a eles de objeto de estudo e gerência. A determinação de um comportamento desviante, anormal, como uma enfermidade e a constituição de uma nova especialidade científica é a grande questão deste capítulo.

A partir do reconhecimento de qual era o conceito de loucura partilhado pela medicina mental brasileira e da identificação de quem eram os responsáveis pelo tratamento da mesma, buscamos apreender o processo de conformação deste conceito enquanto objeto paradigmático de uma nova comunidade científica e, com isto, estender o processo de consolidação da psiquiatria brasileira. Ademais, apresentamos os caminhos percorridos pela ciência psiquiátrica que desembocaram na qualidade de especialidade médica consolidada, possuidora de seu próprio objeto e método.

Para tanto, fizemos uma breve viagem pelo conceito geral de loucura ao longo da história mundial a fim de perceber o processo de transformação deste conceito em objeto científico. Procuramos entender o caminho percorrido por esse conceito até chegar ao Brasil e ser conformado aos contornos da realidade brasileira. E em paralelo a este processo, como uma nova ciência nasceu e se consolidou. Destacamos ainda, as teorias e os teóricos de influência e importância neste processo, que deram o tom a esta consubstanciação conceitual da loucura, conhecendo as correntes que influenciaram todo esse movimento, seja em relação ao conceito e/ou a ciência em si, uma vez que ambos encontram-se, a nosso ver, intimamente ligados. Finalizando este capítulo, examinamos a relação entre discurso e prática desta medicina psiquiátrica, procurando paralelas e perpendiculares entre estes, durante todo seu processo de afirmação e consolidação.

Por último, temos no terceiro capítulo o desenvolvimento real da nossa problemática. Neste capítulo, trabalhamos nossas principais fontes primárias, os prontuários dos pacientes do Hospício Nacional de Alienados. Por meio de uma análise quantitativa dos dados dos prontuários, delineamos um perfil dos pacientes internados na instituição, procurando conhecer de forma totalizante quem eram esses indivíduos. Acreditamos que este conhecimento, essa identificação coletiva, nos permite compreender os motivos pelos quais estes pacientes teriam este perfil. Podemos afirmar que este é o capítulo chave de nosso trabalho, pois ele encerra a análise demarcada por nós em quatro elementos: asilo,

alienistas, alienação e alienados. Além disso, cremos que este último elemento de análise é o que nos permite maior clareza na elucidação de respostas para nossa hipótese.

Os prontuários com os quais trabalhamos possuíam a seguinte estrutura de dados: nome, número do prontuário, seção, nacionalidade, naturalidade, classe, cor, sexo, idade, estado civil, data de entrada na seção, profissão, residência, procedência, internante, data de entrada no hospício, diagnóstico, assinatura com data do médico assistente, dados da matrícula (assinatura do diretor do HNA, número de matrícula, número de registro no livro de observações e data), dados sobre alta (data da alta, data da saída e assinatura do médico), dados de falecimento (data de falecimento, causa *mortis* e assinatura do médico) e assinatura do diretor do HNA no final. É importante ressaltar que estas categorias de dados variavam em riqueza e especificidade de preenchimento de um prontuário para outro.

Por meio das informações que pudemos coletar dos prontuários, elaboramos uma análise quantitativa seguindo uma metodologia de apuração de dados que nos permitisse esquadrihar um perfil destes pacientes. Para isso, selecionamos categorias que nos aduzisse aspectos não só médicos, mas também sócio-econômicos dos indivíduos internados. A escolha destas categorias obedeceu não apenas aos interesses desta pesquisa, mas principalmente ao respeito às informações oferecidas pelas fontes, de forma que compreendendo as limitações de nosso material, elaboramos agrupamentos de acordo com o número de dados obtidos. Isto quer dizer que as categorias e agrupamentos por nós elaborados foram selecionados de acordo com as maiores ocorrências nos prontuários. Através deste processo objetivamos uma demonstração estatística das proposições de nossa pesquisa.

A partir desta sistematização estatística, nos propusemos a discriminar quem eram os alienados, objeto científico da psiquiatria investigada no capítulo anterior e “habitante” da instituição asilar perscrutada em nosso primeiro capítulo. Ao elaborar este panorama numérico, pudemos esclarecer o quanto de homogeneidade e de heterogeneidade científica e sócio-econômica havia no interior dos muros do Hospício Nacional de Alienados. Ambicionamos através desta identificação e da análise dos receptáculos do discurso médico, apreender deste discurso seu tom, assimilando as distinções e semelhanças entre estes discursos e as práticas empreendidas no interior da instituição.

Para a concretização desta idéia, além da análise das fontes, elencamos outro prisma analítico, a leitura e estudo de caso de uma obra escrita no interior da instituição, por um

de seus pacientes e que procurou expor o olhar do autor, sobre a instituição e sobre a condição do louco no Rio de Janeiro de então. Trata-se do livro “Cemitério dos vivos” de Lima Barreto, que nos permitiu acesso a uma visão literária de algumas questões que nós procuramos apurar.

Em segundo lugar, percebemos que havia algumas tensões entre interesses do Estado e aspirações da medicina psiquiátrica para com estes pacientes em relação à própria prática de internação terapêutica. Percebemos e demonstramos que havia compatibilidades e incompatibilidades entre medicina e Estado brasileiro, que esclareciam uma questão da nossa pesquisa: o que fazer com os nossos loucos? Vimos que este era um problema encarado de forma diferente por estas duas esferas de poder.

Dessa forma encerramos nosso trabalho com a questão da relação entre o poder da medicina mental e o poder Estatal, demonstrando as tensões e consonâncias entre estes, e os limites e interesses de cada um. Finalizamos com a sinalização de que o fato de a grande massa de pacientes internados configurar-se de indivíduos oriundos das classes mais baixas da sociedade demonstra o quanto de isenção e de comprometimento havia em cada uma destas esferas de poder.

Assim sendo, um estudo mais aprofundado dos personagens da loucura e do próprio conceito de loucura academicamente aceito nos permite apreender as relações entre os discursos científicos e o Estado brasileiro. Por meio de uma análise em diversas esferas envolvidas no processo, nosso trabalho apresenta os elementos corroborativos à nossa hipótese. cremos que havia, por parte do Estado brasileiro, certa intencionalidade política no “afastamento” e/ou internação de determinados elementos socialmente inoportunos, do cenário social urbano carioca. Por isso estabelecemos este confronto entre vozes distintas, envolvidas no processo de emergência de um aparelho institucional de poder sobre loucura e loucos, para entender as manifestações das dimensões político-sociais da loucura como um saber/poder.

CAPÍTULO I

HOSPÍCIO PEDRO II: UM LUGAR À SOMBRA PARA OS LOUCOS BRASILEIROS

1.1. Ciência, Política e Filantropia: elementos, personagens e cenários que antecederam a criação do Hospício

A idéia de construir um hospício para abrigar os considerados insanos da cidade do Rio de Janeiro e cercanias, foi sendo gestada ao longo do século XIX. O nascimento e consolidação da primeira instituição brasileira destinada ao tratamento da loucura foram antecidos por intensas negociações, diferentes personagens e cenários coloridos. A criação do Hospício de Pedro II iniciou-se a partir do decreto nº 82 de 18 de julho de 1841, o qual por ocasião da maioridade de D. Pedro dizia que:

“Desejando assinalar o fausto dia de Minha Sagração com a criação de um estabelecimento de publica beneficencia: Hei por bem fundar um Hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de - Hospicio de Pedro Segundo -, o qual ficará anexo ao Hospital da Santa Casa da Misericordia desta Côrte, debaixo da Minha Imperial Protecção, Applicando desde já para principio da sua fundação o producto das subscrições promovidas por uma Commissão da Praça do Commercio, e pelo Provedor da sobredita Santa Casa, além das quantias com que Eu Houver por bem contribuir”. (BRASIL. Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841).

Entretanto o período que antecede à criação do hospício foi marcado por conturbações no campo da política e no campo da ciência, quando a medicina que caminhava rumo à consolidação social ainda lutava contra a prática leiga de tratamento médico, buscando cooptar a população para o tratamento institucionalizado, especializado, a fim de garantir com isso a legitimação de seu campo e espaço de atuação.

No contexto das mudanças ocorridas no país por ocasião da vinda da Família Real Portuguesa, em 1808, podemos destacar, em relação à medicina, a criação dos primeiros espaços institucionais de ensino médico-cirúrgico no Rio de Janeiro e em Salvador, com o intuito de formar quadros profissionais para a prática médica especializada que atendessem à demanda dos serviços públicos. Até aquele momento não havia no Brasil, ao contrário das demais colônias americanas, espaços de ensino superior, ficando a educação durante o século XVIII fundamentalmente a cargo dos seminários jesuítas. Na passagem do século XVIII para o XIX, em meio a renovações inspiradas na Reforma Pombalina, surgiram as primeiras associações e sociedades científicas e literárias nas terras brasileiras. O despontar destas agremiações foi de fundamental importância para o crescimento cultural e científico,

bem como para a organização institucional e consolidação social da profissão médica no país (FERREIRA; FONSECA; EDLER, 2001).

Neste período, o exercício da medicina era facultado somente a físicos e cirurgiões portadores de um atestado de habilitação e licenciados pelo cirurgião-mor do Reino, conforme definira o regulamento de 23 de maio de 1800. Devido à ausência de escolas e faculdades de medicina no país, os médicos-práticos que tivessem atuação comprovada e atestada no exercício da medicina recebiam licenças de acordo com o perfil e as práticas. A criação das Escolas de Anatomia, Cirúrgica e Médica representou importante avanço para a abolição de entraves e restrições da prática médica no Brasil e um grande passo para a institucionalização do campo médico no país. A instauração do ensino de medicina no Brasil foi de suma importância para o aperfeiçoamento da ciência médica e geral no país, e para a legitimação do médico formado no Brasil frente às demais práticas de cura.

Após a independência, e com a Constituição de 1824 de D. Pedro I, diversas mudanças na legislação impactaram efetivamente nas práticas médicas. Em 1826, por Decreto Imperial, foi estabelecida a autonomia das academias médico-cirúrgicas, facultando a estas a concessão de dois tipos de diploma, o de Cirurgião Aprovado e o de Cirurgião Formado, terminado, assim, com a subordinação ao físico-mor e à Coimbra, o que conferia maior autonomia e legitimidade a estas instituições. Em 1828 foi extinta a Fisicatura-mor, passando o controle e fiscalização da prática médica para as Câmaras Municipais, que adquiriram nova significação durante o governo imperial.

Além disso, em meio a agitações políticas de um Brasil recém-independente, com uma constituição outorgada recentemente e com algumas conturbações territoriais (como a questão da Cisplatina), foi fundada em 30 de junho de 1829 a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Nascida sob o modelo da academia francesa de medicina despontou no cenário nacional como o espaço para o debate dos assuntos específicos sobre saúde e doenças, e para propor soluções frente a questões de saúde pública e do exercício da medicina. Segundo Roberto Machado, foi neste momento que surgiu no Brasil a idéia de uma medicina social, que inovaria os moldes da ciência e da prática médica que existiam até aquele momento no país (MACHADO, 1978).

E foi a esta mesma Sociedade que em 1830 a Câmara Municipal solicitou a elaboração de um novo plano para as escolas médicas do Rio de Janeiro e Bahia. Deste Plano, proposto por membros da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, originou-se a lei de 1832, que transformou as academias médico-cirúrgicas em Faculdades de Medicina,

tanto no Rio de Janeiro quanto em Salvador. As faculdades nasceram, então, sob a influência de idéias propostas e defendidas na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. A Lei de 1832, além de estabelecer sua denominação como Faculdade, definiu também uma nova estrutura, o aumento do nº de cadeiras, novas exigências nos exames preparatórios, orientando-se pelo modelo dos estatutos e regulamentos da Faculdade de Medicina de Paris (FERREIRA; FONSECA; EDLER, 2001).

Através da criação de seções segundo as áreas específicas no campo da medicina, a Sociedade promovia estudos e debates sobre as questões médicas, identificando os pontos problemáticos e sugerindo melhorias ao Governo, no tocante às questões de higiene e de salubridade. Desta forma, a medicina foi se institucionalizando, configurando sua atuação no cenário científico, social e político no país. Em um dos relatórios da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro sobre a salubridade geral, publicado em 1830, pela primeira vez tratava-se da questão do louco como um problema médico-social. Este relatório, que tinha como objetivo informar às autoridades sobre as condições sanitárias e de atendimento das instituições de saúde do Rio de Janeiro, tendo como foco principal a Santa Casa de Misericórdia, comentou, dentre outras coisas, sobre a necessidade de criação de espaços distintos no hospital para o atendimento de certos tipos de patologia. E diante disto, a questão da construção de um espaço apropriado para as moléstias mentais foi apresentada de forma sistemática pela primeira vez, dando início a discussões e publicações sobre o tema.

Além de relatórios como o citado, foram também publicados artigos em periódicos especializados que igualmente corroboravam as posições apresentadas pela Sociedade, sinalizando os problemas com relação às condições de assistência aos loucos. Estava em pauta o problema da livre circulação de loucos pelas ruas do Rio de Janeiro e a criação de um espaço especial para enclausuramento terapêutico dos mesmos. Num artigo publicado na *Revista Médica Fluminense*, Luís Vicente De Simoni, um dos fundadores da Sociedade de Medicina, abordou as condições precárias em que se encontravam os “doidos e doidas” no Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Ao descrever o espaço, as instalações e o (não) tratamento que estes indivíduos recebiam, clamava por um olhar atento do Governo Imperial para o problema, para que fosse criado um espaço apropriado de tratamento para estes loucos. Assim, a medicina procurava pensar o problema da loucura e propunha um caminho para solucioná-lo.

“A querer-se tratar os doudos como convem que se faça, he preciso não só conservá-los em hum local apropriado, mas também que esse local seja separado, e até afastado de outros estabelecimentos, que possam ser prejudiciaes aos alienados, ou ao methodo de seu tratamento” (DE SIMONI, 1839, p. 257)

A partir de então, a idéia de loucura foi passando de uma questão social que estava à margem, para uma visão científica e política, sendo compreendida como um problema que precisava ser tratado às luzes da ciência, e sendo uma atribuição do Estado. O louco não seria, a partir de então, mais considerado pejorativamente como um personagem urbano, mas sim como um indivíduo sofredor de um transtorno, que se não era curável, era passível de tratamento pela medicina. O problema de uma assistência adequada aos loucos foi colocado em debate como sendo um objeto de responsabilidade do Estado, contudo com o devido assessoramento da medicina.

Entretanto, a assistência médica neste período era fundamentalmente realizada em instituições de caráter filantrópico. A ciência médica, na medida em que conquistava seu espaço, convertia seu discurso em um instrumento otimizador dos espaços assistenciais, propondo orientações com o objetivo de adequar as instituições hospitalares e de assistência aos objetivos preconizados pela medicina. A medicina empenhava-se para transformar as práticas caritativas adotadas nas instituições de saúde, em práticas científico-assistenciais. E a idéia da construção de um espaço distinto e específico para o tratamento da loucura se inscrevia neste pensamento.

Neste período ainda não existia um aparato estatal capaz de administrar e fiscalizar a instalação e o funcionamento de instituições higiênico-sanitárias no país, segundo os moldes preconizados. Por isso, a medicina a partir de seu discurso, suas proposições, relatórios e críticas, procurava normatizar o funcionamento das instituições. Tudo estava atrelado.

Dessa forma, o relatório da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, aliado às mobilizações e negociações políticas do então diretor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, José Clemente Pereira, permitiu uma comunhão entre medicina, assistência filantrópica e o Império. Clemente Pereira acreditava que as idéias defendidas pela Sociedade de Medicina, no sentido de criar unidades de tratamento especializadas por tipo de doença, seriam altamente eficazes, segundo os padrões científicos da época, e constituiriam inovações importantes a serem introduzidas na Santa Casa (MACHADO, 1978).

Por esse motivo, percebemos a introdução de uma série de melhoramentos na instituição, entre os anos de 1838 e 1854. Como nos mostra Sanglard, dentre estes podemos destacar “a transferência do cemitério para a região do bairro do Caju; a construção de um novo hospital com 11 enfermarias; a criação de um prédio especial para os alienados, a fim de separá-los dos outros doentes, e novas acomodações para os expostos e órfãos” (SANGGLARD, 2005, p.51). Tais transformações foram possibilitadas, em sua maioria, por recursos oriundos de verbas do Imperador, de loterias e dos chamados “impostos da vaidade” – venda de títulos de nobreza não-hereditários.

O desejo de Clemente Pereira era transformar a Santa Casa em um hospital moderno e eficiente, para o qual acorreria a crescente população do Rio de Janeiro – especialmente os trabalhadores assalariados – em busca de serviços médicos confiáveis. Além de todas estas transformações e a fim de dar maior credibilidade e consistência aos seus objetivos, o provedor enviou para a Europa, em 1845, o médico Antônio José Pereira das Neves, com a missão de estudar detalhadamente o tratamento recebido pelos alienados na França, Bélgica, Alemanha, Inglaterra e Itália (MACHADO, 1978).

Foi desta interseção e neste cenário que a primeira instituição específica e especializada para o tratamento da loucura foi concebida. Com uma pitada de ciência, preconizada pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que em 1835 foi elevada à Academia Imperial de Medicina, ampliando sua relação com o Estado brasileiro. E também com um punhado de filantropia, representada pelos esforços e alianças caritativas obtidas por José Clemente Pereira. E uma porção de política, através do Governo Imperial que em 1841 decretou, juntamente com a maioria de Pedro II, a criação de um Hospício homônimo ao monarca. Cada um desses elementos esteve presente e teve participação em proporções relativas ao espaço e notabilidade que possuíam no cenário brasileiro do século XIX.

1.2. “Aos loucos o Hospício”: nascimento e primeiros passos

As instituições estatais são corpos administrativos que mantêm íntima relação com o panorama em que estão inseridas e o Hospício Pedro II não escapou a esta máxima. Portanto, para o entendimento desta instituição é preciso, primeiramente, identificar e entender o solo sobre o qual foi plantado. A inauguração no ano de 1852, como parte de um processo inicializado com o decreto de 1841, de sua criação, não se deu em uma década aleatória, mas em um período de importantes transformações no cenário nacional, que são de considerável importância para o entendimento da emergência de uma instituição deste porte e função.

Findas as regências e emancipado o Imperador, o Brasil caminhava rumo ao desejo de pertencer ao *hall* das nações civilizadas, para tanto era necessário romper alguns obstáculos, efetuando algumas transformações internas. O formato da mão-de-obra da economia nacional, que ainda se mantinha com a utilização da mão-de-obra negra escrava, pode ser destacado como uma das mais importantes. Uma vez que, em tempos onde os países europeus ditavam as normas de civilidade, a extinção do trabalho escravo era um dos principais pontos para alinhar uma nação aos padrões da modernidade europeia. A pressão inglesa se tornava cada vez mais forte e em 1845 foi decretado pelo parlamento inglês o *Bill Aberdeen*, que além da proibição do tráfico de escravos, dava aos ingleses o poder de abordarem e aprisionarem navios dos países que mantivessem esta prática.

Diante disto, foi aprovada a Lei Eusébio de Queirós, em 1850, que proibia o tráfico negreiro no Brasil, medida que embora fosse de encontro com as opiniões e práticas econômicas e sociais do país, era de fundamental importância para introduzi-lo nos trilhos da civilização, que era o objetivo orientador de grande parte das práticas e medidas adotadas pelo Governo Imperial neste período.

Foi na década de 1850 que o Brasil deu seus primeiros passos na mudança dos modelos de trabalho, não só com a promulgação de leis como esta, mas também no estímulo, por parte do Governo Imperial, para a utilização de mão-de-obra imigrante. A Lei de Terras foi promulgada no mesmo período, com o objetivo de fincar as bases para a nova configuração que começava a ser delineada. Havia uma grande preocupação para que a passagem de mão-de-obra escrava para a livre fosse feita de forma gradual e organizada. Neste sentido, a reorganização da Guarda Nacional, ocorrida neste mesmo momento, também pode ser destacada como uma medida deste processo transitório, pois seria

importante no contexto de possíveis movimentos contrários à mudança, tendo em vista que acima dos desejos da elite agrária estava o desejo do Império em conformar-se junto às grandes civilizações européias (SCHWARCZ, 1998, p.102)

A diminuição do fluxo comercial de escravos, ainda que paulatina, possibilitou a abertura de novos nichos econômicos, com a gradativa transferência do dinheiro do tráfico para outras atividades comerciais. Um novo Brasil econômico começava a esboçar-se. Este seria, então, o primeiro passo de adequação às regras e ditames internacionais, sendo preciso avançar mais. Por conta disso, várias novidades começaram a brotar no solo brasileiro. As novas estradas de ferro, industrialização, novas instituições de ensino, de pesquisa e de assistência, dentre as quais o Hospício Nacional de Alienados.

A cidade ia se transformando a cada dia. Embora ainda mantivesse em suas veias vestígios das estruturas materiais do escravismo, já eram vistos sinais de modernização latentes por todos os lados da capital. Era uma cidade contraditória, dividida, em processo de modernização e com feições coloniais. A mão-de-obra escrava urbana que transitava rumo à “liberdade” já possuía um status diferenciado dos escravos “rurais”, trabalhadores das fazendas. Na capital carioca da segunda metade do século XIX, transitavam pelas ruas, escravos de ganho, ambulantes, libertos e escravos, imigrantes, senhores e senhoras da alta classe, formando uma massa social difusa.

Essas transformações foram acompanhadas pela alta do preço do café no mercado estrangeiro, que havia sido deficitário entre os anos de 1840 e 1844. De acordo com Lilia Schwarcz a “Corte ganhou, ainda, outras melhorias: arborização (a partir de 1820), calçamento com paralelepípedo (1853), iluminação a gás (1854), rede de esgoto (1862), abastecimento domiciliar de água (1874), e bondes puxados a burro (1859), novas avenidas, novos hábitos de consumo e de vida” (SCHWARCZ, 1998, p.102; p.106).

Mas nem só de flores foi composta a década de 1850, pois nela também ocorreu a primeira grande epidemia de febre amarela da Corte, que matou cerca de 1/3 da população do Rio de Janeiro (CHALHOUB, 2004). Famosa em outros continentes e até então ausente no Brasil, a febre amarela adentrou com força total, assolando a população do Rio de Janeiro, e dividindo a opinião dos médicos quanto a sua forma de chegada e de transmissão. Contagionistas e infeccionistas elaboravam suas teorias a respeito do tema, dividindo o espaço e a cabeça da opinião pública. Essa discussão e a epidemia como um todo marcaram a conquista de espaço pela medicina como grande parceira política e orientadora das ações do Império brasileiro.

Assim, as reformas de aspiração civilizatória ganhavam contorno de transformações higienizadoras, fazendo com que a medicina planejasse e gerenciasse os espaços sociais urbanos. Além da febre amarela, a varíola, a cólera e outras doenças endêmicas também assolavam a Corte carioca. Com isso a promoção da saúde entra na pauta do Império, atacando em diferentes frentes, sempre orientado pelo aparato da medicina, que, paulatinamente, foi ampliando seu espaço de ingerência, autonomia e poder na sociedade, constituindo-se como fonte de saber e prática da saúde.

A alteração acerca da problemática sobre o tratamento mais adequado para os loucos era levantada em consonância com as novas discussões emergentes trazidas pelo modelo de medicina que vinha se configurando no Brasil, acompanhando as mudanças médicas sanitárias mundiais. De caráter bem diferente da medicina praticada na colônia, a medicina durante o período do Império Brasileiro, especialmente no Segundo Reinado, além de garantir sua institucionalização, trazia como seu objeto central um arcabouço complexo maior do que um corpo doente. Fazia parte do seu desejo o esquadramento dos espaços sociais e da sociedade como um todo, sendo este seu real espaço de atuação, uma medicina que transitava do individual para o social. Segundo Roberto Machado, foi no seio da idéia de uma medicina social, que incorporava a sociedade como objeto de estudo e prática, desviando seu foco do corpo físico individual para o coletivo e acreditando estar no meio social, o cerne dos males epidêmicos, que a prática psiquiátrica no Brasil nasceu e se consolidou (MACHADO, 1978).

Para o entendimento do nascimento deste novo modelo de medicina – a medicina social – é importante percebermos que até então a preocupação da medicina não era promover a saúde, mas sim evitar a morte. Não havia uma idéia de prevenção, estando o trabalho da medicina num momento *a posteriori*, enquanto remediadora do mal já instaurado no corpo. O século XIX inaugurou um momento da medicina brasileira que se perpetuou até os dias atuais: a penetração da medicina na sociedade, avançando da singularidade do indivíduo, transpondo o espaço do corpo e contextualizando-o no espaço em que ele se insere, isto é, o meio social do indivíduo, mapeando e buscando no ambiente externo ao corpo a razão para os mais diversos males.

A prática médica perdeu o caráter individualizado e ganhou aspiração de ação política, na qual o foco que anteriormente encontrava-se no corpo físico do indivíduo passou para o ataque a toda causa exterior ao espaço do corpo. Ocorreu um movimento da doença para a saúde, no qual a saúde passava a ser vista como um problema social. Esse

processo de ingerência sobre o universo não mais circunscrito ao corpo do indivíduo doente configurou-se como um processo de medicalização da sociedade (MACHADO, 1978). Foi nesse contexto que a loucura tornou-se doença, de forma que o louco ganhou status de doente mental e o Hospício tornou-se o espaço de enclausuramento destinado à cura de tal doença.

A criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro representou não só uma organização formal e mais forte do campo, mas para a psiquiatria representou a inserção dos alienados na pauta de discussões médicas e políticas. Após o lançamento do estudo sobre as condições de saúde no Rio de Janeiro, elaborado no seio daquela agremiação, as discussões sobre a situação dos loucos na capital imperial foram aquecidas. Até aquele momento não havia na cidade uma política de assistência aos doentes mentais. Estes, quando pertencentes a um grupo social privilegiado, eram tratados no espaço residencial, asilados em seu seio familiar, enquanto os pertencentes a camadas sociais inferiores, quando não perambulavam pelas ruas da capital, encontravam-se sob o julgo da Santa Casa da Misericórdia, confinados nos porões do prédio da instituição. A comunidade médica associada, em 1830, lançou uma forte campanha pela institucionalização de um espaço de tratamento específico aos alienados – “Aos loucos o Hospício” (MACHADO, 1978:376) – denunciando a falta de estrutura e a inadequação do espaço reservado aos loucos no Hospital da Santa Casa da Misericórdia. A base de fundamentação da proposta de criação de um Hospício girou em torno de dois eixos dicotômicos.

De um lado apontava-se o caráter de periculosidade da liberdade do louco que vagava pelas ruas, chamando-se atenção para a possibilidade criminal e hedionda que um surto deste indivíduo poderia acarretar. Destacava-se ainda a possibilidade do atentado à moral que o comportamento desviante de certos alienados podia provocar, no momento em estes indivíduos vagavam livremente pelas ruas da cidade. Liberdade e loucura eram antônimas e nesse contexto a estrutura asilar não era só uma alternativa de higiene social – um desejo do Império de expurgar elementos indesejáveis do cenário social urbano – mas era defendida pelos médicos como espaço de proteção e recurso terapêutico.

Do outro lado, encontravam-se as críticas à instituição que até então funcionava como alternativa à perambulação dos doentes pelas ruas, apontando-se esta como prisão hospitalar, não estando em consonância com as verdadeiras e eficazes instituições para o tratamento da doença. O Hospital da Santa Casa da Misericórdia não oferecia tratamento a estes doentes, que como outros indivíduos sofredores de males patológicos, careciam de

um tratamento adequado à sua patologia. Nos porões do Hospital, os doentes eram esquecidos. Não havendo um acompanhamento médico regular, ou tratamento específico, tratava-se mais de um pseudo-abrigo, ou mesmo de espaço de recolhimento de pacientes, com estruturas inadequadas às necessidades dos mesmos.

Podemos assim ler um paradoxo explícito nas críticas da comunidade médica, segundo as quais se o doente perambulava livremente pelas ruas, configurava um criminoso em potencial, além de um possível atentador à moral da sociedade carioca. Por outro lado, aprisionado nos porões do Hospital da Misericórdia, era visto como uma vítima indefesa, privado de sua liberdade e atendido de forma incorreta. Desta forma, a medicina social chamou pra si a orientação do tratamento aos doentes mentais, desenhando o espaço asilar do Hospício como a solução para o tratamento e recuperação do indivíduo sofredor de transtornos mentais: “a loucura não se trata com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina” (MACHADO, 1978, p. 379).

A inauguração do Hospício de Pedro II, sua primeira denominação, em nove de dezembro de 1852 atraiu grande multidão e contou com a presença tanto do Arcebispo do Rio de Janeiro quanto do próprio Imperador Pedro II. O prédio juntamente com seu parque e áreas de isolamento ocupava uma enorme área, constituindo uma obra arquitetônica de monta. Seus espaços internos e externos foram traçados sob inspiração francesa semelhantes a *Maison Nationale de Charênton*. Azulejos, estátuas, vasos e obras de arte foram importados para o acabamento e decoração. Entre as estátuas, destacamos a de Philippe Pinel (1745-1826) e Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), a de Pedro II e Clemente Pereira, e uma representando a Caridade e outra a Ciência (LOPES, 1966).

Da inauguração até o primeiro relatório, no ano seguinte, foram admitidos no Hospício, 474 alienados, dos quais 150 tiveram alta e 75 faleceram, restando 249 pacientes sob os cuidados dos primeiros médicos responsáveis, os doutores José Antonio Pereira das Neves e Lallemon Para o tratamento, estes doutores recebiam auxílio de irmãs de caridade e contavam com um espaço desenhado de acordo com os preceitos da ciência psiquiátrica internacional. O Hospício possuía muito espaço e claridade nos ambientes, alas masculina e feminina, pátios e jardins arborizados e, é claro, grades, celas de isolamento e quartos fortes, voltados para o controle dos mais agitados. Existia também um esboço de tratamento ocupacional feito por meio de uma oficina de costura e outra de alfaiataria, com planos de criação de uma de sapateiro e outra de instrumentos musicais (RELATÓRIO MINISTRO DO IMPÉRIO, 1853).

No entanto, esta ainda não era a instituição almejada pelos médicos que, aliás, participavam pouco da gestão e administração efetiva do Hospício, colaborando mais com os componentes científicos para o discurso filantrópico e com uma gerência restrita a seu saber. O que podemos ver de início, foi uma transferência do pseudo-tratamento oferecido nos porões da Santa Casa, para um esboço de tratamento científico num suntuoso “Palácio de Guardar Doidos” (ALENCAR, 1993, p.59), onde ao menos as estruturas físicas estavam mais adequadas.

O desenho do Hospício Pedro II não foi um esboço amador, mas um grande projeto de proporções monumentais, de acordo com estudos e planejamento da medicina francesa, destacando-se Pinel e Esquirol, em termos de como deveria ser um espaço ideal para tratamento de doentes mentais. Nesse projeto, o isolamento representava um ponto chave, pois possibilitaria a desagregação do indivíduo doente de seu ambiente natural – onde se acreditava residir à responsabilidade pela manutenção da moléstia – para que num espaço próprio e isolado de seu meio social de origem, a terapêutica pudesse incidir sobre ele.

Dessa forma, a estrutura da instituição asilar no Brasil foi construída para a manutenção deste modelo de isolamento como medida terapêutica, no qual o corpo de funcionários do hospício deveria fazer parte desta polícia médica de vigilância constante. No isolamento teríamos não só a contenção social da loucura como os mecanismos suficientes para curá-la, por isso a defesa do tratamento da loucura em espaço asilar, ainda que não fosse compulsória, medida que tolheria a liberdade de tratamento dos mais abastados, era propagandeada pela medicina como a melhor alternativa de promoção da saúde mental.

Por esses motivos, a decisão sobre a criação do Hospício de Pedro II gerou uma expectativa dentro da comunidade médica de um tratamento mais adequado aos doentes. Entretanto, a criação não foi um mero fruto de atenção às reivindicações da Sociedade de Medicina, mas o encontro entre ciência, política e filantropia. Esta última representada pela figura de José Clemente Pereira que, como provedor da Santa Casa, passou a buscar apoio na idéia de que a celebração da maioridade de D. Pedro II fosse marcada pela construção de um asilo majestoso. Seu trabalho foi um dos principais motores para a criação da instituição, sendo seu argumento construído sobre duas premissas básicas: em primeiro lugar, a construção do Hospício seria uma forma de remover os pacientes considerados insanos do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia, o que, entre outras coisas, reduziria o caos que impedia a recuperação de outros enfermos; em segundo, permitiria o

desenvolvimento de um programa efetivo de reabilitação para os pacientes transferidos para o asilo.

Criado e inaugurado, o Hospício atendia a toda a província do Rio de Janeiro e outras províncias. Dos primeiros pacientes 98 eram da Corte, 174 de outras províncias e 202 eram estrangeiros. A cada ano o fluxo de admissão aumentava, havendo oscilações de acordo com o número de altas e da mortalidade. Ainda assim, no final da década de 50 os relatórios ministeriais mostravam a necessidade de um controle sobre o fluxo de admissões devido à inexistência de uma estrutura física e financeira para atender a demanda de internações. Este foi um problema constante na instituição, que só foi atenuado após a criação das primeiras colônias para alienados em 1889.

O decreto de 11 de dezembro de 1852, promulgado três dias após a inauguração do Hospício, aprovou seus estatutos. Segundo estes, haveria três classes de pensionistas, com diferentes qualidades de hotelaria e de tratamento em função do pagamento realizado. Contudo, os ditos "loucos necessitados" seriam admitidos gratuitamente. A entrada destes, durante a administração da Mesa Diretora da Santa Casa, não era feita com muita organização, havendo a entrada indiscriminada de pacientes de outras províncias do Império. Tal desorganização contribuía para a superlotação da instituição e para uma confusão na classificação das patologias – curáveis, afetados mentalmente e incuráveis.

Essa configuração de assistência caritativa só começou a ser modificada após a posse de João Carlos Teixeira Brandão como diretor da instituição, em 1887. A partir deste momento as questões referentes à medicina mental ganharam mais espaço dentro e fora do Hospício, e o papel do médico passou do âmbito exclusivo da assistência terapêutica para o da gestão científica do espaço. Todavia, tais modificações só foram plenamente efetivadas após a Proclamação da República. Nas linhas que se seguem veremos as transformações e inovações trazidas pela República e os reflexos e desdobramentos destas na grande instituição asilar de tratamento da loucura da capital federal.

1.3. A chegada da República: não foram só nomes que mudaram

1.3.1. A Política republicana: mudanças ou permanências?

O advento da República no Brasil apresentou a marca de ideários republicanos vindos de fora. Tomando como base a Constituição dos Estados Unidos da América, o individualismo e o federalismo marcaram a Constituição de 1891. Dessa forma, o poder centralizado, característico do Império brasileiro, deu lugar a um processo de descentralização e ao fortalecimento do poder local, conferindo à política brasileira um arranjo estrutural de caráter oligárquico.

Tal arranjo, que privilegiava os interesses particulares em detrimento das questões públicas, era um obstáculo para que questões relacionadas à nação e à cidadania ganhassem o espaço devido de centralidade na pauta política brasileira. Dessa forma, os problemas sociais que surgiram ou foram intensificados com a Abolição e com a intensa importação de mão-de-obra assalariada estrangeira, preferencialmente européia, ainda que outras etnias também tenham aportado aqui, permaneceram à margem das questões nacionais e locais.

Ainda que representasse uma mudança e que trouxesse inovações políticas, a República não trouxe alterações significativas nas estruturas sócio-econômicas brasileiras, mantendo a forte concentração econômica e política nas mãos de uma minoria, e permanecendo, assim, grandes as disparidades entre as esferas sociais que compunham o Brasil republicano. A influência estrangeira na nova Constituição não promoveu mudanças estruturais, nem correspondeu a mudanças na estrutura social, uma vez que a alteração política foi superficial, não havendo aumento na representatividade política, e tendo sido mantida a estrutura de exclusão vigente antes da República (COSTA, 2007).

O movimento que levou ao advento do regime republicano foi demasiadamente complexo, tendo dele participado uma série de grupos com semelhanças e distinções de ideologias e interesses. Entretanto, se observarmos o grupo que primeiramente ascendeu ao comando de poder na República brasileira sob a forma de presidencialismo – os militares – podemos perceber que as idéias positivistas estavam impregnadas no espírito da República que ascendia. Ordem e Progresso representavam não só as palavras, mas a ideologia de comando nos rumos da nação que se pretendia consolidar.

A idéia de trazer modernização e civilização à sociedade brasileira imperou em todas as esferas. O capital gerado pelo café possibilitou um tímido aumento da industrialização

no Brasil, que foi seguido pelo florescimento de novos agentes sociais¹. Diante deste cenário, a capital federal configurava-se como o centro catalisador das grandes decisões políticas e das movimentações culturais de maior importância no país.

A decadência do Vale do Paraíba como centro agroexportador, seguida da conseqüente transferência para o Oeste paulista de grande parte das plantações cafeeiras, não foi responsável somente pela diminuição do fluxo de saída do café do porto do Rio para o porto de Santos. O Rio de Janeiro perdeu este filão exportador, mas a intensa movimentação financeira gerada pelo sucesso do café nacional promoveu um intenso aumento nas importações e do comércio de cabotagem.

Devemos assinalar, e nisto encontra-se um ponto fundamental para o nosso trabalho, que a importação de manufaturados não representava o material exclusivo de importação vindo dos portos. A nova posição da cidade do Rio de Janeiro colocou-a em contato cada vez mais próximo com as culturas européia e americana, trazendo a presença de outros elementos, que não traziam em si um significado propriamente material, como os elementos culturais e as idéias estrangeiras. Assim, a cidade do Rio de Janeiro não só recepcionava e catalisava as novas idéias, como as irradiava para o restante do país, o que conferiria à capital influência e importância vitais ao país como um todo.

Após a agitação gerada pela Proclamação da República, marcada pelos esforços dos primeiros governos de caráter militar (Deodoro da Fonseca e Floriano Peixoto/ 1889-1894), e que traziam uma forte preocupação em consolidar o poder e manter a unidade nacional, o comando nacional foi sucedido pelo primeiro governo civil. Prudente de Morais (1894-1898) representava os interesses oligárquicos, que não se fizeram presentes apenas com a emergência republicana, mas já estavam, ainda que subcutaneamente, presentes durante o Império. Sendo assim, sua importância na regência econômica do Brasil relaciona-se à manutenção da estrutura política federalista e da estrutura econômica sustentada pelo café.

O presidente Campos Sales (1898-1902) recebeu um Estado brasileiro em uma situação econômica de crise, por conta da dívida externa gerada pela política financeira da transição da Monarquia para República, o que incluía empréstimos aos agricultores e a política de encilhamento. Isso deu início a um processo de saneamento financeiro, com a

¹ Chamamos de novos agentes a emergente burguesia (industrial, comercial e financeira), que alimentada pelo capital cafeeiro florescente, pode notabilizar-se. Pensamos esta ainda não como uma classe com plena consciência de existência e organização sólida, mas como grupo social ascendente, no entanto de suma importância para a compreensão pretendida do cenário estudado.

renegociação desta dívida através do *funding loan*, e a imposição de uma política monetária ortodoxa, com um expressivo controle fiscal. A manutenção da harmonia político-administrativa interna foi garantida com sua “Política dos governadores”.

1.3.2. Rodrigues Alves e a sociedade carioca: os impactos das mudanças nas diferentes esferas sociais

Após o arranjo econômico restabelecido por Campos Sales, percebemos que Rodrigues Alves ao assumir encontrou um cenário de considerável estabilidade econômica. O governo de Rodrigues Alves (1902-1906) é especialmente caro ao nosso trabalho, principalmente por ter sido neste período que se processaram importantes mudanças na administração da loucura na Capital Federal. Neste contexto também ocorreram importantes transformações urbanísticas na cidade que extrapolaram os aspectos arquitetônicos. A relativa estabilidade econômica possibilitou o fortalecimento da imagem nacional junto ao exterior, por meio de importantes reformas urbanísticas, as quais pretendiam enquadrar o cartão de visitas da nação, a Capital Federal, aos padrões ditados pela nova modernidade européia, que naquele momento era embalada pelo espírito da chamada *Belle Époque*.

Presenciar-se-ia um enquadramento físico, moral e mental decorrente do processo de reformas e mudanças urbanísticas e sanitárias, inclusive nos hábitos, no espaço e na vida dos cidadãos cariocas. Por esse motivo, a sociedade carioca do início do século XX experimentava os sabores e dissabores das transformações urbanas e sanitárias que, influenciadas por aspirações francesas, sacudiam a capital, dando à vida do carioca novas cores². A velocidade em que tais transformações ocorreram dificultava muitas vezes o reconhecimento do espaço pelo indivíduo e do indivíduo no espaço. Em meio ao alargamento e ao embelezamento de avenidas, e ao saneamento social do centro do Rio, não houve por parte das autoridades executoras dos projetos modernizantes a sensibilidade com a população marginal, socialmente desfavorecida, da cidade.

Para compreendermos tais mudanças, é fundamental o entendimento da sociedade que habitava a cidade do Rio de Janeiro, então numa nova configuração. Nicolau Sevcenko

² Entendemos por novas cores as mudanças usuais e os reflexos inovadores que estas transformações causam na vida do carioca, novos personagens surgem em detrimento de antigos, novos hábitos são instituídos em detrimento de antigos, novos instrumentos surgem em detrimento de antigos, é o novo com diversas tonalidades que invade a vida do carioca.

chama o Rio de Janeiro – a capital federal – de Capital do Arrivismo (SEVCENKO, 1989), uma vez que a riqueza gerada pelo café contagiava a sociedade e gerava uma corrida pela fortuna na capital nacional. A burguesia³ ascendente passava a adquirir cada vez mais espaço no cenário nacional, no entanto a burguesia brasileira era constituída e/ou financiada, em boa parte, pelos barões do café⁴, que resolveram empregar parte de suas fortunas em novos empreendimentos. O comércio e as finanças eram os representantes materiais desses novos investimentos. A modernidade européia efetivamente adentrava a vida carioca pelos portos, já que os relativos controles inflacionários e a valorização da moeda nacional, garantidos com Campos Sales, permitiram a diminuição dos custos e facilitação da importação. Sendo assim, cada vez mais se deseja modernizar o Rio de Janeiro, em hábitos e mentalidade.

Nesse passo, as iniciativas visando à modernização urbana da Avenida Central, representaram mais que reformas urbanísticas, pois configuravam o caminho para a regeneração da cidade, e conseqüentemente do país. O ideal de “Ordem e Progresso” alcançou seu estágio máximo ao colocar cada coisa em seu lugar e com isso caminhar rumo ao dito progresso. O “Bota Abaixo” do prefeito Pereira Passos foi a consagração da reorganização do espaço urbano carioca:

“O problema do saneamento do Rio de Janeiro”, escreveu Souza Rangel (1904, p.33), “foi sempre considerado [...] como dependendo em grande parte da remodelação arquitetônica de suas edificações e, conseqüentemente, da abertura de vias de comunicação duplas e arejadas em substituição das atuais ruas estreitas, sobrecarregadas de um tráfego intenso, sem ventilação bastante, sem árvores purificadoras e ladeadas de prédios anti-higiênicos” As avenidas constituíam, assim, o principal instrumento da remodelação da cidade, e atendiam a três objetivos complementares: a saúde pública, circulação urbana e transformação das formas sociais de ocupação dos espaços atravessados pelas novas artérias”. (BENCHIMOL, 2003, p.259)

As mudanças urbanas e sanitárias do Rio de Janeiro iluminavam os antagonismos sociais cariocas. A carência de uma parcela da população ficou gravemente exposta. E as divergências com relação às medidas do governo, e ao regime como um todo, efervesceram de forma a nos permitir apreender os diferentes grupos e/ou segmentos que compunham aquela sociedade. Todavia, não podemos acreditar que se tratava de uma sociedade meramente plural, uma vez que tal pluralidade encontrava-se assentada numa

³ As Revoluções Industriais consolidam duplamente o capitalismo como sistema econômico mundialmente dominante e a burguesia como classe mundialmente dominadora e influente.

⁴ Por plutocracia entendemos a influência financeira como detentora do poder político e econômico. (RESENDE, 2003, p. 118-119)

estrutura bipolarmente estabelecida, na qual de um lado tínhamos uma parcela efetivamente representativa e de outro uma marginal.

Como “efetivamente representativo”⁵ temos o segmento *representado* e *representativo* da cidade, compreendendo as instâncias de poder econômico e político e que constituía o topo e o mediano da estratificação social⁶. Isto é, a burguesia agrária e, espriadamente, a burguesia plutocrata, além de seus respectivos representantes políticos, todos estes condensados pela estrutura clientelista de mobilidade social. Contudo, mesmo este grupo efetivamente representativo não constituía um segmento socialmente homogêneo, daí a questão da pluralidade desta sociedade.

De um lado tínhamos uma elite conservadora, os barões do café, que fora enfraquecida financeiramente com a perda econômica provocada pela decadência econômica do Vale do Paraíba. E também politicamente, uma vez que a mudança de regime, da Monarquia para a República, representou para esta classe, juntamente com o enfraquecimento econômico, o enfraquecimento de seu poder de influência política junto ao Estado brasileiro, em oposição à ascendência econômica e política da classe cafeicultora paulista. Esta elite conservadora representava a permanência do arcaico na sociedade carioca a qual agora se pretendia moderna. Ainda que esta elite mantivesse seu prestígio na estrutura social hierárquica que comandava as relações no Rio de Janeiro e certa estabilidade econômica, seja via títulos da dívida pública, ações de companhias, ou até mesmo aluguel de casarões, como casas de cômodos dependendo do nível econômico, tinha, entretanto, inevitavelmente que conviver com a nova classe social que emergia.

Sendo assim, do outro lado tínhamos a representação social do “arrivismo”, os filhos do conservadorismo. Os filhos letrados, que se aproveitaram da certa mobilidade social promovida pelo sucesso do café no Oeste Paulista que gerou grande circulação financeira na capital e possibilitou a idéia e/ou a efetivação do enriquecimento rápido, crescendo assim os empreendimentos comerciais, financeiros e industriais, além dos casamentos com objetivo de ascensão financeira e social.

O fundamental para a obtenção de uma mobilidade social positiva era uma boa rede de relacionamentos. Os apadrinhamentos, favorecimentos e clientelismos comandavam e

⁵ Apóio-me na idéia de representação social observada ao longo do livro de COSTA (COSTA, 2007, 11).

⁶ Quando usamos a expressão mediana, não queremos compreender a idéia de classe média, que segundo nossa compreensão não pode ser apreendida em nosso recorte, mas sim, um segmento intermediário entre o alto burguês agrário plutocrata e o “populacho” marginal.

imperavam nas instâncias de relacionamentos tanto da elite efetiva e conservadora, como da elite arrivista em pretensa ou efetiva ascensão.

Gravitando sobre este quadro podemos encontrar um grupo intermediário que ainda não fazia parte efetiva da elite, dada sua não contemplação beneficiária nesta rede de relacionamentos nepotistas, mas que não podia ser configurado como grupo marginal, por gozar de acessos a bens culturais e econômicos, além da possibilidade de representação, voz e reconhecimento⁷. No entanto, ao observarmos este grupo intermediário, uma conclusão pode ser extraída. Esta posição de relativa ou efetiva exclusão das grandes redes de relacionamento e influência os colocava à margem em um aspecto: a política. O que os tornava oposição em potencial, ainda que não tivessem um espaço de grande visibilidade, e se manifestassem suas insatisfações publicamente. Eram estes os letrados não contemplados, os cronistas revoltados, os que faziam da imprensa seu maior veículo de oposição e manifestação de opiniões.

A imprensa e as letras de uma forma geral, aliás, ganhou grande visibilidade neste momento, funcionando como um veículo de externalização de impressões sobre a modernidade que a cada dia transformava a sociedade do Rio de Janeiro, além de um espaço de exposição da oposição ao regime republicano. A República, nos moldes em que se encontrava estabelecida, acabou por não representar ou contemplar aos desejos desta classe, que também tivera participação ativa no processo de mudança de regime. Representavam a opinião pública que se travestia por vezes como voz do povo, ou dos chamados por nós de marginais, mas que, no entanto, pouco conseguia falar de empiricamente palpável ou experimentado além dos limites de sua própria realidade sensorial, exatamente por não constituir plenamente a vivência cotidiana do que era ser marginal efetivamente.

Finalmente, ao observarmos a sociedade podemos ver um grupo marginal a toda esta movimentação político, e que acabava de assumir, ou melhor, de receber a função de personagem secundário e manipulável fosse em relação à elite efetiva ou à classe gravitacional mediana. Uma classe socialmente desfavorecida, constituída pelos remanescentes da escravidão que se tornaram trabalhadores livres no raiar de um dia 13 de maio, pelos trabalhadores já livres, negros e mulatos libertos antes da Lei Áurea, e pela imensa massa de imigrantes que inundava a capital. Este conjunto heterogêneo constituía

⁷ Mesmo que este reconhecimento não fosse pleno, não podemos compará-lo com a posição ignota em que se encontravam as classes por nós chamadas de marginais.

mais um objeto dos jogos políticos do que uma classe representada, com voz e espaço de ação política. Poderíamos chamar simplesmente de o “povo pobre”, entretanto dada a carga ideológica que carrega em si o termo povo, optamos por chamar de camada marginal⁸. Foram os mais impactados pelas mudanças urbanas e sanitárias e representaram o alvo principal das medidas governamentais relativas aos hábitos da população. Para a elite, representavam o mal pestilento que impedia a capital de atingir a civilidade ansiada; para a classe dos intelectuais e letrados, que gravitava a elite, tratava-se de uma massa reconhecidamente marginalizada e diretamente atingida pelas modernizações; para o governo, tratava-se de um problema que não seria resolvido, mas sim mascarado.

Nesse sentido, o saneamento e as mudanças urbanísticas da cidade do Rio de Janeiro, deram-se pela expurgação destes marginais do cenário principal da cidade, de forma que esta marginalidade efetivou-se, passando do “não-acesso” representativo para o exílio urbano. A população pobre foi retirada do perímetro urbano do centro da cidade e empurrada para os subúrbios e/ou para os morros circundantes.

E não foi só a extinção das habitações populares que deu forma ao corpo do projeto regenerador do Prefeito Pereira Passos. Dotado de poderes ditatoriais por Rodrigues Alves, este desejava reformar não só a estrutura estética e salutar da capital, mas também os hábitos do carioca, leia-se principalmente do carioca importunador, isto é, o popular. Dessa forma promulgou, logo no início de seu mandato, uma série de decretos, leis e medidas com o objetivo de sanear e purificar o espaço de circulação urbana do centro do Rio de Janeiro. Proibiu práticas profissionais populares e alternativas ao desemprego, como a venda de miúdos e reses em tabuleiros e a venda de leite pela ordenha de vacas em vias públicas. Proibiu também a mendicância, conduzindo os classificados por falsos mendigos à polícia e os demais sendo recolhidos em asilos, ainda que não houvesse espaços em número suficiente para tal recolhimento. O que não pôde suprimir, procurou taxar, transferindo de certa forma parte do ônus de suas reformas para a população mais prejudicada e menos atendida por estas. Foram aprovadas leis que limitavam a circulação de pobres em espaços públicos de elite, os espaços burgueses de sociabilidade, como a que exigia o uso de sapatos nos mesmos (BENCHIMOL, 1990; SEVCENKO, 1989):

“O vendaval de interdições visou também à regeneração de maus hábitos e costumes. Um decreto proibiu urinar e cuspir nas ruas. Para não embaraçar os cabos de energia elétrica que se propagavam pelo Rio, as

⁸ O termo marginal é por nós compreendido como “os que vivem fora do âmbito da sociedade” (FERREIRA, 2004), o qual encontra-se apoiado ainda na idéia trabalhada por Nicolau Sevcenko (SEVCENKO, 1989).

crianças foram proibidas de soltar pipas. Para evitar incêndios, proibiram-se as fogueiras, os fogo de artifício e balões nas festas de São João.

Independentemente das razões invocadas para justificar cada um desses atos, eles traduzem um discurso, uma mentalidade, um projeto moralizador e autoritário ao extremo: ao Estado cabia transformar, na marra, a multidão indisciplinada de “pés descalços” em cidadãos talhados segundo os estereótipos que serviam à burguesia européia para o exercício de sua dominação”. (BENCHIMOL, 2003: 264)

Não havia a preocupação com a resolução dos problemas sociais, apenas o desejo de atingir-se a modernização e a civilidade da cidade do Rio de Janeiro e alterar com isso a imagem do Brasil diante do mundo, especialmente perante a Europa e a América, colocando-a em consonância com as novas tendências mundiais. E para isso fazia-se necessário mudar seu povo e sua face, regenerá-la.

A regeneração era urbana, modificadora dos hábitos e saneadora. Sendo assim era preciso ainda expurgar os males miasmáticos que infectavam a cidade. Diante disto, os sanitaristas ganharam um lugar de destaque e autonomia durante o governo de Rodrigues Alves e, dentre eles, podemos destacar o médico Oswaldo Cruz. Pela primeira vez a medicina ganhou um espaço de destaque e importância numa administração governamental. Desta forma, Oswaldo Cruz, dotado de plenos poderes por Rodrigues Alves, deu início no âmbito da capital federal a uma série de mudanças a fim de minimizar os impactos causados pelas diversas epidemias que grassavam na cidade. Com isso, as mudanças urbanas ganharam contornos sanitários, notando-se uma preocupação em mudar a face urbana carioca, de um espaço insalubre para um espaço salutar de vivência.

As doenças epidêmicas e endêmicas representavam o grande alvo da política sanitária, que, sob a égide administrativa de Oswaldo Cruz, passou a adquirir cada vez mais legitimidade social e política. Contudo, é importante compreendermos que havia nesse momento de estrutura política federalista, uma grande diferença de jurisprudência entre as ações de instâncias nacionais e locais. Dessa forma, mesmo que os sanitaristas tivessem mapeado e reconhecido que o problema de saúde no Brasil era nacional e não localizado na capital – mesmo que epidemias tenham sido amplamente deflagradas neste território – e ainda que a cidade do Rio de Janeiro tivesse um papel irradiador, as transformações maciças deram-se no âmbito do Distrito Federal e não em instâncias nacionais.

Para os sanitaristas o Brasil constituía-se, como afirmou Miguel Pereira, em um “Grande Hospital” (SÁ, 2009, p. 189) de forma que merecia ser tratado em seu conjunto

territorial, a fim de se combater não somente as epidemias focalizadas, mas também as endemias urbanas e rurais, que atingiam todo o território nacional. No entanto, não foi isso o que aconteceu na prática, pois os objetivos dos sanitaristas não foram efetivamente atendidos, ao menos não em larga escala. Ocorre que a estrutura administrativa federativa, que garantia autonomia de ação local, limitava o poder de ação nacional, até mesmo nos quesitos sanitários, ignorando o caráter universal da medicina e impedindo uma ampla ação destes sanitaristas.

Além disso, havia no Brasil neste momento um conflito entre a elite, amplamente influenciada e consumida por hábitos e mentalidade européia, e uma imensidão de pessoas iletradas sem acesso a tais intercâmbios e influências culturais, constituindo uma população amplamente ignorante que ainda resistia a tais mudanças sócio-urbanísticas. Uma prova cabal disto foi a Revolta da Vacina, na qual a implantação ditada por Oswaldo Cruz e aprovada por Rodrigues Alves, da vacinação obrigatória contra a varíola, se confrontou com o moralismo popular que se opunha à exposição dos ombros das “senhoras” cariocas para a aplicação da dita vacina pelos agentes sanitários. Por mais que houvesse uma exploração política desta insatisfação popular, ampliando seus efeitos explícitos, é importante para a compreensão do mosaico da sociedade carioca a percepção de tais discrepâncias de mentalidade:

“Esse movimento, que a literatura da época reduziu a um simples choque entre as massas incivilizadas e a imposição inexorável da razão e do progresso, foi protagonizado por forças sociais heterogêneas, compondo-se, na realidade, de duas rebeliões imbricadas: o grande motim popular contra a vacina e outras medidas discricionárias e segregadoras impostas em nome do “embelezamento” e “saneamento” da cidade, e a insurreição militar deflagrada dias depois, com o objetivo de depor o presidente Rodrigues Alves” (BENCHIMOL, 2003, p. 273).

No contexto do governo de Rodrigues Alves não somente a medicina adquiriu seu espaço, como também a psiquiatria nacional iniciou um movimento mais amplo de adequação teórica às novas correntes internacionais, e consolida-se enquanto prática médica reconhecida.

Os movimentos de transformação da psiquiatria acompanharam os movimentos de transformação sócio-política do país como um todo. Sendo assim, após a ascensão de Rodrigues Alves à presidência, e em meio a uma série de transformações promovidas por seu governo, deu-se a reorganização do Serviço de Assistência a Alienados, feita através do decreto nº 1132 de 22 de dezembro de 1903. A partir deste decreto podemos dizer que

os anseios médicos relativos ao atendimento aos doentes mentais, manifestos desde meados do século XIX, começaram a serem atendidos.

1.4. Teixeira Brandão, Juliano Moreira: para uma nova especialidade uma nova instituição

Descortinado o pano de fundo importante para o entendimento das transformações ocorridas no então denominado Hospício Nacional de Alienados é preciso agora recuar um pouco aos últimos anos do Império, para compreender as modificações, não como pontos factuais da história da psiquiatria brasileira, mas como processos contínuos e descontínuos de mudanças.

Para tanto, dois pontos são de fundamental importância: a instauração do ensino psiquiátrico no Brasil e a investidura de João Carlos Teixeira Brandão no cargo de diretor do Hospício de Pedro II. Analisando estes dois pontos, podemos constatar que a relação entre a legitimação da ciência psiquiátrica e a presença desta infante medicina mental no espaço do Hospício foi se desenvolvendo num ritmo de proporcionalidade.

Após a aprovação da Lei nº. 3.141, de 30 de outubro de 1882, que entre outras determinações havia estabelecido a criação da cadeira de moléstias mentais nas Faculdades de Medicina do Império. Teixeira Brandão candidatou-se ao concurso para a esta nova cadeira, tendo sido aprovado, e em 1883 assumiu a cátedra de clínica psiquiátrica e moléstias nervosas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, estabelecendo o ensino regular dessa matéria e especialidade no país. Em 1884 inicia seu trabalho como alienista da instituição, na qual é nomeado diretor em 1887. Com isso a ciência da academia era experimentada na instituição, fundindo-se teoria e prática psiquiátrica em um mesmo espaço, inovação inaugurada por Teixeira Brandão.

A partir de sua entrada no Hospício, primeiramente como facultativo clínico (1884) e depois como diretor (1887), a velocidade das transformações na instituição ganharam um novo gás. Reivindicando mudanças racionais, desejava transformar a instituição de um espaço primordialmente assistencial de caridade, para um lugar de tratamento científico para cura da loucura. Denunciava a superlotação e lutava pela mudança e modernização do tratamento clínico aplicado aos pacientes.

O trabalho de Teixeira Brandão aliou modificações na prática médica e luta política. Contudo seus esforços só alcançaram resultados após o advento da República, pois esta transformação política abriu espaço para grandes transformações institucionais. Foi somente após 15 de novembro que a medicina psiquiátrica firmou de vez seu espaço de atuação na administração e assistência da loucura.

Toda a ebulição política e econômica propiciada pela República foi refletida no Hospício Nacional de Alienados. Em janeiro de 1890, pelo decreto nº. 142-A, ainda na gestão de Teixeira Brandão, o Hospício de Pedro II passou a denominar-se Hospício Nacional de Alienados e foi desvinculado da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Mas não foi somente o nome que mudou, pois a transferência da responsabilidade da administração do Hospício da Irmandade da Santa Casa para o Estado Brasileiro diretamente modificou o perfil da assistência aos alienados no Brasil, chamando para si a responsabilidade do arrimo aos loucos. Teixeira Brandão, “o Pinel Brasileiro”, foi o fundamental nos processos de transformações profissionais, institucionais e legislativas da psiquiatria no Brasil (TEIXEIRA, 2005).

Em 15 de fevereiro de 1890, o decreto nº. 206-A criou o serviço de Assistência Médica e Legal de Alienados, e Teixeira Brandão assumiram a direção deste. Estava vinculado a este o Hospício Nacional de Alienados, as colônias Conde de Mesquita e de São Bento, criadas naquele mesmo ano. A principal razão que motivou a criação das colônias foi a necessidade de resolver os problemas de superlotação, de pobres e miseráveis, naturalmente, já que eram exclusivamente reservadas a alienados indigentes e capazes de executar trabalhos braçais. Entretanto, havia também um interesse terapêutico em oferecer novas formas de tratamento baseadas no trabalho, sobretudo em atividades de agropecuária e produção manufatureira. Nesta época, o modelo das colônias agrícolas começa a dominar em todo o mundo, sobrepujando o modelo asilar clássico dos primeiros alienistas.

Com a saída das irmãs de caridade do Hospício, tendo em vista sua insatisfação com as medidas tomadas pelo governo republicano em prol da assistência aos alienados, o governo determinou a contratação de enfermeiras que tinham prática em asilos, formadas pela Escola Municipal de Paris. Em 1890, ainda sob a direção de Teixeira Brandão no Hospício Nacional de Alienados, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (decreto nº 791 de 27/09/1890) com o objetivo de formar profissionais capacitados para o tratamento de alienados, uma vez que a carência de profissionais com este perfil era grande no Brasil.

Em 29 de junho de 1892 foi aprovado um novo regulamento da Assistência Médico-Legal de Alienados, que estabeleceu a existência de duas categorias de doentes internados: pensionistas e gratuitos. Foi definida, também, a instalação de um Pavilhão de Observação, vinculado ao Hospício Nacional de Alienados, no qual deveriam permanecer em

observação os doentes mentais gratuitos, enviados ou não pelas autoridades públicas, a fim de averiguar-se a alienação e posteriormente proceder a matrícula do paciente. O Pavilhão funcionava em consonância com o Hospício, a Polícia e a Faculdade de Medicina, de forma que os indivíduos que adentravam neste espaço ficavam também à disposição do tirocínio psiquiátrico, o que fazia deste espaço um lugar de empiria da ciência médica. A exposição sumária das funções do Pavilhão de Observações foi lançada em decreto do ano seguinte:

“Art. 11. O pavilhão de observação, destinado a receber os doentes gratuitos, suspeitos de alienação mental, enviados pelas autoridades publicas, é exclusivamente reservado para a clinica psiquiatrica e de molestias nervosas da Faculdade de Medicina, sob a immediata direcção do lente respectivo e de seu assistente”. (DECRETO N. 1559, DE 7 DE OUTUBRO DE 1893)

A construção deste espaço, também estava inserida na pauta das preocupações de Teixeira Brandão com a seguridade da autonomia e dos bens dos indivíduos sofredores de transtorno mental. Conquistado um espaço no Hospício que pudesse garantir a constatação da doença mental no paciente, o médico alertava para a importância da regulamentação de leis, que garantissem esta investigação em pacientes que fossem admitidos no Hospício por meio de *ex-officio*, voluntariamente ou no caso dos pagantes que não passavam pela triagem do novo Pavilhão. Para ele era preciso assegurar a integridade destes indivíduos diante de internações arbitrárias e tornar compulsória a internação de pessoas que sofressem de males mentais passíveis de cura.

Após sua entrada como diretor do Hospício, muitas reformas foram realizadas e muitas outras solicitadas. A separação física dos doentes, por exemplo, foi sofrendo alterações constantes, passando da simples separação por sexo, como era feita no período da administração anexa à Santa Casa, para uma separação mais complexa e segundo os relatórios ministeriais, condizentes com as necessidades, a fim de que se evitasse a promiscuidade entre os doentes. No relatório de 1894, Brandão solicitou ao ministro que além da já realizada separação por patologia, fosse construídos novos espaços que possibilitassem uma separação social e por idade destes pacientes. Até então as crianças compartilhavam o mesmo espaço destinado aos adultos, sofrendo constante concupiscência e maus tratos de alguns alienados adultos.

Observado em conjunto podemos perceber que o trabalho de Teixeira Brandão contribuiu para a transformação do imaginário coletivo a respeito da função social da instituição asilar. Os argumentos usados por ele para a manutenção e progresso do

Hospício contestavam a visão do espaço como um ambiente de caridade, chamando atenção para a importante contribuição social que este trazia à sociedade. Segundo o médico, o seqüestro dos indivíduos acometidos por moléstias mentais não se dava por conta de suas moléstias, mas devido ao impacto das manifestações destas enfermidades no coletivo social. Dizia ainda que se enganavam os que acreditavam no confinamento destes indivíduos em prisões como uma alternativa menos dispendiosa, em face aos gastos com o asilamento no Hospício. Para ele, na verdade, a internação terapêutica seria um caminho para a recuperação deste doente, inviável num espaço prisional que não oferecesse o aparato médico do asilo, tornando-o novamente produtivo para a sociedade, o que possibilitaria o retorno financeiro para a economia do país dos gastos com sua internação.

Em 1902 o Dr. Teixeira Brandão convidou o Dr. Juliano Moreira para assumir a direção do Hospício Nacional de Alienados. A partir de sua posse, no ano de 1903, implementou profundas mudanças na estrutura do Hospital. As correntes e grades que eram encontradas em alguns dormitórios e espaços foram abolidas. O tratamento ao doente mental foi mais humanizado. Mas não foram somente mudanças na estrutura física do Hospício as novidades que Juliano Moreira trouxe para a psiquiatria: “A partir de Juliano Moreira, a psiquiatria se impôs como saber necessário à sociedade porque se mostrava cada vez mais científica, à medida que tenta derivar seu saber da medicina” (PORTOCARRERO, 2002, p 34).

A atuação de Rodrigues Alves e Pereira Passos na administração do Rio de Janeiro promoveu diversas modificações na configuração urbano-espacial da cidade, como vimos no tópico anterior. E foi sob esse terreno que Juliano Moreira tornou-se diretor do Hospício. A situação dos loucos no Rio de Janeiro vinha melhorando significativamente em comparação aos primórdios de tratamento da loucura no Brasil. E principalmente após a entrada de Teixeira Brandão na direção do Hospício, a terapêutica e atenção à loucura estavam cada vez mais se harmonizando com os anseios e aspirações da psiquiatria nacional.

Contudo, os primeiros relatórios (1903 e 1904-1905) da nova direção do Hospício ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, nos mostram que a superlotação ainda era um grande problema. Além disso, no mesmo ano de sua entrada na direção da instituição, foi instaurada pelo Ministério da Justiça e Negócio Interiores uma comissão especial de sindicância das instituições de tratamento de doenças mentais no Brasil. A partir deste, não

só foram deflagradas as condições precárias em que se encontrava o Hospício, como foram conseguidas verbas vultosas para o restabelecimento da instituição.

Juliano Moreira fez parte de um novo momento não só da administração institucional do asilamento de doentes mentais, mas da assistência aos alienados como um todo. Nos decretos aprovados em 1903 e 1904, responsáveis pela reorganização da assistência aos alienados no Brasil, vemos mudanças pontuais na forma de se administrar a loucura no país. Como uma das mais importantes, podemos destacar a exclusividade na seqüestração de indivíduos sofredores de transtornos mentais ao Hospício, descrita nos artigos que versam:

“Art. 1º O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

§ 1º A reclusão, porém, só se tornará effectiva em estabelecimento dessa especie, quer publico, quer particular, depois de provada a alienação.

§ 2º Si a ordem publica exigir a internação de um alienado, será provisoria sua admissão em asylo publico ou particular, devendo o director do estabelecimento, dentro em 24 horas, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo e relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatorio com a observação medica que houver sido feita.

Art. 10. E prohibido manter alienados em cadeias publicas ou entre criminosos”.
(Decreto 5125, 1904)

Além das modificações na estrutura institucional e administrativa da assistência aos alienados, Juliano Moreira foi uma figura de suma importância para a ciência psiquiátrica, como veremos no próximo capítulo, pois conseguiu, por meio de sua atuação e administração, estabelecer o casamento definitivo entre a teoria e a prática psiquiátrica. A produção científica mais do que nunca era irradiada pelas janelas e portas do asilo, sendo os estudos elaborados a partir da vivência do cotidiano prático da ciência. O Hospício era o *locus* do estudo.

Ao emparelharmos e entrecruzarmos os caminhos da sociedade carioca e da psiquiatria brasileira podemos perceber as continuidades e discontinuidades entre os ritmos das transformações e mudanças. O delineamento da sociedade carioca do início do século XX e a consolidação da psiquiatria nacional se configuram como pontos cruciais de nosso trabalho. Acreditamos que não há como elaborarmos uma análise da segunda sem a observação atenta da primeira. Por isso, as informações e percepções trabalhadas neste capítulo fazem-se fundamentais ao desenvolvimento e compreensão das linhas que se seguirão.

Para nós existem correspondências entre a trajetória do Hospício Nacional de Alienados – e, conseqüentemente, a psiquiatria brasileira –, e a sociedade e o Estado brasileiro. Sendo assim, na medida em que mudanças eram eclodidas na esfera do Estado, os campos que o compunham incorporavam tais mudanças com dinâmicas singulares, isto é, cada corpo que constituía o Estado reagia às suas mudanças de maneira específica. Através de um movimento de alternância entre perspectivas, buscamos a percepção coletiva e singular destas transformações tanto no âmbito social, quanto no do Hospício.

CAPÍTULO II

A ALIENAÇÃO E OS ALIENISTAS: DO PARADIGMA DA LOUCURA CONSOLIDA-SE UMA NOVA ESPECIALIDADE

2.1. Que loucura é essa?

2.1.1 *As alegorias da Grécia Antiga*

O conceito de loucura preponderante na psiquiatria brasileira formatava-se a partir do conceito de normal, situando a loucura como um desvio de padrão. Desta origem, podemos entender o caráter fluido do termo, por não ser um conceito que nasce e sustenta-se em si, mas que carece e deriva de um conceito alheio a este. A loucura ‘trabalhada’ pela medicina mental foi despida de figuras culturais e plasmada de organicidade, para tornar-se objeto de estudo e prática. É entendida e tratada como doença, distinguindo-se categoricamente das alegorias sociais ou religiosas culturalmente atribuídas à loucura. A doença mental é uma loucura médica e patológica. Nas linhas que se seguem é desta loucura que falaremos, enquanto matéria científica da psiquiatria brasileira, em suas diferentes nuances e variáveis, e dos personagens que a conformam e se formam, a partir dela e com ela.

A loucura enquanto conceito sofreu diversas mudanças de perspectiva ao longo da história. Para tanto as distinções conceituais como o desenho de suas transformações nos são caras, pois refletem na idéia de loucura apreendida e consumida pelos psiquiatras brasileiros. A visão patológica da loucura, por exemplo, pode ser remontada nas definições gregas, mas não podemos encerrar nestas a matriz fundamental do conceito de loucura como doença mental.

Nos textos de Homero, os estados transitórios de insensatez ou um estado de descontrole mental era definido como *atê*, e designado como uma manifestação dividida sobre a razão humana, na qual qualquer descontrole mental do homem seria fruto de alguma interferência sobre natural das Enírias ou dos Deuses (PESSOTI, 1994).

Nos textos da tragédia grega, a percepção da loucura foi migrando da compreensão como manifestação externa ao homem, para ser percebida como uma expressão própria do homem. Era, assim, vinculada aos conflitos internos, às paixões humanas e às dissonâncias pessoais entre os desejos humanos e às normas e convenções sociais. Podemos perceber que esta visão de loucura aproximava-se à idéia de um problema moral, posteriormente muito trabalhado por Philippe Pinel (1745-1826) e Etiéne Esquirol (PESSOTI, 1994).

A partir de Hipócrates inaugurou-se a compreensão da loucura como um fenômeno orgânico. Em suas formulações conceituais, Hipócrates percebia o universo natural como composto por quatro elementos essenciais (calor, frio, secura e umidade), acreditando que a extensão destes elementos no corpo humano dava-se sob a forma de quatro humores fundamentais: sangue, pituíta, bÍlis amarela e bÍlis verde, escura (ou atrabÍlis). Dessa forma, a doença seria a instabilidade entre o corpo e o universo natural, isto é, a desestabilização destes humores. Acreditava, ainda, haver entre a loucura e a saúde do encéfalo uma ligação especial, com fundamental liame com o nível de umidade do cérebro, de forma que as variações no processo de umidificação do cérebro poderiam resultar em formas diferentes de loucura. Com isso foi o primeiro a estabelecer categorias para a loucura, ainda que de forma simplificada, diferenciando, por exemplo, a loucura tranqÍila da agitada (PESSOTI, 1994).

De acordo com Pessotti:

“A alteração [degeneração, diaforé] do cérebro ocorre pela [ação da] fleugma ou pela [ação da] bilis. Reconhecerás ambas deste modo: os que enlouquecem pela fleugma são tranqÍilos e não agitadores ou perturbadores, enquanto os [que enlouquecem] pela bÍlis [são] gritalhões, perversos e não pacÍficos, mas que sempre cometem algo inconveniente. No caso em que a loucura seja contÍnua, portanto estas são as razões. No caso em que terrores e medo se apresentem é por causa de um deslocamento do cérebro; desloca-se quando se aquece, e se aquece por causa da bÍlis, sempre que essa se dirige para o cérebro pelas veias sangÍíneas do corpo; e o pavor será sempre presente enquanto ela não retornar às veias ou ao corpo. Então ele termina” (MS, XV, 1-4, *apud*, PESSOTI, 1994, p.53).

Platão, em sua obra “Timeu”, descreveu a natureza humana dividida em três almas: a superior, racional, chamada de logos, que seria responsável pelas grandes funções mentais, como o conhecimento e a abstração; e as almas inferiores, uma sediada no coração e outra nas vísceras. Já em “A República”, considerou as três almas como parte da *psyche*, sendo elas: racional, afetivo-espiritual e apetitiva. A primeira caberia às funções mentais, a terceira cuidaria dos instintos, enquanto que a segunda seria o elo entre estas duas, tendo um aspecto intermediário entre elas. Assim a loucura, o desajuste da ordem entre os componentes da *psyche*, concentrada na ordem mental, mas que poderia apresentar delÍrios diferentes de acordo com a parte afetada (PESSOTI, 1994).

Em contrapartida, Aristóteles acreditava na composição da natureza humana como fruto de duas almas, uma racional e outra irracional, ambas localizadas no coração. Para ele, o cérebro não tinha participação nos fenômenos sensoriais, acreditando que as formas

de loucura estavam intimamente ligadas com as variações abruptas ou intensas do calor vital das almas. Dessa forma, o aumento de calor representaria manifestações de loucura excitantes e/ou agitadas, enquanto que a intensificação do frio provocaria as depressões (PESSOTI, 1994).

Finalizando nossa viagem através das percepções do conceito de loucura na Grécia Antiga, temos em Galeno a retomada da idéia de Platão a respeito das três almas, entendidas por ele como: a racional, localizada no cérebro; a irascível, residente no coração; e a concupiscível sediada no fígado. Inspirou-se ainda na explicação humoral inaugurada por Hipócrates, contudo, inseriu o conceito de pneuma, que defini como um fenômeno intangível, nem espiritual nem físico, uma espécie de exalação, sofisticando mais a explicação dos fenômenos de adoecimento mental, uma vez que preencheu algumas lacunas deixadas pelo pensamento de Hipócrates. Além disso, foi o primeiro a estabelecer classificações mais amplas para a loucura, ainda que sustentada sobre uma base simples composta por três fenômenos principais: um da categoria imaginativa, um de categoria racional e outra da categoria memorativa, todas ligadas a lesões nas faculdades diretoras da alma. Foi também, o primeiro a considerar os sintomas estabelecendo uma espécie de nosografia, que variava de acordo com as categorias atingidas. Acreditamos que com Galeno temos o prelúdio de uma construção conceitual científica sólida para a loucura, entendida como doença derivada de fenômenos orgânicos (PESSOTI, 1994).

2.1.2. Da Idade Média ao mundo moderno

Culturalmente a loucura esteve presente, ao longo da história, de forma sazonal na percepção e imaginário cotidianos. Durante a Idade Média e o Renascimento, foi constantemente apreendida como uma manifestação de possessão e demonismo. Ao longo da Idade Média, diversas doutrinas demonistas foram construídas e alimentadas, para justificar a condenação de comportamentos desviantes em face da ortodoxia imposta pelo Cristianismo. Contudo a ligação entre a loucura e a possessão não era tida de forma unívoca, variando de interpretação de acordo com a manifestação. Assim, a possessão não implicava necessariamente a loucura, mas, inversamente, a loucura implicava essencialmente a possessão, ou seja, estar possuído não significa estar louco, mas estar louco necessariamente significava estar possuído pelo demônio (PESSOTI, 1994).

Até então, as variações comportamentais experimentadas por indivíduos acometidos pela loucura eram freqüentemente explicadas por diferentes níveis de manifestações demoníacas. Quando não estavam possuídas pelo demônio, os indivíduos considerados loucos eram geralmente identificados como obsedados, ou vítimas de feitiços e bruxarias, necessitando de tratamento religioso e não médico. Esse tratamento era instrumentalizado por meio manuais como o *Malleus Maleficarum*, que, entre outras coisas, ditavam normas e procedimentos para identificação e “tratamentos” para casos de possessões diabólicas (PESSOTI, 1994).

As diferenciações das manifestações comportamentais que são referendadas em instrumentos eclesiásticos como estes, não devem ser compreendidas da mesma forma que foram entendidas as classificações patológicas posteriormente imputadas à loucura. Os distintos comportamentos neste momento relacionam-se com as diversas formas de ação do demônio no indivíduo e não a patologias desenvolvidas pelo mesmo (PESSOTI, 1999).

[PESSOTTI, Isaias. Os nomes da loucura. São Paulo: Ed. 34, 1999]

O mais importante a ser destacado no contexto das interpretações da loucura nos tempos medievos e renascentistas é o que Foucault ressalta sobre a relação de poder estabelecida entre a Igreja e o corpo humano. Ao mesmo tempo em que a Igreja Católica apontava comportamentos condenáveis, impondo a explicação para estes a partir de uma teoria demonista, concentrava em si o caminho para o livramento destes males, pelo meio único da ação divina, guiada certamente pela própria Igreja. E temos ainda, na explicação de feitiçaria a condenação de comportamentos e práticas, muitas vezes seculares, ditos como pagãos, hereges e contrários à doutrina cristã (FOUCAULT, 2001).

Nesse sentido, a “demonização” não agiria exclusivamente sobre a “loucura”, no âmbito de sua relação com manifestações mentais mórbidas, mas abarcava grande parte dos desvios comportamentais. Era, ao mesmo tempo, uma forma reguladora e correcional de comportamentos condenados pela Igreja Católica. As incursões inquisitoriais feitas por esta, no tocante a feitiçarias, possessões, obsessões e exorcismos estariam intimamente ligadas a essa lógica de ingerência do poder eclesiástico sobre o corpo humano.

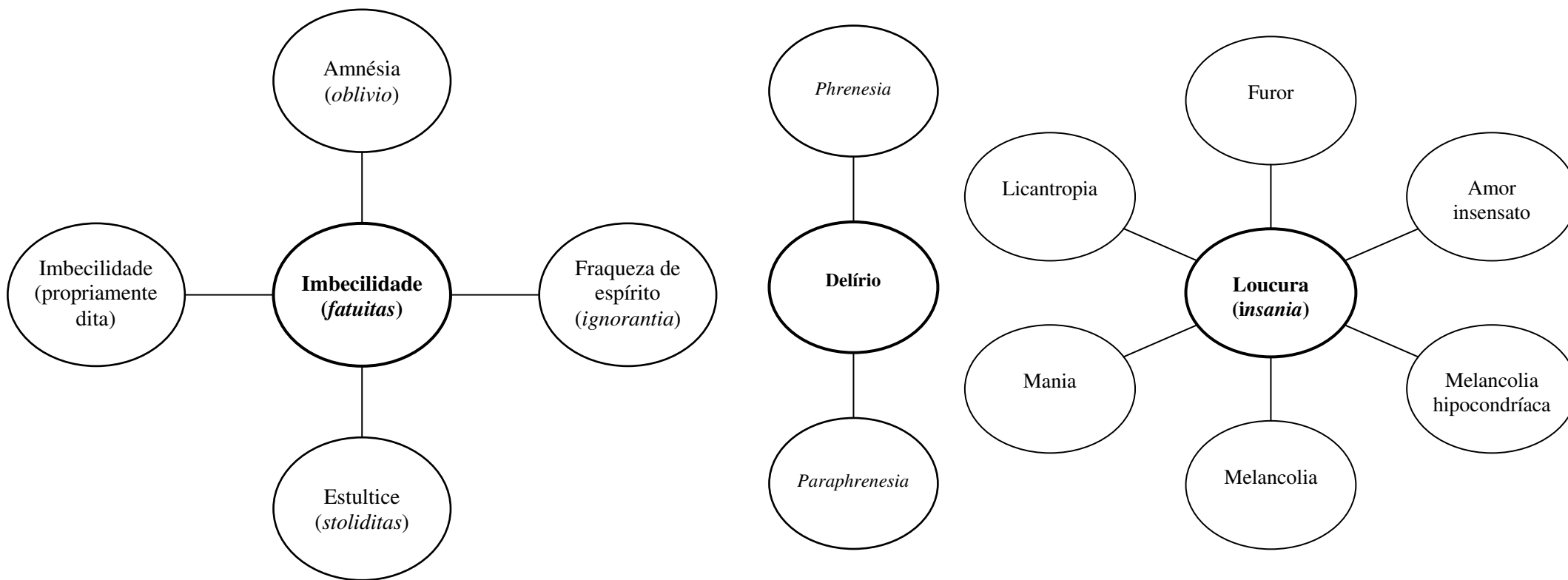
Esta percepção eclesiástica do comportamento desviante não pode ser entendida descolada de seu momento histórico, no qual a Igreja Católica exercia influência preponderante sobre a vida dos indivíduos medievos. Entretanto, com os desdobramentos do mesmo período, as novas tendências renascentistas, as teorias inauguradas com a chamada Reforma Protestante e os novos horizontes geográficos e mentais que se

apresentavam com as recentes explorações navais e territoriais, a sociedade em transição para a Idade Moderna, não só refletia sobre as interpretações sacro-medievais, como formulava novas proposições.

Podemos dizer que do final do século XVI até o início do século XVIII as reflexões a cerca da loucura retornaram ao ceio da medicina sofrendo influências tanto das formulações galenistas quanto da filosofia platônica e aristotélica. Apesar do século XVII, podemos destacar três nomes: Paulus Zacchias (1584-1659), Zacchias, Félix Plater (1536-1614) e Thomas Willis (1621-1675).

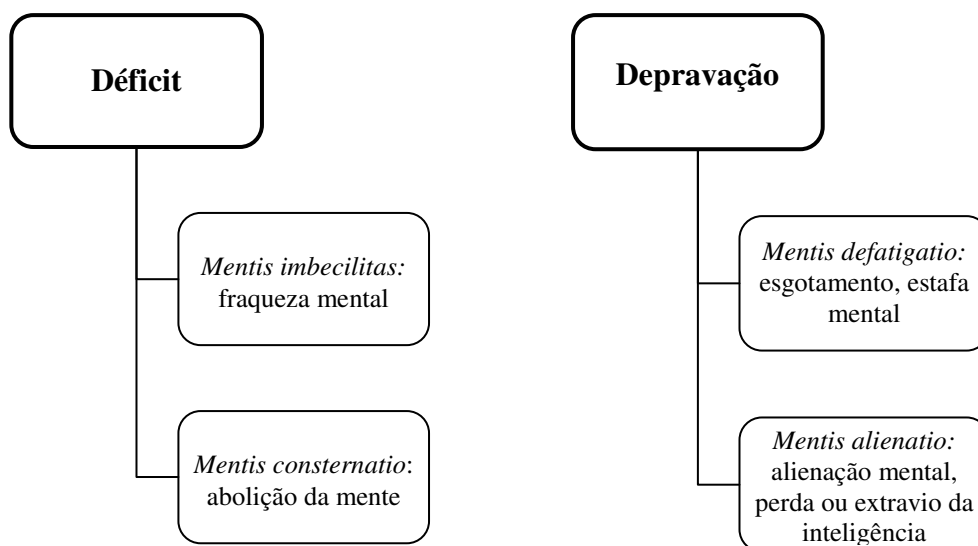
A principal obra de Zacchias, “*Quaestiones medico-legales*” (1651), pode ser caracterizada como a mescla entre elementos jurídicos e categorias médicas. Fundamentalmente, podemos extrair de seus escritos uma espécie de categorização da loucura que, ainda que não seja fruto exclusivo de análises médicas, deve ser lida com certa relevância para ensaios posteriores. Em primeiro lugar, é importante salientar que Zacchias percebeu a loucura etiologicamente inscrita no âmbito da doença mental, medicinalmente tratável. Assim, estabelece duas categorias gerais para a alienação mental: demência, como perda parcial da razão e amênia como perda total da razão. Destas duas categorias, derivam-se três subcategorias: a imbecilidade (*fatuitas*), o delírio (*delirium*) e a loucura (*insania*) (PESSOTTI, 1994).

Em cada uma destas subdivisões se fragmentam em naturezas distintas de distúrbios como sugerem os esquemas abaixo:



Fonte: PESSOTTI, Isaias. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Ed. 34, 1994, p. 125.

De acordo com PESSOTTI (1994), a visão de Félix Plater (1625) trouxe uma inovação para o campo da medicina, que foi a inauguração do termo alienação mental (*mentis alienatio*), que será componente de todo pensamento psiquiátrico estudado pela nossa pesquisa. Acreditando que a inteligência humana era formada por três sentidos internos (razão, imaginação e memória), pautou sua nosografia sobre a base de que a doença mental seria uma lesão da inteligência, da qual poderia haver dois resultados possíveis, um déficit ou uma depravação, cada qual com seus respectivos desdobramentos. Podemos entender o pensamento de Plater a partir do seguinte esquema:



Fonte: PESSOTTI, Isaias. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Ed. 34, 1994, p. 125.

Outra importante marca de Plater foi a preocupação em pensar etiologias para a loucura, que segundo ele, poderiam advir de causas físicas (como, por exemplo, o uso excessivo de substâncias alcoólicas), passionais ou internas (no caso do delírio, que variava de acordo com manifestações de furor e febre, entre: mania, melancolia e *phrenesis*). Embora a crença na possessão diabólica como uma possível etiologia da alienação mental tenha conferido à teoria de Plater acerca da loucura um tom de fragilidade, sua teoria também reconduziu o conceito de loucura aos caminhos da percepção médico-científica. Como comprovação desse movimento, podemos destacar suas formulações acerca do delírio, nas quais procurou centrar o âmago da loucura, isto é, sem delírio não haveria alienação mental, desvinculando a leitura de loucura como atribuição de qualquer desvio

comportamental, e conduzindo-a para uma compreensão no campo da fisiopatologia e entendendo-a como uma morbidade da esfera mental (PESSOTTI, 1994).

A partir destas concepções, o delírio permaneceria com maior ou menor intensidade e diferentes formulações como elemento fundamental para o entendimento das manifestações de alienação mental. Desta forma, as explicações destes fenômenos mentais se aproximavam cada vez mais da organicidade. Três correntes podem ser identificadas como bases filosóficas de boa parte das doutrinas de finais do século XVII e início do século XVIII: a iatroquímica, que defendia a idéia de que as variações de loucura seriam conseqüência das alterações dos sais que compõem o corpo humano (enxofre, mercúrio, etc.); a pneumática, que se baseia na teoria de Descartes de que o sistema nervoso humano é composto por espíritos animais, os quais teriam seu fluxo como causa da loucura; e a iatromecânica, que equaciona a metafísica com a mecânica de Galileu Galilei, entendendo não só a loucura, como qualquer morbidade física como efeito das ações hidráulicas e mecânicas do corpo humano (PESSOTTI, 1994).

O pensamento de Thomas Willis identificava-se com a filosofia de Descartes sobre os espíritos e com as explicações pneumáticas de Galeno. Também tomando o delírio como o grande sintoma identificável da loucura, acreditava que o desenvolvimento deste no corpo, dava-se por meio da agitação dos espíritos animais que compõem o corpo humano. As causas para estas agitações poderiam ser internas ou externas, e as variações destas agitações determinariam as espécies de loucura, mania, melancolia e delírios de inanição (PESSOTTI, 1994).

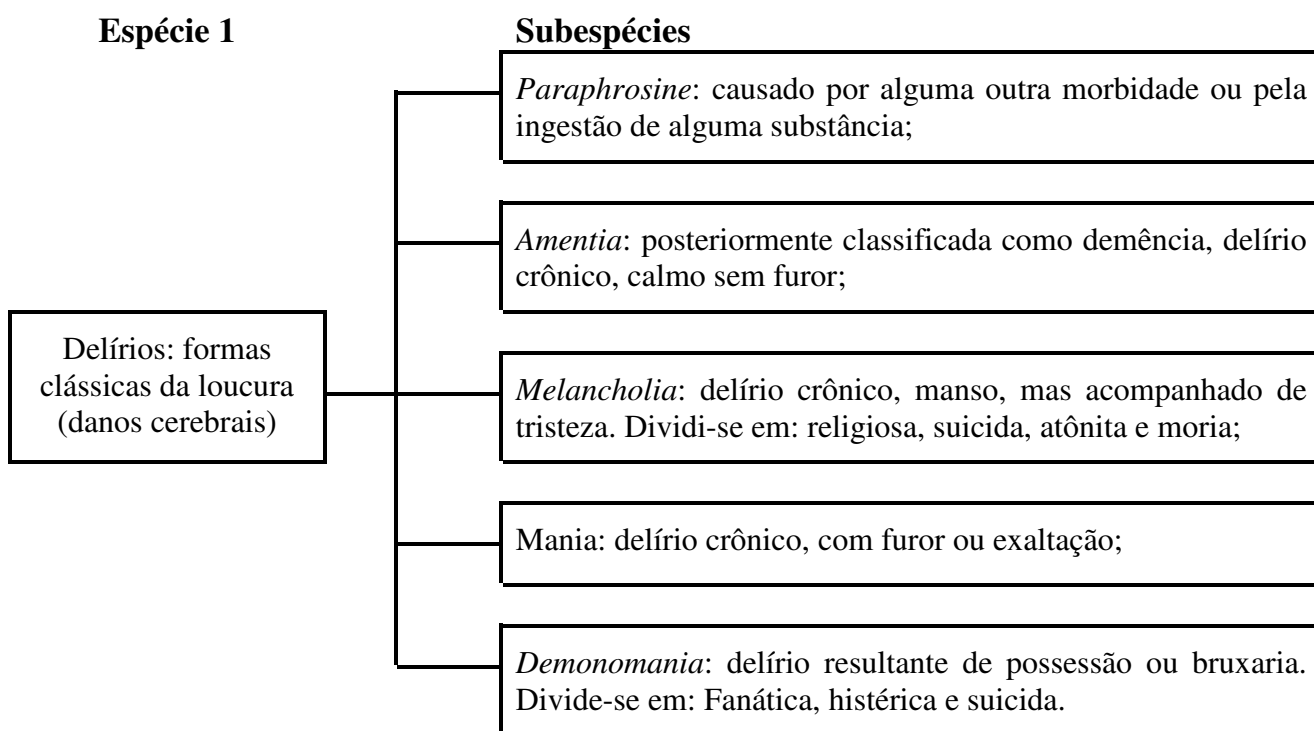
O que podemos perceber ao observarmos as teorias de alguns dos pensadores do século XVII é que a partir da mistura de antigas teorias orgânicas com novas tendências, a loucura era sempre compreendida como uma doença natural e orgânica. Vemos ainda que, de uma maneira geral, estas teorias tentavam estabelecer fundamentos teórico-explicativos para as ocorrências e desenvolvimentos destas manifestações no corpo humano ligadas a elementos anatomofísicos, buscando a explicação e o *locus* orgânico da doença em detrimento muitas vezes da observação das manifestações corpóreas da mesma. Paulatinamente, a metafísica e a filosofia foram sendo desarraigadas das explicações da loucura dando lugar a teorias sistemático-físicas.

Assim sendo, ao século XVIII coube a consideração dos elementos sintomatológicos comparativamente com os estudos neurofisiológicos, no tocante ao estabelecimento de nosografias para a alienação mental. A desvinculação com a metafísica ao mesmo tempo

em que consolidava o estabelecimento das discussões em torno da loucura no campo da organicidade médica, criava um vazio empírico destas discussões em relação às demais morbidades clínicas, pensadas e tratadas pela medicina. Isso explica o fato de uma das vertentes explicativas cooptadas pela infante medicina mental ter sido a vinculação de seus quadros nosográficos com os métodos de análise empírica e explicação teórica desenvolvidos pelos naturalistas.

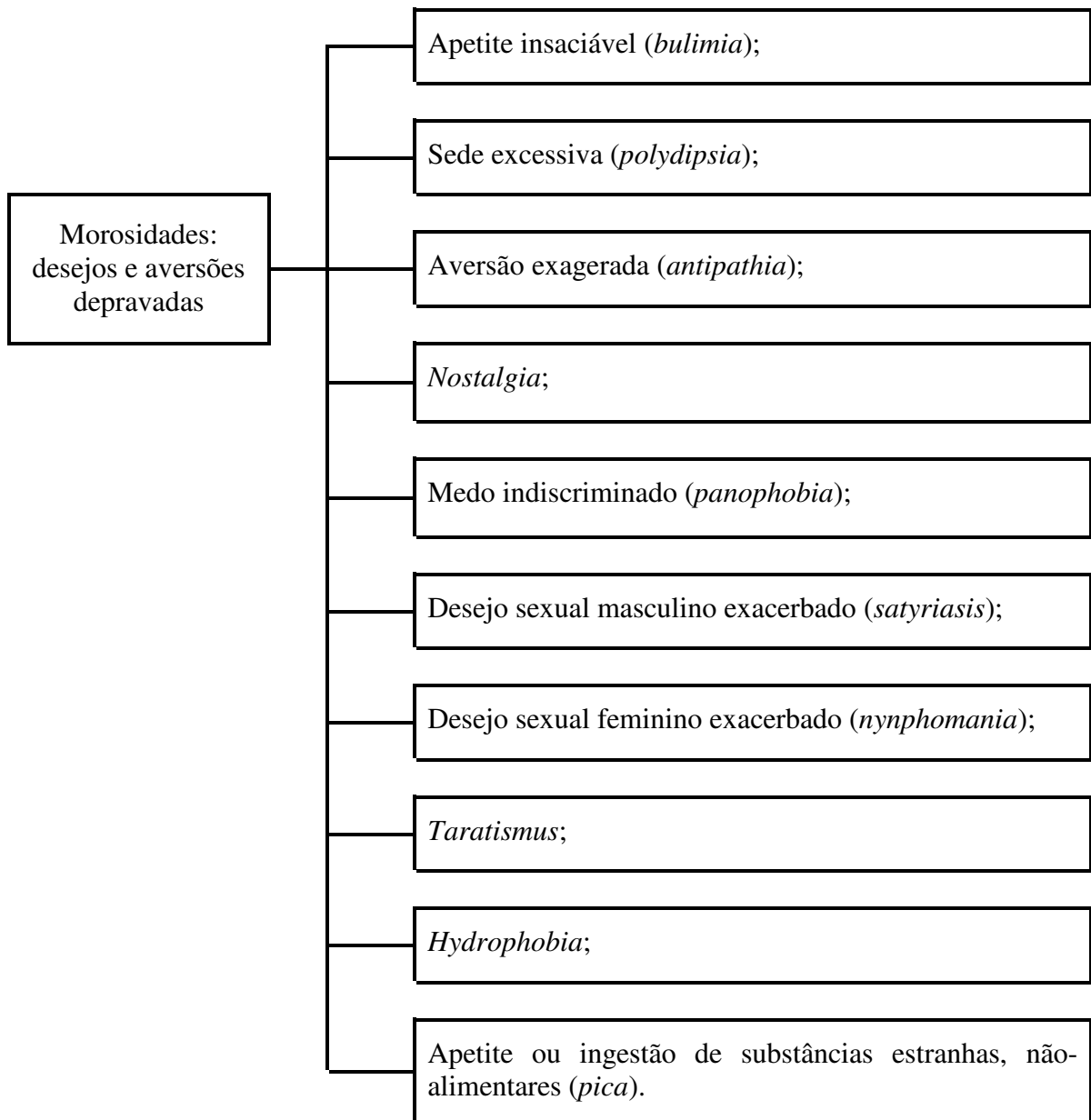
Inseridos nesta pauta, os esquemas formulados pelos pensadores do século XVIII serviram de base inspiratória para o grande trabalho de Philippe Pinel, que veremos mais adiante. A partir da leitura de Pessotti (1994), selecionamos quatro esquemas classificatórios oitocentistas, que foram formulados por Boissier de Sauvages (1767), Cullen (1782), Arnold (1782) e Chiarugi (1794), os quais apresentaremos abaixo, analisando em seguida.

- Boissier de Sauvages (1767): Inspirado pela metodologia naturalista criou um esquema classificatório para as doenças mentais dividido em quatro espécies. A etiologia estaria ligada a disfunções orgânicas distintas, relacionadas ao cérebro e especificada dentro de cada espécie e subespécie. Utilizou explicações sintomatológicas e comportamentais para definir seus quadros. Identificou no delírio a distinção básica entre a loucura e as demais doenças mentais, defendendo a variação deste entre as manias e melancolias (PESSOTTI, 1999).



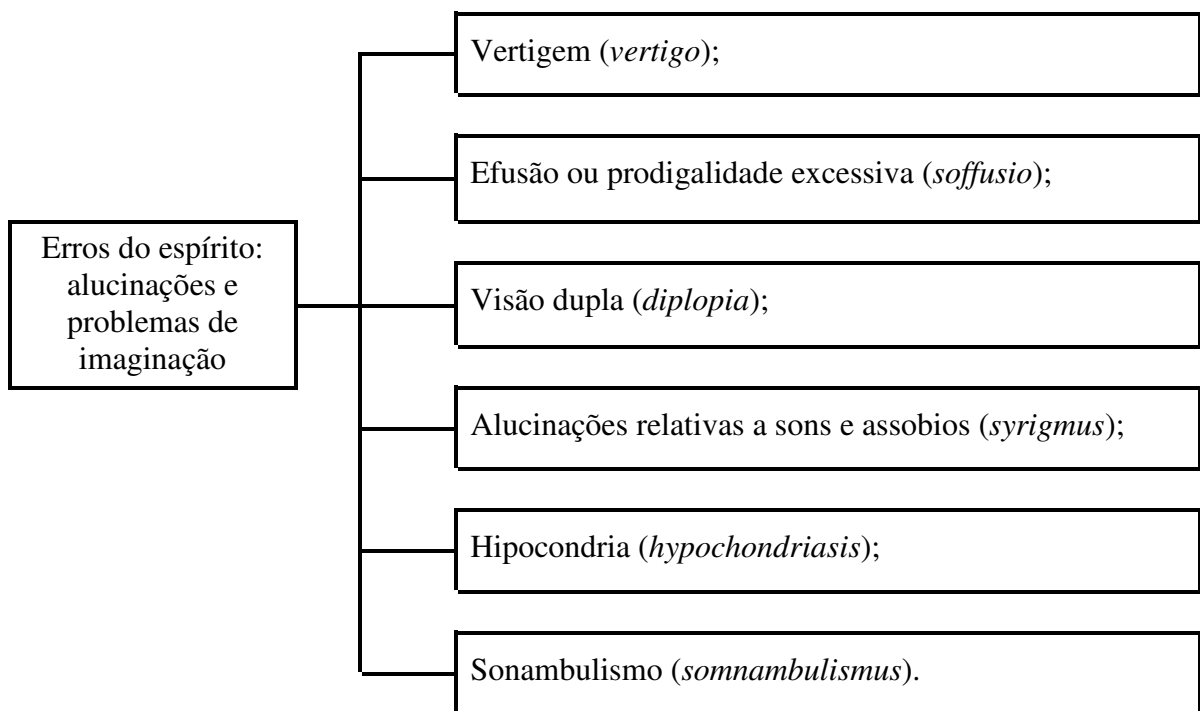
Espécie 2

Subespécies



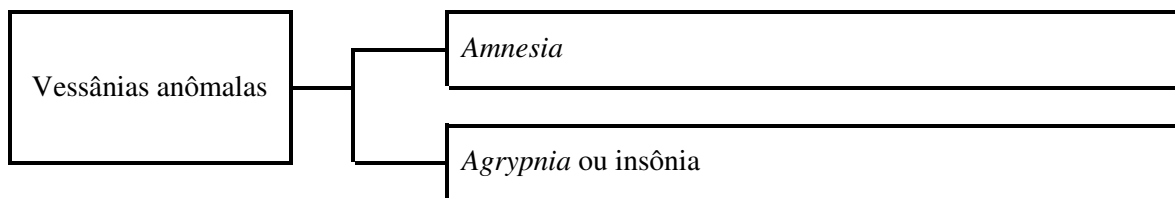
Espécie 3

Subespécies

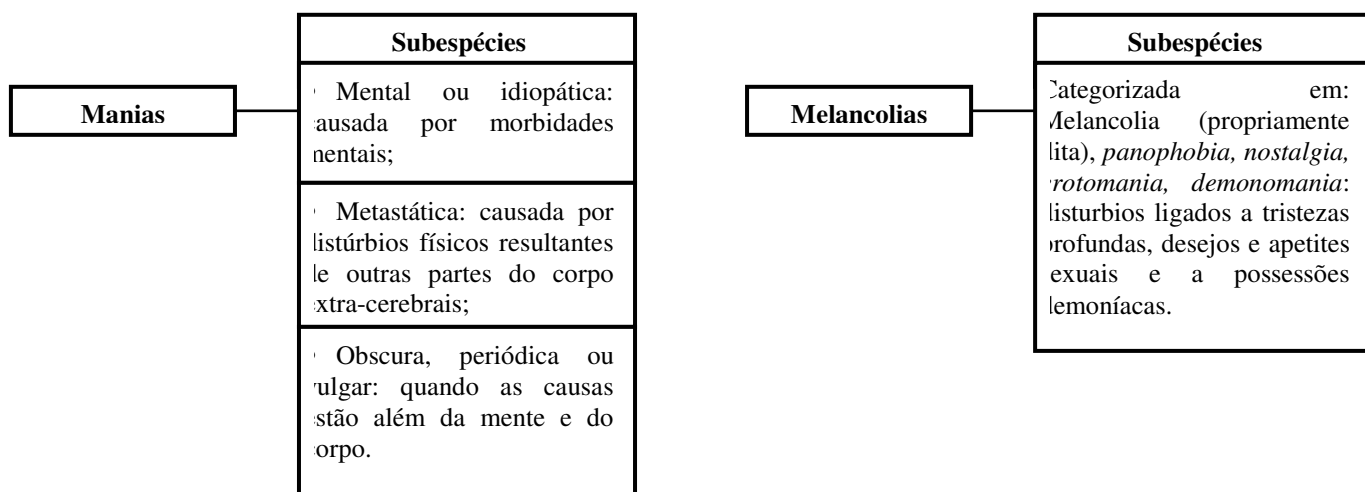


Espécie 4

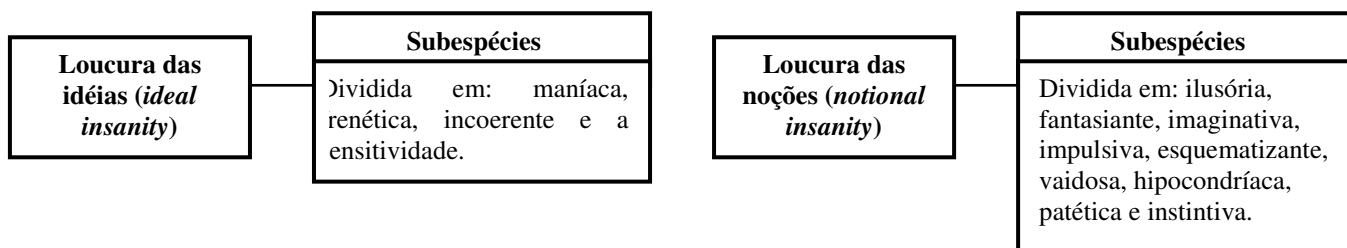
Subespécies



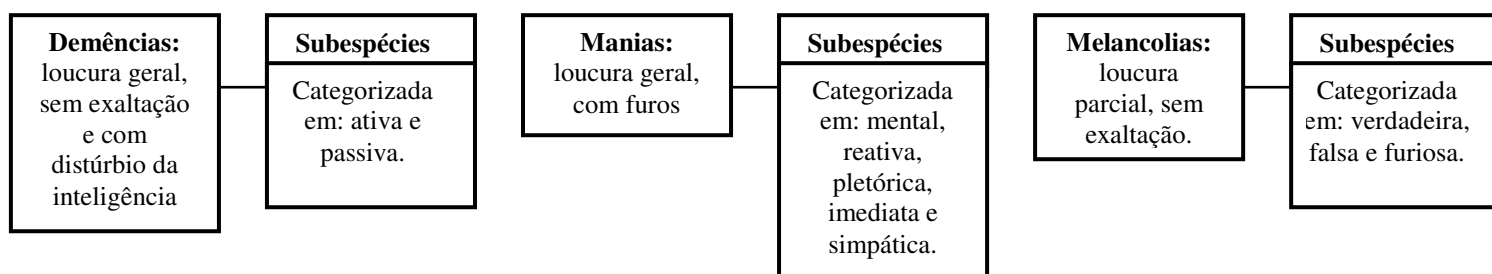
- Cullen (1782): Precursor da explicação mental da loucura, que posteriormente seria retomada por Pinel e Esquirol. Percebia a loucura como enfraquecimento (imbecilidade) ou erro (delírio) da razão, acreditava que os comportamentos desviantes eram consequência destes erros da razão devendo ser corrigidos a fim de reeducar a razão. Em seu sistema classificatório, considerou três grandes categorias que variavam de acordo com as alterações mentais identificadas, sendo estas: a demência (enfraquecimento mental, no âmbito da razão), a mania (loucura universal) e a melancolia (loucura parcial). As duas últimas são subdivididas e explicadas de acordo com o esquema abaixo (PESSOTTI, 1999):



- Arnold (1782): Também percebeu a loucura como uma disfunção mental, mas avançou em sua concepção ao considerar que estas alterações estariam intimamente ligadas ao cognitivo humano. Sua teoria era amplamente ligada à filosofia de John Locke, a qual concebia o conhecimento humano formado por noções (idéias) geradas a partir das experiências sensoriais. Sendo assim, o pensamento de Arnold era talhado sobre bases cognitivas e sensoriais. Sua classificação dividia os distúrbios mentais em dois grandes campos, das idéias e das noções. As subdivisões de ambos relacionavam-se com variações perceptivas e comportamentais. No esquema abaixo representamos a classificação de Arnold, segundo Pessotti (PESSOTTI, 1994):



- Chiarugi (1794): Mais um que defendia a percepção mental cognitiva da loucura. Inspirando sua teoria na de Cullen, trouxe poucas inovações, retomando a clássica divisão entre demência, mania e melancolia. A inovação de Chiarugi estava na forma como definiu estas três categorias clássicas em seu esquema de classificação, aludindo ora a sintomatologia, ora ao comportamentalismo. Para a demência utilizou um critério de distúrbios comportamentais, para as manias processos etiológicos mentais, enquanto que para classificar as melancolias utilizou tanto de variações racionais quanto comportamentais. Contudo adquiriu um caráter organicista quando defendeu que a natureza da loucura residia em disfunções fisiológicas cerebrais. Vejamos o esquema classificatório de Chiarugi (PESSOTTI, 1994):



O fundamental a ser dito sobre os pensamentos expostos acima nos quadros demonstrativos é que a construção destes pensamentos era elaborada de forma bem menos sistemática do que a organização apresentada acima pode sugerir. Estes primeiros teóricos da loucura, se é que podemos assim classificá-los, arquitetavam suas formulações teóricas muito sobre bases muito mais filosóficas do que empíricas. Assim a composição destes quadros estava inserida num contexto de efervescências iluministas, nas quais a filosofia emprestava suas ferramentas aos estudos humanistas nas mais variadas esferas. Nas linhas seguintes, veremos que somente com Philippe Pinel (1745-1826) as formulações sobre a loucura fazem a passagem definitiva das formulações filosóficas para as teorias científicas, com a introdução da observação clínica sistemática e a valorização dos sintomas nas definições nosológicas da loucura.

2.2. As correntes e as influências que compõem o discurso da loucura

Ainda que a loucura tenha sido uma temática secularmente estudada, não caberia nestas poucas linhas a elaboração de uma história completa da teoria da loucura, não sendo esta nossa proposta. Assim optamos por selecionar os pensadores estrangeiros identificados, ao longo da leitura de trabalhos brasileiros, como grandes influenciadores do pensamento psiquiátrico no Brasil. Podemos destacar fundamentalmente duas correntes teóricas como influências que compunham o discurso da loucura no Brasil: uma primeira francesa, representada aqui por Philippe Pinel (1745-1826), Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), e Bénédict Augustin Morel (1809-1873); e uma segunda alemã, lida a partir de Emil Kraepelin (1856-1926). Certamente, tivemos diversos outros autores que teorizaram e dissertaram sobre o tema, contudo, a escolha por estes nomes se deve ao fato de acreditarmos que eles representam pontos importantes da proposta de nossa pesquisa.

Acreditamos ser fundamental apresentarmos um panorama do pensamento destes médicos e teóricos, que foram de grande importância para a construção e consolidação do pensamento científico da psiquiatria brasileira, a fim de melhor compreendermos os meandros da mesma. Para tanto, nas linhas que se seguem, apresentaremos de forma sumária e concisa pontos considerados importantes acerca do pensamento destes autores.

2.2.1. Phillippe Pinel e o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação

Foi a partir de Pinel que a configuração nosográfica da loucura, bem como sua conceituação teórica, foi ganhando feições mais científicas principalmente por estar mais ligada à empiria, distanciando-se das formulações filosóficas da loucura características do iluminismo do século XVIII. A defesa da observação clínica dos pacientes como ponto fundamental para o diagnóstico correto do “tipo de loucura” foi uma bandeira apregoada por Pinel. O distúrbio das paixões era aludido como etiologia, mas a conceituação de loucura usada por Pinel como fundamento para sua classificação girava em torno da crença em lesões intelectuais ou das vontades manifestadas por diferentes sintomas.

Dessa forma, os distintos quadros clínicos variariam de acordo com os sintomas, observáveis e diagnosticáveis, ficando as lesões cerebrais orgânicas em segundo plano no tocante à construção dessa nosografia. Estes sintomas poderiam oscilar entre manifestações físicas ou comportamentais. Com a instituição da observação como elemento *sine qua non* para o diagnóstico, Pinel redesenhou o espaço no qual deveria dar-se, não só esta

observação, mas principalmente o tratamento dos indivíduos diagnosticados. O espaço asilar re-elaborado por Pinel era o aparelho que garantiria o estudo e a cura da alienação.

Podemos dizer assim que Pinel inaugurou a clínica psiquiátrica e instituiu um espaço e um instrumento científico para sua atuação. Todos estes aspectos estavam claramente explicitados em seu *Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*, publicado pela primeira vez em 1801 e reeditado em 1809. A técnica de observação clínica defendida por Pinel deveria ser realizada por um modo sistemático e prolongado, objetivando a ordenação por parte do alienista, dos sintomas a fim de enquadrá-los em um dado quadro nosológico, um método semelhante ao praticado pelos naturalistas da época. Tais sintomas estariam intimamente ligados às lesões do intelecto e das vontades sendo externamente manifestadas pelo paciente por meio de comportamentos adversos de padrões desviantes.

Sob o signo de alienação mental, Pinel propôs quatro formas clássicas de manifestação da loucura: mania (delírio geral, com ou sem furor), melancolia (delírio parcial), demência e idiotia, são consideradas por Pinel em conjunto. Além disso, ainda dentro das manias, ele considerou a mania raciocinante, que seria uma variação da mania, sem a manifestação de delírios.

Contudo a novidade inaugurada por Pinel, que inseriu a alienação mental como matéria científica, retirando desta o invólucro filosófico herdado do século XVIII, foi a construção de uma metodologia concisa de análise e tratamento da loucura. Mais que distintas categorizações, ele defendeu que a diagnóstica dependia exclusivamente da observação, a fim de determinar o melhor caminho para o tratamento, devendo objetivar a cura. Com isso uma nova especialidade médica era inaugurada, com seu objeto, seu método, seu agente e seu espaço de atuação.

A loucura deixava de ser interpretada como ausência de inteligência ou desrazão, e passava a ser vista como um estado de instabilidade e/ou desequilíbrio da inteligência ou das vontades, passível de reorganização e/ou restabelecimento, de acordo com determinados métodos. Ao personalizar a loucura, que deveria ser analisada a cada caso por meio de uma observação empírica (semelhante à observação da natureza realizada pelos estudos naturalistas), Pinel afirmava que caberia ao alienista, após a observação e organização dos sintomas, o tratamento moral a fim de se recondicionar este indivíduo. Neste contexto o asilo deixaria de ser um espaço de exclusão dos desarrazoados, para ser um aparelho de tratamento dos desequilíbrios da razão que afetariam alguns indivíduos.

2.2.2. Esquirol e a sistematização do pensamento de Pinel

Discípulo de Philippe Pinel, Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) também defendia a loucura como desequilíbrio da inteligência e das vontades. Entretanto existem algumas diferenças entre estes autores. Além da mudança de nomenclaturas e inclusão de novas categorias, duas novidades importantes podem ser destacadas: a retomada da crença de substratos orgânicos e a inclusão das paixões como componentes etiológicos na determinação dos diagnósticos.

A classificação da loucura proposta por Esquirol definiu-a como um gênero composto por cinco espécies (PESSOTTI, 1999):

Espécie de loucura	Definição
Lipemania	Delírio parcial relativo a um ou poucos objetos acompanhado de paixões tristes
Monomania	Delírio parcial relativo a um ou poucos objetos acompanhado de paixões alegres ou expansivas
Mania	Delírio geral ilimitado, com excitação
Demência	Perda da razão por decorrência da falta de vigor ou energia dos órgãos do pensamento
Idiotia ou Imbecilidade	Deficiência congênita de um ou mais órgãos responsáveis pelas atividades intelectuais

A introdução da idéia de que as paixões eram um sintoma de suma relevância na determinação da espécie de loucura deu à teoria de Esquirol um foco mais iluminado na questão do comportamento, em detrimento da debilidade da razão. Os distúrbios das paixões ainda seriam para ele o *locus* de atuação do alienista no sentido da cura. Além disso, sua classificação mais pontuada na questão moral ampliou a interpretação de Pinel acerca das manifestações da loucura em que não houvesse o comprometimento das faculdades intelectuais. Nessa esteira, a estruturação do conceito de monomania inaugurado por Esquirol foi fundamental.

Adversamente a oposição mania e melancolia proposta pela classificação de Pinel para estabelecer a diferenciação entre manifestações ocorridas com delírio total ou parcial respectivamente, Esquirol criou duas categorias para definir a loucura manifestada com delírio parcial, as lipemantias e as monomantias. Estas se distinguiam entre si pela forma como as paixões apresentavam-se, tristes no caso das lipemantias e alegres ou excitadas no caso das monomantias. No entanto, dentre as monomantias foi além, estabelecendo três manifestações dessemelhantes, dentre elas, uma aprofunda a formulação lançada por Pinel

da possibilidade de loucuras onde a razão não seria afetada. Assim, segundo Esquirol, teríamos:

- Monomanias da inteligência: nas quais a inteligência seria parcialmente comprometida. O restabelecimento da sanidade do paciente deveria dar-se no âmbito da correção deste comprometimento;
- Monomanias raciocinantes: a inteligência neste caso não seria afetada, estando o desvio na extensão dos desvios passionais. O caminho para a cura encontrar-se-ia na reparação dos desvios comportamentais, das vontades declinadas das normais.
- Monomanias instintivas: compreenderiam distúrbios nos instintos individuais, que levariam este indivíduo perturbado a cometer excessos morais não condizentes com comportamentos socialmente aceitáveis. O caminho para cura seria o condicionamento destes instintos a fim de devolver condições de sociabilidade a estes indivíduos, além de proteger não só o próprio indivíduo como também a sociedade de atos amorais e até mesmo criminais (MACHADO, 1979).

Na mesma trilha metodológica proposta por Pinel, Esquirol acreditava que a observação clínica dos sintomas e das manifestações das paixões seria a condição *sine qua non* para a determinação dos sintomas. Além disso, o tratamento moral de correção dos desvios e controle das paixões, aplicado nos hospícios, seria o caminho para uma possível cura das alienações. É claro que só estariam no campo da cura as expressões de loucura que fossem identificadas como distúrbios comportamentais ou desvios racionais, no caso de lesões que implicassem a ausência da inteligência os tratamentos propostos não seriam aplicáveis. Dessa forma, indivíduos sofredores de moléstias, como a demência e a idiotia, eram classificados como incuráveis.

O desenho do espaço asilar desenvolvido por Esquirol ganhou uma sofisticação maior do que a atribuída por Pinel. Esquirol sistematizou as divisões internas além de propor novos espaços de tratamento. O trabalho também foi pensado por ele como uma alternativa para o restabelecimento dos pacientes. Consolidava-se assim a idéia do isolamento terapêutico, no qual longe das conturbações do convívio social, e regido sob o signo do controle moral das condutas desviantes, os doentes poderiam ter reorganizada sua racionalidade e recondicionada suas paixões desordenadas. Nesta arquitetura de cura inovadora, os incuráveis tinham um espaço de reclusão, mas não uma terapêutica dedicada a eles, para estes o asilo seria uma última parada. Os maiores esforços dos alienistas

deveriam ser com os indivíduos que poderiam ser devolvidos a sociedade são e moralmente reconicionados.

2.2.3. Morel e o aprofundamento do organicismo

A aliança entre a compreensão da loucura como uma disfunção da razão e das vontades, de Pinel, e a introdução do exame das paixões e busca por elementos orgânicos como condições de síntese diagnóstica para a loucura, apreendida por Esquirol, fizeram do pensamento destes dois grandes teóricos da psiquiatria pilares de sustentação para as pesquisas orgânico-científicas que os sucederam. Assim é o caso de Bénédict Augustin Morel (1809-1873), que acreditava que todas as manifestações da loucura possuíam uma causa orgânica.

Todavia, a formulação teórica da etiologia das espécies de loucura classificadas por Morel não possuía uma consistência metodológica sólida, podendo dentre estas causas termos elementos hereditários e até mesmo complicações originárias de outras moléstias que não mentais. Ele inaugurou uma teoria sobre a degenerescência defendendo que causas hereditárias de espécies de loucura poderiam ser resultantes de comportamentos desviantes de parentes de graus distantes em até quatro gerações familiares diretas (bisavós, por exemplo).

De acordo com Pessotti (1999, p. 83) o quadro nosológico de divisão da loucura elaborado por Morel apresentava seis espécies:

Espécie de loucura	Especificação
Alienações hereditárias	Malformações físicas e morais, resultantes de degenerescências manifestadas por atos delirantes. Possuindo diversas variações, dentre elas: loucura lúcida ou racionante, loucura moral, loucura instintiva.
Alienações por intoxicação	Resultante da ingestão de substâncias tóxicas ou derivadas de outras morbidades não necessariamente mentais: alcoolismo, narcotismo, ergotismo, pelagra, impaludismo.
Alienações por doenças nervosas (nevroses)	Determinadas pela transformação de certas doenças nervosas: loucura histérica, epilética e hipocondríaca.
Alienação idiopática	Consequência de doenças crônicas no cérebro, como por exemplo, a paralisia geral.
Loucuras simpáticas	Delírios ligados a distúrbios em outros órgãos que não o cérebro.

Ainda que apoiada em alguns estudos empíricos a classificação de Morel obedecia a critérios mais teóricos do que metodológicos, possuindo diversas lacunas quanto ao estabelecimento conciso de suas justificações ideológicas. Contudo não podemos deixar de destacá-lo como uma das influencias na mudança do paradigma teórico da psiquiatria brasileira de uma percepção moralista para uma concepção organicista da loucura.

2.2.4. *Emil Kraepelin e o organicismo alemão*

A escolha de Emil Kraepelin (1856-1926) como representante do pensamento psiquiátrico alemão deve-se à filiação de psiquiatras brasileiros a suas teorias, principalmente Juliano Moreira. A mudança de paradigma da psiquiatria brasileira deu-se a partir do momento em que a influencia francesa de interpretação moral da loucura foi dando lugar a uma percepção mais científicista, mais organicista. Começando por Morel e adentrando pelo pensamento sistematizado de Kraepelin.

A metodologia de Kraepelin consistia no exame da coligação entre os sintomas das alterações mentais e as etiologias e em paralelo, a investigação entre estes mesmos sintomas e alterações cerebrais anatômicas ou bioquímicas. Desta maneira definição do padrão de loucura passaria pela esfera da investigação sintomatológica e causal psicológica e orgânica, devendo, contudo, residir na última o caminho para a diagnosticção e terapêutica. Assim como Morel, Kraepelin acreditava na existência de predisposições para a eclosão de algumas formas de loucura, fundamentalmente no caso das endógenas, podendo estas ser de caráter congênito ou ainda consequência de desvios no desenvolvimento psíquico desde a infância (PESSOTTI, 1999).

A classificação proposta por Kraepelin era bastante minuciosa e elaborada. Carregava em si todo o organicismo característico da medicina da época, pós Revolução pasteuriana. A loucura passava a ter um *locus* orgânico muito bem definido, o cérebro. As alterações comportamentais seriam sintomas de distúrbios orgânicos, distribuídos em dois grandes grupos causais definidos por fatores endógenos e fatores exógenos.

A principal obra de Kraepelin foi o “Compendio”, publicado pela primeira vez em 1883 e reeditado inúmeras vezes. Optamos por apresentar a síntese que Pessoti transcreveu da classificação proposta por Kraepelin (1999, p, 161-165) compreendendo um número de quinze variações com diversas subdivisões separadas de acordo com manifestações psíquicas ou somáticas:

1. Loucura infecciosa
 - 1.1. Delírios febris
 - 1.2. Delírios infecciosos
 - 1.3. Estados infecciosos de fraqueza psíquica

2. Psicose de esgotamento
 - 2.1. Delírio de colapso
 - 2.2. Confusão mental aguda (amentia)
 - 2.3. Esgotamento nervoso crônico

3. Envenenamentos
 - 3.1. Envenenamentos agudos químicos ou vegetais
 - 3.2. Envenenamentos crônicos
 - 3.2.1. Alcoolismo
 - 3.2.1.1. Embriagues
 - 3.2.2. Alcoolismo crônico
 - 3.2.2.1. Distúrbios psíquicos
 - 3.2.3. Delirium tremens
 - 3.2.3.1. Distúrbios de percepção
 - 3.2.4. Psicose de Korsakow
 - 3.2.5. Delírio alucinatório dos alcoolistas
 - 3.2.6. Demência alucinatória dos alcoolistas (paranóia alcoólica)
 - 3.2.7. Delírio de ciúme dos alcoolistas
 - 3.2.8. Paralisia alcoólica, pseudo-paralísias
 - 3.3. Morfinismo
 - 3.4. Cocainismo

4. Psicoses tireógenas
 - 4.1. Psicose mixedematosa
 - 4.2. Cretinismo

5. Demência precoce
 - 5.1. Formas ebefrênicas
 - 5.2. Formas catatônicas
 - 5.2.1. Estupor-excitação
 - 5.3. Formas paranóides
 - 5.3.1. Demência paranóide
 - 5.3.2. Paranóia fantástica
 - 5.3.3. Delírio crônico de evolução sistemática

6. Demência paralítica
 - 6.1. Forma depressiva
 - 6.1.1. Paralisia hipocondríaca
 - 6.1.2. Paralisia ansiosa
 - 6.1.3. Delírio de perseguição
 - 6.2. Formas expansivas
 - 6.2.1. Paralisia clássica
 - 6.2.2. Paralisia circular
 - 6.3. Formas agitadas
 - 6.3.1. Paralisia galopante
 - 6.3.2. Delirium tremes
 - 6.4. Forma demencial

- 7. Loucura das doenças orgânicas do cérebro
 - 7.1. Doenças difusas
 - 7.1.1. Glicoses do córtex cerebral
 - 7.1.2. Esclerose cerebral difusa
 - 7.1.3. Coréia de Huntington
 - 7.1.4. Esclerose múltipla
 - 7.1.5. Doenças sifilíticas
 - 7.1.5.1. Sífilis
 - 7.1.5.2. Hereditária tardia
 - 7.1.5.3. Demência sifilítica
 - 7.1.5.4. Pseudo-paralisia progressiva sifilítica
 - 7.1.6. Psicose tabéticas
 - 7.1.7. Atrofia cerebral arteriosclerótica
 - 7.1.7.1. Demência pós-apoplética
 - 7.1.7.2. Arteriosclerose grave progressiva
 - 7.1.7.3. Encefalite sub-cortical
 - 7.1.7.4. Glicose perivascular
 - 7.2. Doenças circunscritas
 - 7.2.1. Tumores
 - 7.2.2. Abscessos
 - 7.2.3. Hemorragias
 - 7.2.4. Embolias
 - 7.2.5. Tromboses
 - 7.2.6. Traumas na cabeça
 - 7.2.6.1. Delírio traumático
 - 7.2.6.2. Demência traumática
- 8. Loucura de idade involutiva
 - 8.1. Melancolia
 - 8.2. Delírio pré-senil de dano
 - 8.3. Demência senil
- 9. Psicose maníaco-depressiva
 - 9.1. Estados maníacos
 - 9.2. Estados depressivos
 - 9.3. Estados mistos
 - 9.3.1. Loucura circular
 - 9.4. Ciclotimia
 - 9.5. Mania crônica
 - 9.6. Depressão constitucional
- 10. Paranóia
 - 10.1. Delírio de perseguição
 - 10.2. Delírio de grandeza
 - 10.3. Paranóia erótica
 - 10.4. Distúrbios psico-sensoriais
 - 10.5. Falsificações da memória
- 11. Loucura epilética
 - 11.1. Demência epilética
 - 11.2. Depressões periódicas

- 11.3. Idéias delirantes
- 11.4. Estados crepusculares
- 11.5. Ataque convulsivo
- 11.6. Loucura pré e pós-epilética
- 11.7. Estupor sonhante
- 11.8. Sonambulismo
- 11.9. Estupor epilético
- 11.10. Delírio ansioso
- 11.11. Delírio consciente
- 11.12. Distúrbios da memória

- 12. Nevroses psicógenas
 - 12.1. Loucura histérica
 - 12.2. Nevrose de susto
 - 12.3. Nevrose de espera ansiosa

- 13. Estados psicopáticos originários
 - 13.1. Nervosidade
 - 13.2. Estado de depressão constitucional
 - 13.3. Estado de excitação constitucional
 - 13.4. Loucura coacta
 - 13.5. Loucura impulsiva
 - 13.6. Aberrações sexuais

- 14. Personalidade psicopática
 - 14.1. O delinqüente nato
 - 14.2. Os instáveis
 - 14.3. Os mentirosos e fraudadores mórbidos
 - 14.4. Os pseudo-querelantes

- 15. Paradas de desenvolvimento psíquico
 - 15.1. Imbecilidade
 - 15.2. Idiotia

Sistematizando a vasta classificação de Kraepelin podemos concluir que as manifestações comportamentais eram transmutadas por fenômenos psíquicos e orgânicos. Esta estrutura de classificação e de metodologia diagnóstica serviu de grande inspiração à classificação elaborada pelos brasileiros e publicada em 1910. Nas linhas seguintes buscaremos mostrar as conformidades da concepção de alienação mental no Brasil, mantendo é claro uma íntima relação com as conceituações teóricas estrangeiras, especialmente a francesa e a alemã referidas anteriormente. E ainda como se deu no âmbito nacional a constituição da especialidade psiquiátrica, seus principais personagens e a relação entre teorias e práticas dentro desta construção.

2.3. Os alienistas brasileiros de 1883 a 1910: a medicina mental pede passagem e conquista seu espaço

De acordo com Roberto Machado (1979), o primeiro trabalho sobre alienação mental foi a Tese *Considerações gerais sobre a alienação mental*, de Antonio Luiz da Silva Peixoto, apresentada em 1837 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Este trabalho, assim como os demais produzidos por seus contemporâneos, mostrava uma linha de orientação genuinamente francesa. Nestes primeiros ensaios, podemos perceber uma tentativa de acomodação dos primeiros estudos brasileiros acerca da alienação mental às teorias francesas. A preocupação que se mostrava latente era a construção de um objeto para um novo saber.

Quando falamos de orientação francesa, podemos especificá-la sob o signo de Pinel e Esquirol, em especial do último. Alguns destes primeiros trabalhos brasileiros foram as teses sobre alienação mental defendidas nas décadas de 40 e 50 do século XIX, como a de Silva Peixoto, a de Geraldo Franco de Leão⁹ e de Francisco Júlio de Freitas e Albuquerque¹⁰. Estes estudos afastavam-se de uma interpretação da loucura como comprometimento exclusivo das faculdades intelectuais, reconhecendo-a como próxima das perturbações morais, comportamentais, no campo das paixões e das vontades. Nesse contexto, o conceito de monomania de Esquirol, mais detalhadamente explicado no tópico anterior, pode ser destacado como a base intelectual do pensamento dos primeiros alienistas brasileiros.

Nas primeiras exposições nosográficas e sintomatológicas, a consideração da ausência de inteligência foi descrita, semelhantemente à classificação proposta por Esquirol, sob a forma de idiotia e demência, contudo é sobre as monomanias que os alienistas brasileiros se debruçaram e despenderam maiores esforços. Os desvios comportamentais provocados pelos desvios morais representam o grande alvo da nascente medicina mental brasileira. Esta procurava constituir seu objeto de gerência para além de um órgão humano, no caso o cérebro, inscrevendo seu campo de atuação no conjunto comportamental humano. Estes alienistas carregavam a bandeira de que apenas a medicina mental seria capaz, através da observação minuciosa dos sintomas e manifestações comportamentais desviantes, perceber a distinção, por vezes tênue, entre o normal e o patológico.

⁹ *As Analogias Entre o Homem São e o Alienado e em Particular Sobre a Monomania*. Tese de doutoramento – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842.

¹⁰ *Monomania*. Tese de doutoramento – Faculdade de Medicina da Bahia, 1858.

Através da identificação do comportamento desviante seria possível recondiçaná-lo à normalidade, a loucura era tida como um objeto passível não apenas de ingerência, mas principalmente, de cura. A partir deste estabelecimento, a aceitação do espaço asilar, nos moldes propostos por Esquirol, como ambiente propício para o alcance da cura foi um movimento progressivo e linear. Podemos identificar, assim, os primórdios da formação da medicina mental no tocante ao seu objeto, campo e espaço de atuação.

Destas primeiras conformações até a conquista de seu espaço na Faculdade de Medicina, decorreram-se algumas décadas, pontuadas por trabalhos de semelhante inspiração. A própria cadeira de Clínica Psiquiátrica e Moléstias Nervosas, inaugurada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1881, que teve o professor Teixeira Brandão como o primeiro professor titular da cadeira em 1883, orientava-se pelo modelo francês. Até aquele momento a medicina mental ainda era matéria ocupada pela clínica geral, e a partir de então, ganha seu espaço exclusivo de atuação no âmbito da medicina.

Mesmo sendo o alienismo considerado socialmente inferior em relação às demais especialidades médicas e a remuneração não ser das mais altas, o médico Teixeira Brandão identificou neste campo recém-formado, um caminho de ascensão sócio-profissional. Complementou sua formação médica com estudos psiquiátricos realizados na Europa, e tornou-se assim o primeiro grande nome da psiquiatria brasileira. Sua passagem pela França o mobilizou, ao retornar ao Brasil, a lutar por mais espaço para a medicina e pela reforma da instituição asilar. Sua luta não foi só médica, mas também política e impregnada de idéias iluministas. A reverberação de Brandão incidia, principalmente, sobre a administração clerical, que controlava a direção do Hospício de Pedro II. Segundo sua concepção, faltava cientificidade nas ações clericais, o tratamento moral não era aplicado aos doentes, e estes conviviam com a violência, a superlotação e a falta de uma assistência mental que promovesse a efetiva cura de seus males (TEIXEIRA, 2005).

Paulatinamente, Teixeira Brandão foi conquistando mais espaço para a medicina mental dentro do Hospício de Pedro II. Em 1884 tornou-se alienista naquela instituição, e em 1887 tornou-se seu diretor, cargo este que ocupou até 1892. A atuação de Teixeira Brandão em ambos os postos foi de suma importância para a especialização proposta pela ciência psiquiátrica. Entretanto, a consolidação da medicina mental na gestão daquela instituição, que representava seu espaço de atuação, só viria efetivamente a ocorrer após a Proclamação da República.

Contudo, as lutas e conquistas de Teixeira Brandão não estiveram restritas ao âmbito do espaço asilar. Também devemos destacar seu intenso trabalho político-legislativo em prol do alienismo brasileiro. A luta de Brandão no campo legislativo alcançou como

resultado a inserção da psiquiatria brasileira na esfera da assistência pública propriamente dita, uma assistência médica de tratamento e não somente uma assistência social de recolhimento. Ao menos em tese.

Após a proclamação da República, a terapêutica da loucura foi então reconhecida como atribuição do Estado, e não sem motivo, diversos decretos foram promulgados em relação à alienação mental. A partir destes foram reorganizados os serviços médicos garantindo exclusividade da medicina mental no tratamento dos doentes, e estabelecendo também a exigência de qualificação dos demais profissionais que participassem ativamente dos cuidados dos pacientes. Outra grande conquista neste período foi a garantia de um estatuto de civilidade para os doentes, criando-se regras para a seqüestração dos mesmos e garantias para seus bens. Com isso, podemos afirmar que neste momento a medicina mental como uma especialidade autônoma da medicina orgânica começava a ser estabelecida (Decreto nº 206 A, 1890).

Diversas mudanças ainda ocorreram, até alcançarem seu auge com a nomeação de um novo diretor para o Hospício Nacional de Alienados, que viria a ser o responsável por transformações não só no espaço institucional como na própria prática de assistência aos alienados. Estamos falando do Dr. Juliano Moreira (1873-1932), médico baiano que assumiu a direção em 1903 e iniciou uma mudança de paradigma na psiquiatria brasileira.

Antes de sua entrada na direção do Hospício, Moreira havia passado uma temporada de sete anos na Europa, para tratamento de uma tuberculose, mas que foi responsável pelas influências de Juliano Moreira. De acordo com Venâncio e Carvalho (2005), o médico assumiu a direção da instituição em meio a um clima de escândalos e suspeitas sobre a administração anterior do Dr. Antônio Dias Barros, mas também sob um forte clima de progresso e ânsia por civilidade do Governo Federal, que, como já foi exposto no capítulo anterior, empreendera importantes reformas urbanísticas e sanitárias.

A atuação de Juliano Moreira foi de fundamental importância para a psiquiatria brasileira, por diversos fatores. Apontamos dentre eles a promoção da publicação científica em psiquiatria, a formação de sociedades de estudo e pesquisa, a divulgação científica brasileira nacional e internacionalmente, bem como seu intenso trabalho de pesquisa e assistência à alienação mental no Brasil.

Moreira acreditava na comunhão entre ciência e medicina pública como o caminho para um pleno governo de uma sociedade sadia. Já em seus primeiros trabalhos, não só difundia as inovações científicas de autores europeus, como as importantes descobertas do pasteurianismo, como também lançava críticas e alternativas explicativas para teorias sobre a relação entre fatores climáticos, raciais e sociais sobre determinadas doenças. Por isso,

em meio a um caloroso clima de discussão sobre a influência da composição racial na degeneração de um povo, foi partidário de uma alternativa mais parcimoniosa, de que na relação entre miscigenação e degeneração a primeira poderia representar uma alternativa de fuga à segunda. Assim a mistura do povo brasileiro se bem direcionada, ou seja, rumo ao embranquecimento, poderia representar uma melhora racial e não um retrocesso (VENÂNCIO; CARVALHAL, 2005).

O estudo e acompanhamento das experiências de tratamento da Europa marcaram o trabalho de Moreira no âmbito nacional, que foi o responsável pela formulação da primeira lei de assistência a alienados (1903), e pela defesa e empreendimento de novas práticas de tratamento clínico no espaço asilar (retirada de grades e camisas de força, clinoterapia, oficinas de trabalho). A idéia do médico era tornar a instituição de tratamento da alienação um poderoso aparelho de tratamento e cura, conformado aos moldes europeus. Além disso, defendia também métodos terapêuticos de cunho mais “alternativo” como o *open-door*, um regime heterofamiliar *open-door*, colônias de tratamento e trabalho para alcoólatras e epiléticos (VENÂNCIO; CARVALHAL, 2005).

Rompendo com o paradigma que até então norteava a psiquiatria brasileira, Juliano Moreira filiou-se à corrente alemã organicista como direção teórica de seu trabalho. O pensador de maior influência adotado por Moreira, como fonte de inspiração para seu trabalho, foi Kraepelin, com quem estivera em contato por ocasião de sua estadia na Europa e mantinha correspondência relatando sobre as pesquisas realizadas no Brasil. Assim o modelo de observação diacrônica etiológica e clínico-evolutiva de Kraepelin foi defendido e adotado por Juliano Moreira. A doença mental era vista como uma “exceção biológica”, um estado distinto dos normais, devendo ser analisados sintomatologicamente sob aspectos etiológicos e evolutivos da doença. Nessa esfera, as causas das moléstias mentais representariam uma síntese entre etiologias físicas e morais, na qual a segunda deveria estar obrigatoriamente associada à primeira manifestando-se sob a forma de sintomas (VENÂNCIO; CARVALHAL, 2005).

As lesões orgânicas estavam no centro das explicações causais, de forma que distúrbios mentais associados a doenças orgânicas, como lepra, sífilis ou epilepsia, eram identificados como resultantes de deficiências físicas provocadas por toxinas destas doenças, que acarretariam disfunções psicopatológicas, que gerariam comportamentos anormais nestes indivíduos. Tal interpretação trazia para o campo da psiquiatria a tutela sobre o tratamento de doenças orgânicas que “produzissem” lesões cerebrais responsáveis pela degeneração psíquica dos indivíduos acometidos por estas.

Outra grande preocupação de Juliano Moreira foi com relação ao estabelecimento de normas classificatórias para as moléstias mentais. O projeto de classificação foi proposto por Antônio Austregesilo Rodrigues Lima (1876-1960), em 1908, durante uma reunião da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, e havia sido elaborado pela comissão de médicos composta por Carlos Fernandes Eiras (1855-1932), Henrique de Brito Belfort (1877-1969), Julio Afrânio Peixoto (1876-1947), tendo o próprio Juliano Moreira como relator. Este projeto foi concluído em 1910 e publicado, contudo, somente em 1919 (VENÂNCIO E CARVALHAL, 2005). A classificação das doenças, formulada pelos alienistas brasileiros, representaria um grande marco para a consolidação teórica e prática da psiquiatria brasileira, pois significava uma maturidade profissional, uma vez que não consistia numa simples adequação de estruturas formuladas por teóricos europeus à realidade brasileira, mas a síntese de estudos, observações e trabalho empírico destes médicos, seus pacientes e os mecanismos de cura. O estabelecimento de uma classificação de doenças genuinamente brasileira foi de importância tão grande para a consolidação definitiva da psiquiatria nacional como um campo de especialidade autônoma da medicina que foi por nós escolhido como marco terminal de nossa pesquisa.

A vinculação de Juliano Moreira a um projeto de produção de uma classificação brasileira das doenças não foi obra do acaso. Em 1905 já havia publicado, juntamente com Afrânio Peixoto, um artigo sobre a classificação proposta por Emil Kraepelin, a qual era entoada pelos médicos por manter um caráter de constante revisionismo, pautado sobre a crença de que proposições nosográficas deveriam construir-se na análise conjunta de fenômenos físico-orgânicos, causas e sintomas clínicos. E em 1906, igualmente junto com Afrânio Peixoto, apresentou um trabalho, fruto do estudo feito com um grupo de pacientes do Hospício Nacional de Alienados. Neste trabalho demonstrava, por meio de estatísticas, que as manifestações mórbidas no Brasil estavam inscritas no mesmo padrão das descrições européias, e que inexistia uma relação causal direta entre fatores climáticos e moléstias mentais, atribuindo, então, às estruturas européias um caráter universalista (VENÂNCIO E CARVALHAL, 2005).

Assim a classificação elaborada pela comissão de médicos brasileiros ao mesmo tempo em que acompanhava os padrões nosográficos europeus, imprimia singularidades caracteristicamente nativas, demonstradas através das observações realizadas pelo trabalho. Contudo, a confecção de uma nosografia que se assemelhasse à européia poderia representar o reconhecimento definitivo da ciência psiquiátrica brasileira no cenário internacional. Apresentaremos abaixo um quadro da classificação brasileira, construído de acordo com os dados apresentados por Venâncio e Carvalhal (2005, p. 158).

Quadro da classificação brasileira das doenças mentais
1. Psicoses Infecciosas
2. Psicoses autotóxicas
2.1. Confusão aguda
2.2. Amênia
3. Psicoses heterotóxicas
3.1. Alcoolismo
3.2. Morfinomania
3.3. Cocainomania
4. Demência precoce
5. Demência Paranóide
6. Paranóia
7. Psicose maníaco-depressiva
8. Psicose de Involução
8.1. Involução senil
8.2. Melancolia de involução
8.3. Demência senil
9. Psicose por lesões cerebrais e demências terminais
9.1. Arteriosclerose
9.2. Sífilis
10. Paralisia geral
11. Psicose Epilética
12. Psicoses ditas nevróticas
12.1. Histeria
12.2. Neurastenia
12.3. Coréia
13. Outras psicopatias constitucionais
13.1. Estados atípicos de degeneração
13.2. Degeneração inferior
14. Imbecilidade e idiotia

De toda esta exposição, podemos depreender que diferentemente da medicina orgânica, que as descobertas de Pasteur haviam sistematizado o *locus* da doença, seu desenvolvimento, diagnósticos e tratamentos, a medicina mental ainda não possuía um substrato significativamente palpável no século XIX, convivendo concomitantemente diversas visões sobre a loucura no meio científico. Assim, inspirada inicialmente no modelo francês, a psiquiatria brasileira percorreu um longo caminho desde seus primeiros trabalhos teóricos até a definição de uma classificação geral das doenças, um momento de grande importância para a legitimidade da profissão, como já foi anteriormente descrito. Ao longo deste negociado processo de transformações e conformações, discurso e prática psiquiátrica podem ser lidos em ângulos paralelos e perpendiculares.

A leitura de algumas publicações periódicas (BRANDÃO, 1956; MOREIRA, 1905, 1906, 1910 e 1919) nos permite observar que na medida em que a medicina mental foi conseguindo estabelecer seu espaço de prática, a produção teórica foi ganhando feições cada vez mais particulares. O empirismo foi um combustível essencial para a sofisticação das publicações brasileiras e, conjuntamente, para a consolidação do campo da psiquiatria.

O discurso que predominou no hospício desde seus primeiros momentos de criação até a entrada de Juliano Moreira como diretor, passando pela gerência de Teixeira Brandão, era fundamentalmente influenciado por Pinel e Esquirol, defendendo a percepção da loucura como um desvio moral, uma desordem das paixões. A prática, neste contexto deveria estar inscrita neste substrato. Contudo, ainda que partindo de uma origem comum, foi necessário certo tempo para que pudéssemos presenciar o entrecruzamento efetivo entre discurso e prática psiquiátrica.

Certamente a inexpressiva participação médica nos primeiros anos do hospício pode ser considerada como um dos fatores que explicam esse quadro, contudo foi suficiente a entrada da medicina naquele espaço para que o discurso psiquiátrico fosse traduzido em prática terapêutica efetiva. Ainda nos primeiros anos de administração de Teixeira Brandão, podemos perceber certa distância entre a ambição teórico-científica e as possibilidades e conquistas práticas. No entanto, tal distância vai reduzindo ao passo que a psiquiatria vai se consolidando como senhora do espaço asilar.

No discurso em voga em fins do século XIX no Brasil, a loucura era compreendida como um desvio moral da norma, com sintomas identificáveis e tratamento específico, objetivando-se sempre o restabelecimento do comportamento anterior ao desvio. Para tanto, o asilo em sua estrutura de tratamento moral era o aparelho pelo qual a psiquiatria e tão somente ela, seria capaz de obter a cura e conduzir a sociedade para o caminho da normalidade e da saúde coletiva.

Assim, aos olhos e ouvidos do discurso médico, a internação representava não só a retirada de circulação destes elementos desviantes e por vezes perturbadores da ordem social, mas também o caminho para o tratamento e recuperação destes indivíduos-pacientes, sendo, então, a psiquiatria responsável pela devolução da sanidade destes sofredores, permitindo que se reintegrassem à sociedade. Era somente por meio do afastamento destes indivíduos-pacientes do meio social no qual a doença eclodia que se conseguiria chegar ao êxito da cura. O isolamento como forma de prática terapêutica era um dos princípios fundamentais da medicina mental brasileira de então, e ponto de interseção entre discurso e prática.

Todavia, o asilo e a prática da interação não representavam o ponto de ruptura entre o indivíduo-paciente e seu meio social, mas, ao invés disso, consistia no caminho pelo qual ele seria reconduzido a sua vida social, tendo na figura do médico o agente responsável por essa recondução. A loucura, neste contexto, seria o elemento de desagregação entre o doente e seu meio social. Para isso, o hospício não poderia ser uma instituição estabelecida num espaço físico qualquer, deveria na verdade constituir um complexo aparelho arquitetônico e terapêutico de tratamento da loucura.

A distribuição do espaço interno da instituição, as divisões por sexo e comportamento, respeitava os ditames do discurso médico e facilitavam sua aplicação prática. Entretanto não eram suficientes para dar conta da enorme gama de indivíduos-pacientes admitida anualmente no hospício. Assim, a prática psiquiátrica no Brasil encontrava-se limitada por elementos externos ao discurso científico.

Como vimos no tópico anterior, a administração de Teixeira Brandão à frente da Assistência aos Alienados, bem como sua luta política em prol dos mesmos, foi fundamental para minimizar as limitações da prática psiquiátrica. Sem dúvida a mudança de regime político no Brasil foi de fundamental importância para as conquistas da psiquiatria. O contexto de efervescência e modificações sociais não funcionou só como um fator de inspiração, mas também como um criador de condições para que as mudanças na medicina mental pudessem eclodir. Isto no âmbito do discurso e da prática. Muitas das medidas e inovações empreendidas por Teixeira Brandão podem ser apontadas como responsáveis pelo ritmo pelo qual a relação entre discurso e prática foi se consonando.

Porém, foi a partir da direção de Juliano Moreira no Hospício e na Assistência aos Alienados que a psiquiatria foi conformando seus contornos científicos e se estabelecendo enquanto uma teoria aplicada. A importância ímpar do médico, já descrita por nós, representou uma mudança nos paradigmas teóricos e práticos da psiquiatria brasileira, além da consolidação definitiva na mesma, em âmbito nacional e internacional.

Ambos os campos foram alterados, a esfera do discurso e da prática. No tocante ao discurso, podemos demarcar que este, a partir de Juliano Moreira, vinha se tornando cada vez mais cientificista. A inspiração francesa dava lugar às novas tendências alemãs, sofrendo também influência da teoria de degenerescência de Morel, ainda na esfera francesa de pensamento. Mas foi por meio da influência teórica de Kraepelin que a psiquiatria conseguiu estabelecer-se definitivamente enquanto saber científico e campo especializado da medicina. Em relação à prática, esta acompanhava as novas feições do discurso. O tratamento já não era mais a correção moral, mas um complexo conjunto terapêutico científico que insidia sobre a doença, fundamentado pela pesquisa clínica. A clínica psiquiátrica conquistou assim seu espaço dentro da pesquisa empírico-científica. Estava consolidada a psiquiatria brasileira.

CAPÍTULO III

OS ALIENADOS: QUEM ERAM OS HABITANTES DO “CEMITÉRIO”

3.1. O que os números dizem: análise quantitativa dos pacientes do HNA (1883-1910)

Nos capítulos anteriores, nos ocupamos de dois importantes pontos de nossa pesquisa, um estudo sobre a principal instituição asilar responsável pelo asilo e assistência aos doentes mentais na capital federal e os agentes responsáveis pelo tratamento dos mesmos, e também sobre o próprio objeto da ciência médica que orientava a atuação destes profissionais. Neste terceiro e último capítulo, trataremos de outros personagens, os pacientes, que geralmente não são objetos centrais nas pesquisas desenvolvidas sobre a temática da loucura.

Para tal objetivo, realizamos uma análise quantitativa dos prontuários dos pacientes do Hospício Nacional de Alienados no período de 1883 até 1910, contemplando nosso recorte temporal, a fim de que com isso pudéssemos conhecer o perfil das pessoas que eram internadas na instituição. Buscamos apreender se haviam elementos de homogeneidade entre alguma parcela dessa população asilada e quais eram os motivos para a internação daqueles pacientes. Com isso esperamos confirmar ou refutar nossa hipótese de que de alguma forma o Estado brasileiro pode ter se apropriado do discurso médico da terapêutica da internação para excluir elementos socialmente indesejáveis, consubstanciando com isso um tipo de higiene social.

Antes de apresentarmos os resultados numéricos de nosso estudo, desejamos explicitar a metodologia pelo qual o mesmo foi realizado. Os prontuários escolhidos fazem parte do conjunto documental do arquivo histórico do Instituto Municipal Nise da Silveira, que se encontra sob a guarda tanto da própria instituição quanto do Ministério da Saúde. As informações reunidas em nossa pesquisa foram analisadas a partir de uma base de dados, priorizando aspectos com os quais pudéssemos apreender relações entre as características sociais desses pacientes e os aspectos terapêuticos. Escolhemos especificamente os seguintes dados: sexo, cor, profissão, idades, internante, forma de saída e diagnóstico.

A partir da compilação destes dados construímos quadros demonstrativos que apresentam quem eram esses indivíduos, e as relações entre gênero, raça, diagnóstico, forma de saída e mortalidade. Essa compilação foi feita de maneira distinta para os prontuários do século XIX e para os do século XX, pois ao observarmos a forma pela qual os prontuários foram organizados nestes períodos percebemos que não poderíamos usar a mesma metodologia de análise. Os prontuários do século XIX não possuíam todas as

informações que identificamos como dados de análise, muitos deles não estavam sequer totalmente preenchidos, fato este que também constituiu um fator de análise. Em contrapartida, os prontuários do século XX além de estarem mais bem organizados e contemplarem em sua grande parte os dados pretendidos por nossa pesquisa, apresentavam um preenchimento em geral mais cuidadoso.

Através desses quadros estruturaremos nossa análise acerca da relação entre terapêutica, sociedade e política, buscando perceber os limites da relação entre ciência e política. Nas linhas que se seguem, apresentaremos os números e conclusões obtidas com as análises estatísticas dos prontuários dos pacientes do Hospício Nacional de Alienados. Separamos nossa análise em dois tópicos, um que compreende o século XIX e outro para o século XX em dois momentos distintos,

3.1.1. O século XIX

Antes de apresentarmos os dados dos prontuários, estabelecemos estatísticas gerais do número de pacientes e do fluxo de entradas e saídas ao longo dos anos estudados, 1883 até 1910, a partir dos relatórios ministeriais, para situarmos o universo quantitativo no qual estamos pesquisando. Elaboramos nossa análise de maneira cronológica linear, por isso começaremos com os demonstrativos do século XIX, para prosseguirmos ao século XX. Assim dos gráficos nº1 ao nº4, podemos ver a representação da tabela abaixo, com a variação do numero de pacientes entre os anos de 1883 e 1889, durante a monarquia:

Ano	Nº anterior de pacientes	Nº de entradas ¹¹	Nº de saídas ¹²	Nº de falecimentos	Nº de pacientes em tratamento
1883	393	119	58	57	397
1884	412	89	63	42	396
1885	396	73	34	40	395
1886	373	107	34	147	299
1887	321	105	31	88	307
1888	312	77	28	22	339
1889	339	93	21	91	317

O recorte temporal acima foi escolhido tendo em vista o fato da mudança de regime político ter provocado alterações significativas na estrutura administrativa do asilo e posteriormente na organização legislativa da assistência aos alienados no Brasil. Por isso apresentamos nossa análise do século XIX a partir do cenário de regime político. Nos gráficos nº5 ao nº8 temos a representação dos dados expostos na tabela abaixo:

¹¹ Admissões e regresso de licenças, de evasões e das colônias.

¹² Altas, transferências, licenças, evasões, eliminação de prontuários por não regresso de licenças.

Ano	Nº anterior de pacientes	Nº de entradas ¹³	Nº de saídas ¹⁴	Nº de falecimentos	Nº de pacientes em tratamento
1890	317	498	187	157	471
1891	471	302	142	142	489
1892	489	-	-	-	672
1893	672	526	339	270	589
1894	589	724	399	288	626
1895	626	706	369	326	637
1896	637	695	407	271	654
1897	654	777	477	276	678
1898	678	788	505	258	703
1899	669	737	402	246	758
1900	758	684	448	228	766

Primeiramente podemos constatar que o número geral de pacientes internados, considerando-se as admissões, saídas e falecimentos representa uma linha progressiva de crescimentos com raros momentos de dissonância. Estabelecendo um curso progressivo de internados durante o século XIX, nossa escala vai de 393 pacientes em 1883 a 766 em 1900. Percebemos ainda que até o ano de 1889 o número de falecimentos era geralmente superior ao número de saída, quando não (1883, 1884, e 1888), a diferença era pequena. Todavia, a partir do ano de 1890, essa situação se inverteu, isto é, a partir das mudanças advindas da instauração do regime republicano, no tocante à medicina mental e à estrutura asilar podemos ver a queda no número de mortalidade frente ao número de saídas, exceto em relação ao ano de 1891 em que tivemos o mesmo número e ao ano de 1892, do qual a disponibilidade de dados não nos permitiu precisar os números.

Infelizmente é exatamente em 1892, ano em que os relatórios não precisam os dados de entrada, saída e falecimento, que temos um aumento significativo no número de pacientes internados, e por isso não podemos apontar com exatidão os motivos de tal aumento. Entretanto vemos que a partir do ano seguinte, a oscilação numérica dos pacientes passa a representar sempre uma escala entre 580 e 780, o que significa um aumento que gira em torno de 50% do montante de internados do período monárquico.

Em relação aos prontuários do século XIX, analisamos um conjunto de 767 prontuários, compreendendo os anos de 1883 a 1900. Destes, consideramos que os dados representaram uma amostragem do cenário real de internação asilar. Buscamos perceber a partir destes dados que tipo de pacientes era internado no Hospício Nacional de Alienados neste período. O número de dados que apóia nossa análise é inferior aos do século XX, já que nos prontuários do século XIX temos um preenchimento mais simplificado dos dados.

¹³ Admissões e regresso de licenças, de evasões e das colônias.

¹⁴ Altas, transferências, licenças, evasões, eliminação de prontuários por não regresso de licenças.

Além disso, a forma de organização adotada pelo Arquivo Histórico do Instituto Municipal Nise da Silveira foi diferente em relação aos prontuários do século XIX, isto é, a recuperação das informações dos prontuários não foi tão sofisticada quanto a dos prontuários do século XX.

Dessa maneira, os demonstrativos a seguir primaram muito mais por fatores médicos e institucionais do que sociais, ou seja, recuperamos as estatísticas de diagnósticos, formas de saída, comparativo de sexo, cor e internante. Um adendo fundamental deve ser feito em relação ao montante de prontuários pesquisado, pois não foram encontradas todas as informações completas, e alguns prontuários possuem o preenchimento mais completo, enquanto outros só apresentam parte das informações. Assim sendo, optamos por trabalhar com percentuais sobre o número total de prontuários que continham informações completas.

Nossa análise dividiu-se em duas formas, primeiramente os gráficos que apresentam números gerais das categorias selecionadas para nossa análise, e em seguida, comparativos entre estas categorias. Assim, no gráfico nº 9 podemos ver a relação entre homens e mulheres internados durante os anos de 1883 e 1900. Vemos um crescimento progressivo do número de internações femininas, anteriormente pouco expressivo no período monárquico, o que coincide com a instauração do regime republicano e com as mudanças internas na instituição. Podemos apontar dois fatores como motivos para essa diferença entre internações masculinas e femininas, um deles seria a consolidação da medicina mental enquanto especialidade reconhecida, não apenas academicamente, mas principalmente no imaginário sócio-coletivo. O outro, a percepção cultural do corpo feminino, intocável, na relação entre a figura do médico e a invasão ao espaço particular do corpo.

No gráfico nº 10, temos a relação percentual de alguns dos diagnósticos dos prontuários. Antes de apresentarmos a análise dos dados, devemos informar que 24% dos prontuários não possuíam a informação do diagnóstico, por esse motivo as análises de relação dos prontuários foram feitas sobre os 76% restantes. A escolha destes diagnósticos em detrimento de outros (que estão agrupados na categoria “outros”), deu-se pelo maior número de ocorrências nos prontuários analisados. Procuramos ao longo de nossa análise respeitar ao máximo as informações oferecidas por nossas fontes. Assim temos o alcoolismo como diagnóstico de maior ocorrência (20%), seguida pela mania (17%), epilepsia (15%), e a demência (15%) respectivamente. Embora existissem categorias distintas de demência, estas distinções só adquiriram maior ocorrência ao final do século

XIX, e assim optamos por abarcar as diferentes classificações para a enfermidade, na categoria demência, cientes de que não se tratam de manifestações idênticas.

Em relação à cor, ainda que tenhamos um número predominante de pacientes brancos, em relação aos negros e mestiços, a diferença não era tão significativa. O gráfico 11 nos mostra que 40% dos prontuários analisados referiam-se a pacientes de cor branca, contra 36% de cor negra e ou mestiça, 24% dos prontuários analisados não traziam a informação de cor.

Outro dado apurado foi em relação aos internantes, ou seja, quem solicitava a internação dos pacientes. Do total de prontuários analisados, 66% traziam esta informação preenchida contra 34% que não tinham essa informação. No gráfico 12, apresentamos alguns tipos de internação a fim de conhecermos a forma predominante de solicitações de entrada de pacientes no hospício. Respeitando as ocorrências em nossas fontes, selecionamos cinco categorias de análise de internantes. Entre as maiores e as menores ocorrências temos: instituições policiais (48%), solicitações de particulares (22%), Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia (19%), instituições militares (8%), e outras formas de internação com aparecimentos mais esparsos nos prontuários, agrupadas sob o signo de “outras”, aparecendo com 3%.

Analisamos ainda os índices de forma de saída da instituição a fim de percebermos a relação entre os falecimentos, as altas, as licenças, as transferências e as evasões. Como vemos no gráfico nº13, pudemos constatar que durante o século XIX o número de falecimentos (59%) era superior ao de altas (29%), assim como já havia sido sinalizado pela apuração dos dados fornecidos pelos relatórios ministeriais. As taxas de licenças e transferências, somadas, atingem um percentual aproximado de 12%, ficando numa posição bastante inferior em relação às altas e falecimentos. E por último, os números de evasão registrados eram bem pequenos, representando menos de 1%.

Além destas estatísticas gerais, elaboramos ainda análises cruzadas dos dados, relacionando os diagnósticos e internantes com o sexo e com a cor. As tabelas a seguir, com seus gráficos correspondentes no anexo, apresentam comparativos das categorias selecionadas para análise. Escolhemos as categorias com maior incidência, de acordo com o número de prontuários que apresentavam ambas as informações a serem comparadas.

Fizemos uma comparação entre as incidências masculina e feminina dos diagnósticos na tabela abaixo, representada pelo gráfico nº 14. O diagnóstico com maior incidência entre os homens era o alcoolismo, enquanto que entre as mulheres a histeria aparece como manifestação principal. Além destes dois diagnósticos, exceto pelo caso da epilepsia, que

também apresenta uma diferença considerável entre os homens (20%) e as mulheres (7%), os demais diagnósticos não apresentam diferença significativa entre homens e mulheres.

Diagnóstico \ Sexo	Homens	Mulheres
Alcoolismo	44%	23%
Demência	9%	11%
Epilepsia	20%	7%
Histeria	1%	28%
Lipemania	3%	5%
Mania	5%	10%
Outras	10%	13%
Paranóia	8%	3%

No gráfico nº 15 temos a representação da tabela abaixo, com a relação entre os diagnósticos e a cor dos pacientes.

Diagnóstico \ Cor	Branco	Negros e mestiços
Alcoolismo	55%	45%
Mania	65%	35%
Epilepsia	49%	51%
Demência	58%	42%
Paranóia	73%	27%
Histeria	52%	48%

Há um crescimento maior da incidência da maioria das moléstias entre os pacientes de cor branca, contudo esse número só é significativamente maior em relação à paranóia e à mania, que aparecem como moléstias predominantes entre os pacientes brancos. No geral essa distinção é pequena em relação à histeria, à demência, ao alcoolismo e à epilepsia. Este último diagnóstico é o único que apresenta um número superior de casos entre os pacientes de cor negra ou mestiça. Devemos considerar o fato de que o número de pacientes de cor branca é superior aos de cor negra ou mestiça, como um fator a ser considerado em relação à superioridade de incidência da maioria dos diagnósticos entre os pacientes de cor branca.

A respeito dos comparativos de internantes em relação ao sexo e à cor, que podem ser observados nos gráficos nº 16 e nº 17, percebemos que a relação dos internantes com o sexo e com a cor dos pacientes apresenta uma distinção maior.

Internantes \ Sexo	Homens	Mulheres
Polícia	88%	12%
Particular	62%	38%
Santa Casa	65%	35%

Internantes \ Cor	Branco	Negros e mestiços
Polícia	31%	69%
Particular	72%	28%
Santa Casa	55%	45%

Militar	99%	1%	Militar	89%	11%
Outras	73%	27%	Outras	63%	37%

Em relação ao sexo, o primeiro ponto a saltar aos olhos é a superioridade maciça de internações masculinas entre as instituições militares e policiais. Ao passo que as internações realizadas pela Santa Casa, particulares e outras solicitações ainda que possuam um número maior de internações entre o sexo masculino, não apresentam uma diferença tão acentuada. Em relação a este comparativo algumas questões precisam ser destacadas, em primeiro lugar o fato de haver, durante o século XIX, um número mais expressivo de pacientes masculinos. Um fator que explica o número significativamente menor de internações femininas ente as instituições militares deve-se ao fato de que nestas haveria um predomínio masculino. No tocante às internações feitas por instituições policiais, em geral estas se davam com indivíduos que eram apreendidos perturbando a ordem social, por denúncias, ou ainda os que se apresentavam voluntariamente, compondo circunstâncias que não condizem com o universo feminino da cultura novecentista.

Comparando-se os internantes com a cor dos pacientes percebemos que as variações são grandes, havendo mais uma vez um predomínio dos pacientes de cor branca. Excetuam-se a este somente os casos de internação pelas instituições policiais, dentre os quais os pacientes de cor negra ou mestiça configuram-se como a maioria dos casos, ainda que a diferença seja pequena. As solicitações de instituição militar e de particulares apresentam uma superioridade significativa de pacientes da cor branca, provavelmente explicada pelo contexto sócio-cultural destas solicitações. No caso das instituições militares, sabemos que na sociedade brasileira escravocrata, o número de integrantes negros nas forças armadas era inferior ao de brancos, mesmo levando-se em conta a campanha do Paraguai. E em relação às internações solicitadas por particulares, é importante ressaltar que estas representavam 85% da ocupação das classes de pagantes, o que não configurava como uma possibilidade para indivíduos negros ou mestiços, que ocupavam cerca de 80% das internações na classe de indigentes.

Através destes gráficos podemos tracejar um perfil dos pacientes internados no Hospício de Pedro II, entre os anos de 1883 e 1900. Constatamos que a grande massa de pacientes é de sexo masculino, com uma escala de variação pequena entre pacientes brancos, negros e mestiços. Contudo, a forma pela qual eram solicitadas as entradas dos pacientes na instituição nos leva a crer que a maioria dos pacientes negros e mestiços compunha a camada marginal da sociedade, por advirem de solicitações policiais em sua grande maioria.

Em relação aos prontuários do século XIX a afirmação categórica de um percentual exato de pacientes e condição social desfavorecida seria no mínimo negligente, uma vez que os dados nos apontam caminhos, mas não comprovam substancialmente nossa hipótese. A apuração dos dados novecentistas nos leva a crer que a população asilar do hospício, neste período, era composta, predominantemente, por homens negros, mestiços e brancos, oriundos de camadas sociais mais pobres, ainda que fosse registrada a presença de outros tipos sociais no quadro.

Embora tenhamos optado pela elaboração de uma análise quantitativa a partir dos prontuários, considerando as categorias mais expressivas, a presença de prontuários de escravos merece a menção enquanto uma particularidade das fontes. Não elaboramos uma análise quantitativa minuciosa com esses casos por não estarem inseridos em nosso recorte temporal. Contudo a percepção de uma prática digna e a atenção nos levou a apresentá-los como uma curiosidade de nosso trabalho. Percebemos que em alguns casos de internação de escravos, que eram feitas mediante o custeio da estadia dos mesmos por seus respectivos donos, ocorria a transferência destes indivíduos das seções de pagantes para a seção de indigentes. Curiosamente estes casos traziam em anexo cartas de alforria, o que nos leva a constatar que havia uma prática entre alguns proprietários de alforriar escravos internados no hospício para se eximir do ônus com a internação. Vale ressaltar que em muitos destes casos os pacientes faleceram na instituição.

Nas próximas linhas, apresentaremos a análise dos dados do século XX que apresentam um composto mais complexo de dados que nos possibilitam uma segurança maior para a confirmação de nossa hipótese.

3.1.2. O século XX

Iniciamos nossa análise do século XX da mesma forma que procedemos em relação ao século XIX, ou seja, elaborando uma apresentação dos dados gerais dos pacientes contidos nos relatórios ministeriais. Embora nosso recorte se encerre no ano de 1910, os relatórios apresentaram somente dados sobre a movimentação de pacientes até o ano de 1908, por isso limitamos neste ano a análise dos dados com os relatórios. Com os prontuários mantivemos a análise fiel ao nosso recorte, até 1910. Dessa maneira, a tabela abaixo, que está representada pelos gráficos nº18 ao nº21, apresenta as estatísticas gerais fornecidas pelos relatórios ministeriais de 1901 a 1908.

Ano	Nº anterior de pacientes	Nº de entradas ¹⁵	Nº de saídas ¹⁶	Nº de falecimentos	Nº de pacientes em tratamento
1901	766	662	440	200	788
1902	788	674	421	164	877
1903	877	726	503	229	871
1904	871	720	438	193	960
1905	942	778	459	171	1090
1906	1090	1027	765	225	1127
1907	1123	1232	1020	235	1100
1908	1440	1169	791	331	1487

A curva de variação dos pacientes ao longo dos anos apresentados mostra um aumento de quase 100% no número de pacientes internados, já que temos em 1901 um número de 766 pacientes em tratamento, e em 1908 esse número passa para 1487. Mantendo a tendência inaugurada no final do século XIX, o número de altas supera o de falecimentos. Contudo, exceto pelos anos de 1903 e 1907 o número de entradas mantém-se sempre superior ao de saídas, somando-se as saídas por altas, transferências, licenças, evasões, a eliminação de prontuários por não regresso de licenças e os falecimentos, o que justifica a superlotação crescente do espaço. Há ainda uma discrepância entre o número de pacientes do ano de 1907 para o de 1908 que não foi explicada de um relatório para outro, contudo mantivemos os valores apresentados pelo mesmo.

Em seqüência apresentamos os dados dos prontuários, mantendo a mesma metodologia usada em relação aos do século XIX, primeiramente apresentamos dados gerais e depois apresentamos comparativos entre estes dados e categorias. Analisamos um universo de 2.646 prontuários, variando o número de acordo com o preenchimento das categorias selecionadas, por isso mantivemos a opção pela apresentação dos dados em porcentagens. O primeiro gráfico, o de nº22, apresenta o comparativo de homens e mulheres que aparecem nos prontuários como internos do Hospício. Na tabela abaixo, que mostra os números do gráfico comparativo nº22, vemos que o número de internações femininas permanece inferior ao de internações masculinas, exceto no ano de 1903. Entretanto a diferença já é bem menor em relação ao século XIX.

Sexo Ano	Masculino	Feminino
1901	57%	43%
1902	61%	39%
1903	48%	52%

Sexo Ano	Masculino	Feminino
1901	76	58
1902	86	56
1903	43	47

¹⁵ Admissões e regresso de licenças, de evasões e das colônias.

¹⁶ Altas, transferências, licenças, evasões e eliminação de prontuários por não regresso de licenças.

1904	55%	45%
1905	55%	45%
1906	63%	37%
1907	67%	33%
1908	57%	43%
1909	58%	42%
1910	60%	40%

1904	101	81
1905	201	165
1906	278	161
1907	294	144
1908	144	109
1909	160	116
1910	196	130
Totais	1579	1067
		2646

No gráfico 23 apresentamos os diagnósticos que tiveram maior ocorrência nos prontuários analisados, mantendo os agrupamentos realizados com os prontuários do século XIX, como forma de facilitar a análise, em relação às demências, às psicoses e aos delírios. Apenas 2% dos prontuários não apresentavam a informação do diagnóstico. Assim como no século XIX, o diagnóstico que apresentou o maior número foi o do alcoolismo (28%), seguido das demências (18%), da histeria (14%) e da epilepsia (10%). Todavia o percentual de pacientes com alcoolismo é menor do que o registrado na análise do século XIX, em relação à maior diversidade de diagnósticos que aparece no século XX. Assim o somatório das porcentagens dos demais diagnósticos (confusão mental, imbecilidade, idiotia, lipemania, paralisia geral, paranóia e demais diagnósticos agrupados na categoria de “outras”), totaliza 31%, e diferentemente do século XIX, não supera o diagnóstico de alcoolismo. Contudo se considerarmos que a diferença entre mais de sete diagnósticos com um único é de aproximadamente 2%, devemos considerar que o alcoolismo ainda representa a grande enfermidade do Hospício Nacional de Alienados.

E em relação à cor dos pacientes o número de pacientes brancos (54%) permanece superior ao de negros e mestiços (42%), contudo essa diferença também se mantém pequena. O gráfico nº24 nos mostra ainda que o número de prontuários que não apresentava esta informação foi de apenas 4%, ratificando o fato de que após o final do século XIX passaram a apresentar padrões de preenchimento mais completos e cuidadosos, e uma maneira geral.

Antes de apresentarmos o perfil das solicitações de internação durante o século XX, é necessário explicar a metodologia que seguimos para a elaboração de nossa análise. A tabela abaixo mostra os agrupamentos que elaboramos, sempre de acordo com o número maior de ocorrências em nossas fontes, e explica em que consiste cada agrupamento.

Internantes	Dados que pertencem à categoria
Policial	Circunscrições, distritos, delegacias, repartições policiais, secretarias de seguranças ou polícias.
Militar	Quartéis, divisões da marinha, exército ou aeronáutica, Hospitais do exército, marinha ou aeronáutica.
Demais estados e cidades	Cidades ou municípios, estados e províncias brasileiras

Prisional	Casas de detenção, de correção, depósitos de presos
Outros estabelecimentos de saúde	Hospitais e Santas Casas de Misericórdia, ordens religiosas.
Estabelecimentos de saúde mental	Hospícios e casas de saúde.
Apresentou-se	Quando o próprio solicita sua internação.
Particular	Familiares, particulares, pessoas físicas como internante.
Asilos, abrigos	Asilos e abrigos, orfanatos, depósito de menores.
MJNI	Ministério da Justiça e Negócios Interiores.
Outros	Outras solicitações que não se enquadram nas demais.
NC	Quando não consta a informação.

O número de internações solicitadas por instituições policiais da capital federal é substancialmente superior durante o século XX (no período analisado) em relação ao século XIX. Assim temos no gráfico nº25 a comprovação de que em relação ao perfil das solicitações de internação do Hospício Nacional de Alienados predominava as solicitações policiais (61%). Seguindo-se a estas, temos as solicitações por outros estabelecimentos de saúde (13%) e das internações particulares com 7%. Apenas 8% dos prontuários não possuíam esta informação preenchida. E as demais solicitações somadas totalizam um percentual de aproximadamente 11%.

Quando analisamos as formas de saída, podemos ver no gráfico nº26 que o número de saída (48%), embora superior ao de falecimento (38%), não representa uma distinção tão grande. As demais formas de saída não representam um percentual tão significativo, somando aproximadamente 10%. Os prontuários que não traziam essa informação somaram 4%.

Elaboramos também um perfil da idade dos pacientes internados no gráfico nº27. As idades variaram entre ente zero e 100 anos e a partir disto agrupamos as idades em categorias de 0-15 anos (4%), 16-21 anos (12%), 22-30 anos (30%), 31-40 anos (25%), 41-50 anos (16%), 51-60 anos (6%), 61-70 anos (3%) e acima de 71 anos (1%). Apenas 3% dos prontuários não continham esta informação preenchida. Percebemos que a maior parte dos internos possuía idades entre 16 e 50 anos, predominando a faixa entre os 22 e 40 anos com 55% dos pacientes.

Como último gráfico e perfil, temos o de nº28, que apresenta a relação das profissões dos pacientes. Esse campo apresenta o número maior de não preenchimento em relação aos demais analisados 14%. Novamente, a fim de facilitar nosso método de análise, elaboramos agrupamentos categóricos entre as profissões apresentadas nos prontuários, assim, temos sete categorias divididas em: comércio, indústria e serviços (44%); serviços domésticos (33%); profissões militares (6%); profissões de nível superior (1%); artistas

(1%); os que não possuíam profissão (menos de 1%) e as profissões que não se enquadravam nas demais categorias como “outras” (1%). Pudemos constatar que as profissões que exigiam uma menor qualificação representavam a maioria das ocorrências nos prontuários, configurando assim o perfil preponderante dos pacientes internados como indivíduos de baixa qualificação.

Depois de apresentar dados gerais das categorias selecionadas para compor um perfil dos pacientes do Hospício Nacional de Alienados entre os anos de 1901 e 1910, elaboramos comparativos estatísticos entre estas categorias, a fim de pormenorizar este perfil. No primeiro gráfico, comparamos a forma de saída com o sexo dos pacientes. Na tabela abaixo podemos ver os números representados no gráfico nº29:

Forma de saída \ Sexo	Sexo	
	Masculino	Feminino
Alta	53,1%	41,1%
Falecimento	34,9%	42,3%
Licença	7,8%	11,7%
Não consta	3,2%	4,1%
Evasão	0,6%	0,3%
Transferência	0,4%	0,5%

Os números percentuais da análise nos mostram que, enquanto entre o sexo masculino o número de altas era superior ao de falecimento, apresentando até uma diferença significativa, em relação ao sexo feminino essa lógica se invertia, estando o número de falecimento superior ao de altas, ou seja, morriam mais mulheres do que homens. O número de não-preenchimento destes dados é pequeno em ambos os sexos, 3,2% entre os homens e 4,1 entre as mulheres. Além disso, o número de licenças e de transferências era mais significativo entre as mulheres, ao passo que o número de evasões aparece como superior entre os homens.

A tabela abaixo apresenta os números do gráfico nº30, que compara a forma de saída com a cor dos pacientes:

Forma de saída \ Sexo	Sexo	
	Negros e mestiços	Branco
Alta	50,2%	49,3%
Falecimento	41,8%	38,1%
Licença	7,0%	11,9%
Evasão	0,5%	0,4%
Transferência	0,6%	0,4%

Em ambos os casos, o número de altas era superior às demais formas de saída, apesar de que em relação aos negros e mestiços a diferença entre as altas e os falecimentos fosse inferior em relação à diferença entre os brancos. Além disso, todos os percentuais, exceto a

licença, eram superiores no comparativo dos negros e mestiços do que em relação aos brancos.

Comparamos em seqüência o diagnóstico em relação ao sexo e à cor, representados nas tabelas abaixo e nos gráficos nº31 e nº32. Mantivemos a mesma metodologia das análises anteriores em relação à seleção e ao agrupamento dos diagnósticos. Em relação ao sexo temos:

Diagnóstico	Sexo	
	Feminino	Masculino
Alcoolismo	16,9%	34,9%
Demência	16,3%	19,9%
Epilepsia	8,1%	11,0%
Outras	5,9%	7,5%
Loucura maniaco-depressiva	1,0%	4,3%
Paralisia geral	0,4%	4,1%
Psicose	2,2%	4,0%
Delírio	1,1%	3,0%
Degeneração	0,5%	2,7%
Imbecilidade	2,0%	2,4%
Confusão mental	3,6%	1,5%
Histeria	35,7%	1,3%
Sífilis cerebral	0,2%	1,3%
Idiotia	1,2%	0,9%
Lipemania	3,4%	0,4%

O alcoolismo foi o diagnóstico superior entre os homens, aparecendo em segundo lugar em relação ao sexo feminino, enquanto que a histeria foi o maior entre as mulheres. As demências e a epilepsia apareceram em ambos os sexos como os diagnósticos de percentual mais expressivo depois dos anteriores.

No comparativo da cor podemos ver na tabela abaixo que os mesmos diagnósticos se mantiveram, respectivamente, como superiores: alcoolismo, demências, histeria e epilepsia. No entanto há incidências maiores entre negros e mestiços, exceto no caso das demências, que aparecem em um número um pouco maior entre os brancos.

Diagnóstico	Sexo	
	Negros e mestiços	Branços
Alcoolismo	30,1%	25,7%
Confusão mental	3,3%	1,7%
Degeneração	1,2%	2,1%
Delírio	1,9%	2,6%
Demência	17,8%	18,8%
Epilepsia	10,9%	9,0%
Histeria	16,6%	13,7%
Idiotia	1,2%	0,9%
Imbecilidade	2,5%	2,1%
Lipemania	1,9%	1,5%
Loucura maniaco-depressiva	1,8%	3,7%
Paralisia geral	1,8%	4,0%

Psicose	2,0%	4,4%
Sífilis cerebral	0,6%	1,0%
Outras	5,6%	7,7%

Apuramos também a relação entre os internantes com o sexo e a cor. No gráfico nº33 e na tabela abaixo, temos a relação entre os sexos e os solicitantes de internação, mantendo os padrões de categorização e agrupamento das análises anteriores. No comparativo das solicitações vemos que em relação a quase todas as categorias de internantes, o número era sempre superior entre o sexo masculino, exceto nos casos de solicitação por particulares, em que o número entre as mulheres é superior.

Internante	Sexo	
	Feminino	Masculino
Militar	0%	100%
Demais Estados e cidades	1%	99%
Prisional	1%	99%
Estabelecimentos de saúde mental	2%	98%
Apresentou-se	11%	89%
Asilos, abrigos	23%	77%
Outros estabelecimentos de saúde	34%	66%
Policial	35%	65%
Particular	52%	48%

No gráfico nº34 comparamos a relação entre os internantes e a cor dos pacientes, apresentando os números na tabela a seguir:

Internantes	Cor	
	Negros e pardos	Branco
Policial	61%	39%
Militar	11%	89%
Demais Estados e cidades	44%	56%
Prisional	55%	45%
Outros estabelecimentos de saúde	37%	63%
Estabelecimentos de saúde mental	9%	91%
Apresentou-se	49%	51%
Particular	32%	68%
Asilos, abrigos	62%	38%

Entre os brancos, os maiores índices de internantes foram as solicitações militares, demais estados e cidades, outros estabelecimentos de saúde, estabelecimentos de saúde mental, particulares e solicitações dos próprios pacientes. Ao passo que entre os negros esse número foi superior entre as solicitações policiais, prisionais e de asilos e abrigos. Isso representa que as solicitações advindas de instituições que abrigavam um número de pessoas menos favorecidas eram mais numerosas entre os pacientes de cor negra, que compunham substancialmente as classes marginais. Em relação a alguns solicitantes vemos

que a distinção era bem significativa, como foi o caso das instituições militares e de outros estabelecimentos de saúde mental, entre os quais o número de brancos era maior.

Como último gráfico comparativo de análise apresentamos a relação entre os diagnósticos e o motivo da saída. Na tabela a seguir vemos os números do gráfico nº35:

	Alta	Evasão	Falecimento	Licença	Transferência
Alcoolismo	71,1%	0,8%	23,1%	4,4%	0,6%
Confusão mental	3,1%	0,0%	4,4%	0,5%	0,2%
Degeneração	3,9%	0,0%	1,8%	0,6%	0,0%
Delírio	6,0%	0,0%	1,5%	0,5%	0,0%
Demência	18,7%	0,3%	38,0%	8,6%	0,0%
Epilepsia	19,0%	0,0%	12,7%	2,9%	0,2%
Histeria	30,7%	0,2%	14,9%	7,1%	0,2%
Idiotia	0,6%	0,0%	2,9%	0,2%	0,0%
Imbecilidade	3,6%	0,0%	3,4%	0,5%	0,2%
Lipemania	2,4%	0,0%	2,8%	0,5%	0,2%
Loucura maníaco-depressiva	5,2%	0,0%	4,1%	1,5%	0,0%
Paralisia geral	1,3%	0,0%	7,3%	0,5%	0,0%
Psicose	5,2%	0,3%	5,4%	1,1%	0,0%
Sífilis cerebral	0,6%	0,0%	1,8%	0,5%	0,2%
Mania	1,5%	0,0%	1,5%	0,8%	0,0%
Outras	11,0%	0,3%	11,7%	2,1%	0,0%

Os valores de maior ocorrência eram sempre o de alta ou de falecimento em relação a todos os diagnósticos. Os diagnósticos que apresentam maiores índices de alta são: alcoolismo, histeria, epilepsia, demência, os delírios, loucura maníaco-depressiva, degeneração e imbecilidade. Entre os maiores índices de falecimento, temos os diagnósticos de: demência, paralisia geral, psicose, confusão mental, idiotia, lipemania e sífilis cerebral. A mania apresenta um índice quase idêntico entre altas e falecimentos. Entre as evasões e as transferências o alcoolismo apareceu como o diagnóstico de maior incidência, ao passo que entre as solicitações de licença, o diagnóstico de demência era mais significativo.

Em relação ao alcoolismo uma consideração deve ser feita, pois este diagnóstico representava o maior índice de entradas, principalmente entre os homens, e o maior índice de altas, o que significava que a passagem destes pacientes pela instituição era efêmera. Em contrapartida, este mesmo diagnóstico representava o maior número de reentradas na instituição, dado que embora não tenhamos contabilizado precisamente, foi sensivelmente percebido em nossa análise.

Os tratamentos de alcoolismo podem ser destacados como úteis e nocivos para as aspirações da medicina mental, dependendo do prisma de análise. Se pensarmos no

interesse por parte desta medicina em apresentar altos índices de cura, os pacientes com alcoolismo são os que configuram o topo de tais estatísticas. Enquanto que se atentarmos para as críticas e insatisfações da mesma comunidade científica em relação à superlotação do espaço, estes índices aparecem como vilões, já que os pacientes alcoólatras, reincidentes ou não, eram os principais alvos nas críticas de superlotação do asilo.

Os clamores da medicina mental pela construção e/ou ampliação de espaços específicos para o tratamento de alguns diagnósticos, dentre eles o alcoolismo, se atendidos, poderiam representar a convergência de elementos positivos com a supressão ou atenuação dos elementos negativos em torno do alcoolismo. Isso porque estes espaços constituiriam índices estatísticos favoráveis às propagandas da medicina mental e da eficácia de seus métodos de tratamento, ao passo que diminuiria a superlotação do Hospício Nacional, permitindo que se aproximasse do ideal de aparelho de tratamento curativo, almejado pela psiquiatria.

Fundamentalmente, todos estes gráficos e tabelas nos permitiram constatar que o perfil dos pacientes do Hospício no século XX era composto em sua maioria por homens, pobres e alcoólatras e mulheres pobres e histéricas, internados por instituições policiais. Estes indivíduos embora representassem uma máxima, não configuravam uma maioria isolada, havendo outros tipos diferentes internados na instituição. Mas a partir de todas as comparações, um ponto de consenso pode ser apontado, a predominância de pacientes socialmente desfavorecidos na instituição era latente.

3.2. O que fazer com nossos loucos? : o poder da medicina e o poder do Estado

Após terem sido apresentados os personagens da loucura, a instituição de tratamento, os alienistas, a alienação e os alienados, pretendemos agora nos ocupar da análise das esferas de poder que incidiam sobre esses personagens, bem como das tensões e negociações explícitas e veladas entre estes, ainda que compreendamos que não havia uma separação rígida entre o que poderíamos denominar de poder da medicina e o poder político-administrativo do Estado brasileiro.

3.2.1. O poder da medicina mental

“Assim, o poder de fogo da psiquiatria, já intuía Machado de Assis, é como o de um bacamarte que se volta contra comportamentos condenados pela moral das elites, contra procedimentos definidos como anti-sociais, contra loucuras identificadas pelo critério da improdutividade de seu portador, contra todo tipo de conduta que fugisse aos padrões e normas definidas como boas pela ciência.” (CUNHA, 1990, 30)

Reconhecida como uma especialidade médica legítima, a medicina mental tinha seu objeto consolidado, a alienação, e seu espaço de atuação definido, o asilo. A construção da loucura, enquanto objeto de gerência médica exclusivo da psiquiatria, bem como a determinação do asilo como o espaço exclusivo de tratamento para a loucura, concedeu à medicina mental poderes sobre o reconhecimento e a gestão de indivíduos sofredores de moléstias mentais. A instituição hospitalar era então um reflexo de seu poder, de forma que ordem e disciplina eram palavras fundamentais na estrutura que possibilitava seu funcionamento. O asilo era o primeiro e o grande espaço de manifestação do poder da medicina mental sobre a doença e os indivíduos sofredores, no qual ambos deveriam curvar-se às regras de tratamento a fim de obter a reeducação e restabelecimento moral e físico da sanidade, devolvendo os pacientes a um estado normal (FOUCAULT, 2006).

Objetivando o saneamento mental da sociedade, não de uma forma rígida e sólida, mas na fluidez de expectativas ávidas, a medicina mental acreditava no seqüestro hospitalar como um mecanismo de cura e com isso praticava-o e defendia-o, enquanto método mais eficaz de prática terapêutica. O hospício para esta medicina ainda não se configurava como um arquétipo institucional de tratamento, por isso mesmo eram constantes os apelos e denúncias feitas às autoridades governantes quanto a melhorias infra-estruturais do espaço.

Nesse cenário surgia uma polaridade não explícita entre os interesses médicos e os governamentais quanto ao destino e trajetória dos pacientes na instituição. De um lado a medicina mental cobrava maiores e mais eficientes espaços de tratamento, com a criação de novos estabelecimentos de tratamento e com a implementação de outras alternativas terapêuticas. Tudo isso pautado em intensas pesquisas e discussões acaloradas que inter-relacionavam experiências nacionais e estrangeiras. Enquanto isso, por outro lado, o Estado raramente atendia às expectativas médicas e, quando o fazia, era de forma incipiente.

Apesar do processo de consolidação da medicina mental como especialidade médica reconhecida e requisitada, e exclusiva para seu campo de atuação, o poder e influência da medicina na sociedade foi ampliando-se de forma gradativa, permanecendo muitas vezes ainda restrito aos seus espaços de atuação e oratória particular. Embora em certos momentos o Estado brasileiro, no início do século XX, tenha rendido louros e concedido poderes significativos à medicina, o campo da medicina mental nunca chegou a gozar de autonomia político-administrativa quanto à gestão da loucura na capital carioca.

Duas formas de poder estavam estabelecidas então: o poder que incidia sobre os indivíduos sociais que passavam a compor seu quadro de pacientes e mesmo os que poderiam ser membros em potencial; e o poder político da medicina, que nunca chegou a representar uma corrente verdadeiramente forte. Mesmo que Teixeira Brandão como médico-político tenha conseguido importantes conquistas, a medicina mental no Brasil nunca possuiu uma estrutura rígida de polícia médica nos moldes franceses, o que nos leva a questionar as estruturas apresentadas por alguns autores, como Roberto Machado (1979). O poder e desenvolvimento conferido à medicina social no Brasil, em algumas análises, como apresentado nos trabalhos de Machado (1979), devem ser lidos com certo cuidado, embora isto não signifique desconsiderar estudos como estes, que foram exemplares para o campo da história da medicina mental no país.

Desejamos aqui destacar dois pontos reflexivos importantes em relação à análise do poder da medicina mental brasileira. O primeiro é relativo a seu pilar de sustentação. Esta medicina se sustentava na designação da loucura como fenômeno patológico, construindo seu objeto científico sobre a oposição do normal. Assim a construção do patológico pela medicina mental, refugiada nas construções estrangeiras, seguiu a linha defendida por Canguilhem (1990) acerca da medicina geral, na qual as manifestações biológicas e sintomatológicas apropriadas pela medicina como patologias clínicas a serem estudadas, eram formatadas de acordo com os desvios sucedidos dos comportamentos normais. Uma

passagem de Juliano Moreira ilustra bem essa estrutura de pensamento quando afirmou que:

“As doenças não são seres de caracteres fixos, definidos e permanentes. A doença, como desvio que é da normalidade, é uma exceção biológica, e as vezes as exceções timbram em ser dissimilantes. Demais, a doença, encarada como entidade, é uma abstração do espírito humano.” (Moreira, 1919, p.94)

O segundo ponto a ser destacado referenda-se à medicina social. Ainda que as aspirações científicas da medicina mental pudessem nos apontar anseios relativos ao saneamento social de espaços e indivíduos, esta compreensão não pode ser tomada por um ângulo megalomaniaco, rígido ou restrito. A amplitude de tais possibilidades deve ser percebida sob a forma de inclinações que se associavam com fenômenos e condições sócio-culturais específicas. Queremos dizer com isso que não podemos encarar desejos científicos pela ótica de uma supremacia hegemônica sobre os meandros sociais que os cercavam. A família, por exemplo, era neste momento a grande instituição social brasileira. Era ela quem detinha o poder e o controle sobre o comportamento de seus membros (COSTA, 1999). Assim, devemos considerá-la como uma oclusão significativa para um desenvolvimento mais efetivo de uma medicina social despótica, definida por um poder de polícia médica. As estruturas sociais brasileiras não só balizavam as ações da medicina, como representavam os limites periféricos de gerência da medicina mental no Brasil.

Mobilizados pela leitura dos relatórios de médicos e diretores da instituição psiquiátrica, somos levados a crer que pretensões tão retesadas não se configuravam como restritos objetivos da medicina. O conteúdo e a redação dos relatórios nos indicam que os anseios da medicina mental apontavam muito mais para preocupações científicas do que para obtenção de poderes pujantes sobre a sociedade. A tensão entre poder médico e estatal residia exatamente na insistência do primeiro em lograr êxito nos tratamentos científicos, independente dos indivíduos que os manifestassem. A distinção deveria ser terapêutica, o que em certa medida incluía o social, mas não se restringia a isto.

Contudo, a emergência da medicina social como um novo modelo deve ser entendida como um elemento de fundamental importância para a compreensão da estrutura da psiquiatria brasileira. A teoria da degenerância de Morel representou um dos subsídios teóricos para proposições sócio-intervencionistas, no sentido de que determinadas manifestações de loucura poderiam ser contidas em longo prazo por meio de educação e ordenação moral das populações mais sujeitas à degeneração moral por conta de suas precárias condições de vida. Notamos nesse tipo de formação discursiva uma incidência pontual por ações sobre populações socialmente marginalizadas, desfavorecidas, e esse era

exatamente o tipo de discurso que combinava com as proposições do Estado brasileiro, ansioso por civilizar sua população e seus espaços sociais (CUNHA, 1990).

Portanto, a relação entre o poder médico e o poder estatal não pode ser vista unicamente sob o prisma de tensões. Contrariamente, tem de ser entendida ainda em sua relação de consonância, que pode ser apontada como uma das grandes responsáveis pelas conquistas e crescimentos da medicina mental no contexto de assistência sanitária do Brasil. As inconformidades entre o poder da medicina mental e o poder político do Estado Brasileiro não desqualificavam o trabalho da medicina, tampouco o método por ela escolhido, apenas trazem-nos questionamentos sobre sua real eficácia diante de tal cenário e em meio a tais tensões.

Devemos acima de tudo reconhecer a importante contribuição que a associação com o poder estatal trouxe à medicina, uma vez que foi por meio desta que ela conseguiu legitimar-se no cenário intelectual como um campo autônomo e representativo da saúde, distinguindo-se dos demais domínios intelectuais que também assistiam de alguma forma o poder estatal. A medicina social foi a via de acesso pela qual a medicina pôde inserir-se no contexto político-social brasileiro, pois seu arcabouço ideológico servia de bases teóricas para um projeto estatal de regeneração e progresso social.

3.2.2. O Estado Brasileiro e a psiquiatria Nacional: a loucura percorrendo esferas

A psiquiatria nacional obteve sua consolidação enquanto especialidade médica reconhecida, num contexto no qual a ciência no Brasil ganhava cada vez mais importância no imaginário coletivo, como nos mostra Dominichi Sá:

“A ciência era considerada, simplesmente, a mais elevada manifestação da inteligência humana. Tinha a missão suprema de informar a origem e o futuro dos homens e do universo, tendo ainda a responsabilidade de ditar as regras de bom comportamento para toda a sociedade (Paul,1992). Nesse período, toda forma de conhecimento que pretendesse estabelecer alguma verdade deveria apresentar-se como científica a fim de garantir a sua reputação. O termo ‘ciência’ constituía o ponto de referência obrigatório que muitos empregavam para conferir validade objetiva e soberana ao seu discurso (Gilliispie, 1960; Biard, Bourez & Brian, 1997)” (SÁ, 2006, 90).

Entretanto, a apropriação estatal do discurso médico não foi inaugurada pelo Estado brasileiro. Durante o século XVII na França, a criação de grandes hospitais favoreceu tanto

a internação, como funcionou como uma reação à miséria, em razão de sua duração mais prolongada. Segundo Michel Foucault (1995: 48), naquela época em Paris, a cada cem habitantes um era internado. Não havia, contudo, um critério específico para a determinação de quais pessoas seriam internadas. Os hospitais serviam tanto para o internamento dos pobres como dos loucos. Em parte, "o tratamento serve para controlar a massa dos diferentes, prendendo-os e isolando-os" (SERRANO, 1992:21). Servia como um meio de homogeneização dos diferentes. O louco, custodiado entre tantos, não tinha facetas e caracteres próprios.

No início do século XVIII, por sua vez, existia fundamentalmente a mera custódia dos loucos. Não recebiam tratamento médico constante, não havia um tratamento específico para a doença mental. As visitas médicas que eram feitas serviam apenas para minimizar os problemas com as febres nas prisões. Além disto, em alguns casos os médicos não tinham formação específica. Eram indicados pelo poder público, pois cabia ao Estado designar quem ia cuidar dos grandes hospitais. Ocorria nos hospitais, então, um fenômeno comum às prisões da época. Ambos funcionavam como "prisões da miséria" (FOUCAULT, 1995:70), como centros de reabsorção dos desempregados, ocultando seus efeitos sociais, além de promover o controle de preços, de agitações e de motins. A internação do louco nesse período destina-se, unicamente, à sua custódia pelo Estado, sem qualquer finalidade curativa. E na França foi assim até as reformas promovidas por Pinel que, como já foi mostrado, alterou tais padrões de funcionamento.

No Brasil, a trajetória asilar acompanhou a profissionalização da medicina mental, mas sempre teve a supervisão político-administrativa do Estado. O cuidado com os loucos era matéria de saúde pública, de assistência garantida pelo Estado e com isso pertencente ao conjunto de instituições sob o poder governamental. E por isso mesmo um mecanismo potencial de controle social a seu dispor. Portanto, quando abordamos a temática de tensões entre interesses médicos e estatais, devemos perceber que o sentido de tais tensões estava presente muito mais na via da medicina do que na via do Estado brasileiro. Isso porque na relação de interesses entre política estatal e ciência médica não havia um equilíbrio muito bem definido, ficando em geral a segunda mais dependente da primeira.

Queremos dizer com isso que para o Estado era muito conveniente a apropriação das idéias científicas por seus modelos de intervenção político-sociais como forma de justificativa de suas ações. Como já dissemos, o contexto era propício a tal apropriação, já que as idéias científicas se encontravam em ascendência no imaginário social coletivo e a conjugação destas idéias com políticas governamentais, mascaradas por alegações assistenciais, poderia representar um caminho eficaz para a implementação de ações

higienizadoras. É importante salientar que não defendemos uma postura eugênica por parte do Estado brasileiro, a percepção de nossa pesquisa tende mais a medidas convenientemente higiênicas do que especificamente eugênicas.

Nosso estudo que, até este ponto, tratou da análise da instituição asilar, da constituição da medicina mental, das concepções de loucura e finalmente do perfil dos pacientes internados no Hospício, nos conduziu à crença de que o Estado brasileiro teve uma participação preponderante na tipologia coletiva dos pacientes do asilo. Mesmo que não de forma direta, por meio de uma política de higiene social declarada, mas de uma maneira indireta, concebida pela apropriação do discurso de internação terapêutica como forma de manutenção da ordem social. Na prática, a constatação de tal afirmação pode ser feita por meio da observação das maiorias internadas e re-internadas, a qual era constituída por uma massa de homens e mulheres socialmente desfavorecidos, capturados pela entidade governamental responsável pela manutenção da ordem, a polícia.

A medicina geral colaborou com a construção de uma idéia de perigo público à saúde, com a demarcação de espaços e indivíduos potencialmente danosos a um coletivo social saudável. Com isso seu poder de intervenção também aumentou na medida em que o Estado lhe transmitia certa responsabilidade coadjuvante na luta contra as doenças e pela promoção da saúde. Novamente a família pode ser tomada como exemplo, pois mesmo que tenha mantido sua grande influência como elemento de poder social, foi necessário flexibilizá-la diante de algumas medidas do Estado, como, por exemplo, perante a vacinação obrigatória.

Assim, paulatinamente e conjuntamente, a medicina e o Estado foram promovendo modificações no imaginário coletivo em relação à saúde. Esse casamento trouxe ganhos de poder a ambos, que aumentavam sua esfera de intervenção e influência cultural.

O tratamento da loucura não seria mais feito residencialmente pelos próprios familiares, haveria um lugar específico para fazê-lo com eficácia e esperança de devolver-se a normalidade ao querido ente. E a divisão espacial interna da instituição garantiria a manutenção da distinção social externa ao Hospício. Pobres de um lado e abastados de outro, regime alimentar diferente, tratamento diferente, assistências diferentes. Interesses diferentes e atendidos, o Estado tinha seu espaço para contenção da ordem social, contra desvalidos alcoólatras baderneiros, ao passo que a medicina mental garantiria seu campo de atuação empírico-científica para as moléstias mentais que acometiam a sociedade brasileira.

A estrutura geral das ações de assistência e saúde pública no Brasil acompanhava os contornos e contrastes sociais nacionais. A medicina avançou em suas pretensões

soberanas ao passo que o Estado foi ampliando seu poder de intervenção social, ambos pela via das políticas de saúde e/ou assistência pública. O médico se tornava o agente correspondente às questões da saúde, enquanto que o Estado expandia seu aparato de intervenção social. As incongruências entre estes dois pares surgiam na medida em que o Estado, impregnado por outros coeficientes de influência contundentes (fundamentalmente políticos e econômicos), não atendia às expectativas de apoio incondicional e infra-estrutural à medicina. Por esse motivo, quando pensamos nas relações de poder entre medicina e governo brasileiro, devemos considerar seus consensos e dissensos, e sua negociada relação, para que possamos compreender o complexo liame que havia entre ambos.

3.3. Os receptáculos do discurso médico: confronto entre discurso e prática

(...) historicizar a obra literária – seja ela conto, crônica, poesia ou romance –, inseri-la no movimento da sociedade, investigar as suas redes de interlocução social, destrinchar não a sua suposta autonomia em relação à sociedade, mas sim a forma como constrói ou representa a sua relação com a realidade social – algo que faz mesmo ao negar fazê-lo. Para historiadores a literatura é, enfim, testemunho histórico. (CHALOUB e PEREIRA, 1998: 7).

As observações e idéias emergidas com a análise dos prontuários médicos são acentuadas e/ou corroboradas quando olhamos para o interior do Hospício. Neste sentido, a internação do escritor e jornalista Lima Barreto (1881-1922), tomada como estudo de caso, nos permite atravessar as grades que separam o Hospício da sociedade e ver por outro ângulo seu interior. Entretanto, julgamos fundamental uma breve biografia do autor escolhido, uma vez que percebemos haver neste caso uma relação entre ficção e realidade. A trajetória de vida e o trabalho do autor, atrelados, ilustram diversas idéias e pontos defendidos por nós ao longo deste trabalho, relativos à estrutura e dinâmica social carioca e a concepção e percepção da idéia de loucura nesta época.

Como já afirmamos anteriormente, as disparidades sociais encontravam-se cada vez mais acentuadas no Rio de Janeiro do início do século XX, e a divisão espacial da malha urbana desta cidade denunciava claramente isso. Embora houvesse uma clara e acelerada mudança urbana, as estruturas sociais, políticas e econômicas permaneciam arcaicas. A política oligárquica continuava regendo a orquestra brasileira. Todas essas questões foram objetos de constante crítica do escritor Lima Barreto em suas crônicas e artigos em jornais cariocas. Sempre atento e sensível às transformações e permanências políticas, bem como sócio-econômicas, o escritor não se omitiu em desvelar as realidades cariocas.

Em seus contos e romances ficavam claras suas preocupações crítico-sociais, assim como ficcionalizava a própria vida de mulato instruído, que estando nesta posição social intermediária, deparava-se com dificuldades para encontrar seu próprio espaço de representação social. Lima Barreto encontrava-se socialmente situado entre dois extremos, pois por um lado não compartilhava da mesma condição social da grande maioria dos negros cariocas, e por outro não conseguia uma plena integralização com a sociedade branca. Era diferente da grande maioria da população de cor da sociedade carioca, que tinha pouco ou nenhum acesso à educação de qualidade e capital cultural, ao mesmo tempo em que não conseguia incorporar-se plenamente à sociedade branca, dada sua cor, dada a incompletude de seus estudos, dado o seu não consentimento com a estrutura de apadrinhamento que comandava as relações sociais.

Para o escritor era inadmissível que as autoridades públicas, sob a justificativa de alcançar o progresso e a civilização, negligenciassem os menos favorecidos. E, por meio da literatura, tentou chamar a atenção para a discrepância que ocorria entre as medidas tomadas em nome da modernidade e a situação na qual se encontravam justamente aqueles que trabalhavam para sustentá-la. Os comentários e críticas mordazes que fez sobre os homens públicos e a administração republicana revelava sua insatisfação com o governo, pois o julgava insensível perante as necessidades da população mais pobre. No artigo intitulado “Megalomania”, publicado em 1920 pela revista “Caretta”, o autor escreve que “O mundo passa por tão profunda crise, e de tão variados aspectos, que só um cego não vê o que há nesses projetos de loucura, desafiando a miséria geral” (REZENDE; VALENÇA, 2004, p. 207).

A lucidez das páginas de sua ficção, que muitas vezes encontrava-se misturada às suas próprias vivências, pode ser percebida a partir de questionamentos levantados ao longo de sua obra. A questão da dignidade humana foi tratada logo nas primeiras linhas da obra “O Cemitério dos vivos”. Lima Barreto criticou a forma de chegada dos pacientes pobres e indigentes ao hospício, uma vez que estes eram apreendidos e levados pela polícia, sem grande preocupação com o indivíduo que se encontrava na traseira do carro-forte:

“Um suplício destes, a que não sujeita a polícia aos mais repugnantes e desalmados criminosos, entretanto, ela aplica a um desgraçado que teve a infelicidade de ensandecer, às vezes, por minutos...” (BARRETO, 1988, p. 121).

A literatura de Lima Barreto nos permite ver a sociedade brasileira por um prisma bastante peculiar. Na leitura da obra “O Cemitério dos vivos”, na qual Lima Barreto misturou ficção e relato sobre uma de suas experiências de internação no Hospício Nacional de Alienados no Natal de 1919, este prisma não se limita à temática da loucura, mas nos mostra também os contornos sociais cariocas dentro e fora do Hospício. Podemos confirmar que a estrutura sócio-econômica carioca era refletida no interior do Hospício.

A força de sua descrição nos traz interessantes reflexões sobre a condição de chegada e estadia dos pacientes pobres ao Hospício. Transportados em camburões, trazidos pelas mãos policiais e depositados num Pavilhão, que possuía um misto de experimentalismo e triagem, estes indivíduos tinham sua dignidade despida no momento em que deixavam a condição de cidadãos cariocas para se tornarem pacientes do Hospício ou habitantes do “*Cemitério dos vivos*” como definia Lima Barreto.

O exame da vida do autor nos conduz à idéia de que a forma de sua escrita e as temáticas por ele elencadas possuíam uma íntima relação com sua biografia. Foi na colônia

Conde de Mesquita que Lima Barreto teve seu primeiro contato com a loucura, como objeto da medicina mental, e com as práticas terapêuticas. Seu pai, João Henrique de Lima Barreto, foi administrador da colônia desde o começo da década de 1890 até o ano de 1902, quando foi afastado de suas funções e ali internado, por conta de sua própria loucura.

Como indicado anteriormente nesse trabalho, o século XX se iniciou sem profundas mudanças na estrutura social do país, ainda que a instauração de um novo regime de governo, o republicano, no final do século XIX, já houvesse promovido uma mudança política. A falta de ruptura efetiva nas transições políticas brasileiras manteve as estruturas sociais arcaicas, como também já foi enfaticamente afirmado. Desta forma, tratava-se de uma sociedade ex-escravista, mas que carregava em si, estruturas de preconceito de sua gênese escravocrata. Lima Barreto, enquanto mulato, ainda que tenha tido uma educação incomum para um indivíduo de cor, não escapava de toda essa lógica estrutural.

Freqüentou a Escola Politécnica, embora após o advento da loucura de seu pai tenha abandonado seus projetos de estudo. Em 1903 Lima Barreto foi aprovado, em concurso, para o cargo de amanuense na Diretoria do Expediente da Secretaria de Guerra, uma função medíocre e burocrática, mas que lhe serviu de inspiração para seu livro “Policarpo Quaresma”, e garantiu em certa medida os proventos para que pudesse arcar com os custos do sustento de sua casa, seu pai e irmãos. As agruras e fracassos da vida, o abandono dos estudos e a doença do pai foram deixando suas marcas na alma do escritor. Por conta deste contexto, a problemática do alcoolismo pôde se desenvolver em sua vida.

Ainda nessa época começou a escrever artigos e crônicas para jornais e revistas do Rio e São Paulo. A estrutura social do Rio de Janeiro era alvo de constantes críticas em seus trabalhos. Orgulhava-se por não fazer parte da estrutura de apadrinhamentos que regia a sociedade carioca, ainda que em momentos de dificuldade – com forte contragosto – tenha apelado à ajuda de amigos. Contudo, essa postura não o levou muito longe.

Publicou seu primeiro livro em um jornal, e posteriormente até conseguiu editá-lo em brochura, colhendo críticas positivas, mas não a repercussão desejada. Escrevia sobre a psicologia cotidiana, sobre os subúrbios cariocas, e tinha um traçado pouco rebuscado em suas linhas, o que também era alvo de constantes críticas de literatos conservadores. Foi recusado por duas vezes o seu ingresso na Academia Brasileira de Letras, o que aumentava a visão derrotada que tinha de sua própria carreira.

Após a humilhação de ter sido transportado para o Hospício no carro-forte da polícia, Lima Barreto relatou sua experiência no Pavilhão de Observação, onde passou a noite de Natal:

Feria-me também o amor-próprio ir ter ali pela mão da polícia; doía-me e mais me doeu, quando, nesse dia de Natal, eu tomei café num pátio, sem ser mesa, e, sem ser em mesa, com prato sobre os joelhos, comi a refeição elementar que me deram, servida numa escudela de estanho e que eu levaria [à boca] com uma colher de penitenciária. Jamais pensei que tal coisa me viesse acontecer um dia; hoje, porém, acho que uma tal aventura útil, pois temperou o meu carácter e certifiquei-me capaz de resignação. (BARRETO, 1988, p. 123)

Estando neste Pavilhão, o autor falou um pouco sobre seus companheiros de estadia, e da precariedade de condições nas quais muitos destes se encontravam. Sendo o Pavilhão o local para onde eram destinados os doentes que não podiam pagar, podemos destacar que a idéia do Pavilhão poderia ser a de um grande laboratório de exercício experimental para os alunos da Faculdade de Medicina. Afinal, nele ocorriam aulas teóricas e práticas, nas quais os alunos poderiam ter um contato mais empírico com as patologias, estudadas em sala de aula.

Uma das práticas da instituição descrita por Lima Barreto foi o escambo do custeio da estadia sob a forma de serviços prestados, não sob uma regulamentação formal de atividades, mas como uma prática de troca travestida de atividade terapêutica. Os pacientes, enquanto estavam ali, executavam atividades de limpeza e conservação do espaço. Em relação a isto, o autor falou sobre sua experiência de baldear o chão, prática que ele nunca havia efetuado. Sobre a distinção entre os espaços físicos e de tratamento nas classes, Lima Barreto descreveu ainda da existência de uma biblioteca exclusiva à seção dos pensionistas, para onde ele conseguiu transferência depois.

Relatou também o fato de estarem ali não só pacientes que não possuíam recursos financeiros para custear sua estadia, informando-nos sobre a existência de indivíduos com algum recurso no hospício, exprimindo sua preocupação característica de que se o Estado utilizava os recursos de tais doentes, poderia investir mais nos que realmente não tinham recursos:

Houve nisso um grande erro e muito grave para as finanças governamentais. Sujeitos assim classificado lá existem, que recebem do governo pensões sobre vários títulos. Isto tudo é sabido, consta de papéis oficiais. O Estado, recebendo-os como loucos, por mais mínima que fosse, o seu primeiro cuidado devia ser apoderar-se dessa pensão para o seu tratamento. Evitava que eles fossem tratados abaixo de sua condição, aumentava a renda do estabelecimento e dava enchanças para melhorar o tratamento dos verdadeiros pobres. (BARRETO, 1988, p. 177)

Para a compreensão desta preocupação levantada pelo autor, é importante sabermos que os bens dos pacientes abastados, sem tutela familiar, ficavam sob o julgo e administração do Estado, com a justificativa de custear as despesas com a internação.

Lima Barreto descreveu os pacientes do hospício como elementos da mais variada heterogeneidade, seja física, social ou patológica, embora ficasse claro para o autor que a maioria pertencia às baixas esferas econômicas da sociedade. Incluíam-se aí não só os negros pobres, fruto da abolição desestruturada que é concebida no Brasil, mas também muitos imigrantes e trabalhadores das mais variadas profissões de baixo reconhecimento social, como operários, copeiros, cocheiros, cozinheiros, estivadores, como comprovado pela análise dos prontuários no início deste capítulo.

Como já foi trabalhada no primeiro capítulo, neste momento histórico brasileiro – a Primeira República –, a idéia de regeneração era algo que pairava sobre o imaginário brasileiro. A própria Proclamação da República trouxe consigo um tanto desta idéia, uma vez que os militares travestiram-se enquanto grupo regenerador, a fim de expurgar a corrupção civil que infectava a política brasileira, segundo os mesmos. Através das linhas inacabadas do livro “O Cemitério dos vivos” e de seu “diário”, descrito pelo próprio autor como uma narração que não tinha por fim propor medidas de administração, Lima Barreto procurou “contar simplesmente as impressões da minha sociedade com os loucos, as minhas conversas com eles, e o que esse transitório comércio me provocou pensar” (BARRETO, 1988, p. 177).

Podemos perceber, tomando-o como uma fonte de análise histórica a partir de sua experiência de internação no Hospício Nacional de Alienados, não apenas a estrutura de tratamento da psiquiatria brasileira no início do século XX, mas também todo o contexto social que esta psiquiatria e o autor-paciente se inseriam, além das relações intrínsecas a este contexto.

O processo de internação de Lima Barreto, descrito pelo mesmo, demonstra todos os pontos e hipóteses abordados por nossa pesquisa. Além dos reflexos da relação entre estrutura social carioca e instituições de poder, médicas e estatais, podemos perceber que a medicina mental conseguiu emplacar uma aceitação hegemônica da loucura como matéria médica, com tratamento específico. O caso do autor se enquadra no modelo de loucura construída enquanto objeto da medicina mental, pautado numa estrutura de comportamento classificada como anormal, por ser desviante de padrões socialmente estabelecidos. O problema em questão não se tratava do consumo do álcool, mas da incapacidade do controle deste consumo refletido por meio de alterações comportamentais características, destoantes de condutas estabelecidas como padrões. Além do alcoolismo, apontado estatisticamente como o grande motivador das internações no ambiente de reclusão hospitalar, os demais casos descritos pelo autor acompanham o tracejado comportamental como sendo a mola propulsora da internação.

A loucura no momento em que passa a ser aceita pelo imaginário coletivo da forma como foi concebida objetivamente pela medicina mental, não é mais socialmente aceita. De forma que loucos mansos, que anteriormente a este estabelecimento acadêmico transitavam pacificamente pelos espaços sociais, agora já eram identificados ora como um perigo social iminente, ora como vítimas de sua própria moléstia carentes de assistência médica devida.

Diante disto, podemos destacar como reflexão final em nosso estudo de caso, que a sociedade não foi um personagem passivo neste processo de construção social e acadêmico-científica da legitimação da medicina mental, do conceito sócio-coletivo da loucura e da edificação de poderes médico e político-administrativo sobre os indivíduos sofredores de moléstias mentais. Ao contrário, a sociedade acompanhou e incorporou os novos estabelecimentos e transformou sua própria percepção sobre estes indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho, analisamos fontes distintas e observamos por ângulos diferentes a trajetória da loucura, seus espaços e personagens no cenário carioca de fins do século XIX e princípios do século XX. Foi possível perceber que no contexto da loucura se encontravam co-relacionados: contexto histórico, agentes, espaços e conceitos. Neste tema nunca esgotado e sempre atual, acreditamos que sempre haverá novas direções a serem exploradas, no entanto desejamos compartilhar as considerações medulares apreendidas por nossa pesquisa.

Vimos que o ambiente histórico no qual emergiu e se consolidou a medicina mental lhe foi demasiadamente favorável. Tratava-se de uma conjuntura propícia ao florescimento científico, na qual havia uma ânsia por progresso e modernizações. Por isso mesmo a aceitação de um espaço terapêutico específico para o tratamento da loucura foi gradualmente sendo conquistada na dimensão social e política. A bandeira de um espaço para loucura era politicamente vantajosa, pois inaugurava um novo flanco social de assistência político-filantrópica e gerência sobre minorias, ao mesmo tempo em que impulsionava a inserção do Brasil em mais um ambiente de discussões e inovações técnico-científicas.

Assim mais um ramo científico aspirava e sucessivamente obtinha sua especialização e autonomia acadêmica, a medicina mental erigida sobre as bases teóricas estrangeiras, mas sem representar uma matéria de simplificada reprodução, foi paulatinamente assenhoreando seu espaço no imaginário social e na legitimação acadêmica. Isto foi possível por dois motivos pontuais: a construção da loucura como objeto de atenção e estudo de um campo específico da medicina, delineando suas manifestações nosográficas, nos moldes da medicina orgânica, mas esteados sobre a oposição normal *versus* patológico; e a transformação do espaço de tratamento asilar, de um depósito de insanos para um aparelho tecnológico de tratamento de moléstias mentais de funcionamento cientificamente estabelecido.

Esse movimento de consolidação da medicina mental, enquanto campo específico, com objeto, agente e espaço definidos, gerou uma nova esfera de poder a incidir sobre a sociedade, aceito pela mesma. O poder da medicina mental, ainda que não fosse autocrata, garantia a esta arbítrio e autoridade científica reconhecida, sobre determinados comportamentos desviantes. Contudo tal incidência pujante da medicina mental não representava uma ameaça social, mas um benefício e um avanço científico modernizador absorvido e incorporado pela sociedade como regras de normalidade comportamental

estabelecidas por essa medicina mental. O louco a partir de então deveria ser conduzido a um tratamento específico.

Estatisticamente, entretanto, atestamos que esse tratamento incidia predominantemente sobre uma parcela social específica, aqueles socialmente marginalizados. Apesar disso, algumas considerações devem ser feitas. Em primeiro lugar, devemos questionar os porquês de tal especificidade. E, em segundo lugar, as conveniências dela. Numa sociedade culturalmente escravocrata, socialmente estratificada e economicamente desigual, a predominância numérica da reclusão terapêutica de pobres tem motivos bem específicos.

Por um lado o estudo com indivíduos socialmente marginalizados poderia trazer menores inconvenientes na relação entre médico e os familiares destes indivíduos, facilitando pesquisas e avanços científicos da psiquiatria. Não estamos defendendo aqui um experimentalismo laboratorial, mas sim reconhecendo os limites culturais ainda encontrados pela medicina nascente, nas relações familiares socialmente consolidadas no Brasil, que desapareceriam em relação a pacientes definidos e tratados como indigentes. Outro fator importante a ser apontado é que num contexto de consolidação acadêmica a demonstração de estatísticas bem-sucedidas de altas dos pacientes denotaria um ambiente de eficácia do aparelho tecnológico montado e apresentado pela medicina mental. Neste caso, a massa de desfavorecidos, homens e mulheres alcoólatras, poderia representar o universo esmerado para tais fins.

Paralelamente a isto, a reclusão terapêutica de indivíduos socialmente marginais poderia representar para a política estatal um caminho de controle de desordenamentos sociais, bem como a depuração de elementos indesejáveis de determinados cenários coletivos. A constatação de uma supremacia de requerimento de internações de indivíduos socialmente desfavorecidos, pelo aparelho estatal responsável pela manutenção da ordem e seguridade social, nos leva a questionar a veracidade de uma intencionalidade do Estado em usufruir do discurso médico terapêutico em prol de objetivos e interesses próprios. Isto é, quando temos a polícia como o grande representante das solicitações de internação no hospício, temos também subsídios para questionar as intenções do Estado brasileiro na manutenção da estrutura asilar vigente, superlotada e dissonante dos reais desejos terapêuticos da medicina. Já que a grande maioria dos internamentos era realizada por instituições estatais, de poder e controle social, e incidia sobre pessoas socialmente marginalizadas, é compreensível que constatemos a existência de uma relação entre estas internações e interesses estatais de coerção e controle das massas socialmente desfavorecidas. Ainda que não possamos comprovar a prática de uma higiene social por

parte do Estado brasileiro, não podemos deixar de apontar tais práticas como políticas sociais arbitrárias de controle social de populações marginais.

Importa destacar ainda que o grande objetivo deste estudo foi o de desenhar um perfil estatisticamente demonstrado das internações no Hospício Nacional de Alienados, entre os anos de 1883 e 1910, refletindo criticamente sobre as constatações apresentadas por estes números. Acreditamos que nosso trabalho possa, assim, servir como instrumento de fonte basilar para trabalhos futuros e novas reflexões acerca do tema da loucura no Brasil, seus personagens, conceituações, contextos e meandros. De todos os aspectos estudados por nós, o universo dos pacientes foi, sem dúvida, nosso grande objeto de estudo, estando todo o resto ao entorno deste, como elementos fundamentais para sua compreensão.

Agregando o exame do contexto histórico e do nascimento da psiquiatria nacional à análise dos dados dos prontuários médicos e à internação de Lima Barreto como estudo de caso, conseguimos entender a relação existente entre estas esferas e como a temática da loucura dinamizou-se e perpassou por estes espaços para estabelecer-se como um conceito socialmente aceito. Acreditamos que nesta aceitação possa residir a fenda que permitiu a não contestação da intenção do Estado brasileiro de realizar um controle silencioso das massas marginais, ao apropriar-se do discurso da psiquiatria, o qual vislumbrava a internação asilar como forma terapêutica.

Temos a crença de que foi por meio da incorporação sócio-coletiva da categorização da loucura, elaborada pela medicina mental, como um comportamento desviante, anormal, bem como da aceitação da idéia de que a internação era terapêutica e apropriada para a cura de tal comportamento desviante, que esta forma de higiene social, praticada pelo Estado brasileiro, pôde conviver pacífica e silenciosamente ao lado de uma prática médica efetiva.

Embora um pouco distantes de nosso recorte temporal, cujo marco final era o ano de 1910, os processos de internação de Afonso Henrique de Lima Barreto e a publicação de suas obras “O Cemitério dos vivos” e “O diário do Hospício”, nos foram demasiadamente caros, por representarem uma retratação íntima de uma internação no Hospício Nacional de Alienados. Escolhemos esta trajetória e suas obras como um estudo de caso para podemos confrontar as observações e constatações realizadas por nossa pesquisa com esta fonte de caráter pessoal que refletia o universo que buscávamos captar em nosso trabalho, ou seja, a esfera dos internos do hospício.

A prática psiquiátrica brasileira, ainda que tenha sido inspirada por Pinel, não se libertou totalmente das amarras da burocracia do Estado, que mantinha as instituições

públicas como um aparelho de aprovação de seus interesses. Dessa forma, esta prática conseguiu obter afirmação e legitimidade, mas não autonomia político-administrativa plena. Acreditamos que o Estado aproveitava-se do discurso de internação mais como uma forma de coerção e controle social de massas consideradas ameaçadoras da ordem social por ele submetida.

Para nós, essa apropriação da idéia da loucura como um comportamento desviante e/ou anormal não se desligou do imaginário. E assim como se percebia a loucura enquanto anormalidade, a segregação social do indivíduo sofredor de moléstias mentais era compreendida como a terapêutica apropriada para sua recuperação. No entanto, entendemos que privar qualquer indivíduo de uma convivência social não podia ser terapêutico, mas sim uma forma de punição. Essa inquietação foi a grande forma motriz de nossa pesquisa e razão de ser deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO, Ângela. *Idéias em movimento: a geração de 1870 na crise do Brasil-Império*. São Paulo: Paz e Terra. 2002.
- AZEVEDO, Fernando de. (Org.) *As Ciências no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1994.
- BARBOSA, Francisco de Assis Barbosa. *A vida de Lima Barreto (1881-1922)*. Rio de Janeiro: J.Olympio. 2002.
- BARRETO, Lima. *Diário do hospício; O cemitério dos vivos*. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro/Secretaria Municipal de Cultura/Departamento Cultura/Departamento Geral de Documentação Cultural, 1988.
- _____. *Um longo sonho do futuro: diários, cartas, entrevistas e confissões dispersas*. Rio de Janeiro: Graphia Editorial, 1993.
- BENCHIMOL, Jaime. *Pereira Passos: um Haussmann tropical*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes. Biblioteca Carioca. 1990. (volume 11)
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. *O discurso médico nos prontuários clínicos*. Intercâmbio, São Paulo, v.5, 1996. p.17-24.
- _____. *Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade*. História, Ciência e Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.3, n.1, 1996. p. 173-180.
- _____. *Prontuários médicos e a memória da saúde brasileira*. Bis – Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, n. 38, abril. 2006. p. 12-15.
- BLOCH, Marc. *Apologia da História*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- BRANDÃO, João Carlos Teixeira. Os alienados no Brasil. In: *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, 1956.
- _____. *Questões relativas à assistência medico-legal a alienados e aos alienados*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1897.
- CANDIDO, Antonio. *Literatura e sociedade*. São Paulo: Nacional. 1980.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.
- CARVALHO, José Murilo de. *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das letras. 1987.
- _____. *A Construção da Ordem: a elite política imperial; Teatro de Sombras: a política imperial*. Rio de Janeiro: Ed.UFRJ/Relumé-Dumará, 1996.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antônio. “Estado e Saúde Pública no Brasil, (1889-1930)”. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, vol. 23, nº2, p. 237-250.

- CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras. 1996.
- CERQUEIRA, Roberta Cardoso. *Lima Barreto e os caminhos da loucura. Alienação, alcoolismo e raça na virada do século XX*. Rio de Janeiro: Dissertação de mestrado em História na PUC/RJ. 2002.
- COSTA, Emilia Viotti da. *Da Monarquia a República*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- COSTA, Jurandir Freire da. *A história da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus. 1981.
- _____. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- _____. *Cidadelas da Ordem. A doença Mental na República*. São Paulo: Brasiliense. 1990.
- DANTES, Maria Amélia M. (Org.) *Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- DE SIMONI, Luiz Vicente. Importância e necessidade da criação de hum manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienidos. *Revista Médica Fluminense*, n. 05, 1839.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias; RUSSO, Jane; VENANCIO, Ana Teresa. *Psicologização no Brasil: atores e autores*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2005.
- EDLER, Flávio Coelho. A institucionalização da medicina no Brasil imperial. In: Ana Maria Ribeiro de Andrade. (Org.). *Ciência em Perspectiva. Estudos, ensaios e debates*. Rio de Janeiro: MAST / MCT - SBHC, 2003, p. 41-59.
- ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão. Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz. 2001.
- _____. *A loucura, o hospício e a psiquiatria em Lima Barreto: críticas e cumplicidades*. Trabalho apresentado no XX Encontro Nacional de História. Rio de Janeiro, julho de 2001. (mimeo)
- _____. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. In: *Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. V, nº 3, nov-98/fev.99.
- FACCHINETTI, Cristiana. O brasileiro e seu louco: notas preliminares para uma análise de diagnósticos. In: Dilene Raimundo do Nascimento; Diana Maul de Carvalho. (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. Rio de Janeiro: Paralelo 15, 2004, p. 295-307.

- _____. Prontuários Psiquiátricos e produção de subjetividades. In: *VI Encontro Clio- Psyché- corpo, psicologia e história*, 2004, Rio de Janeiro. VI Encontro Clio- Psyché- corpo, psicologia e história., 2004
- FONSECA, Maria Rachel G. Fróes. Fontes para a história das ciências da saúde no Brasil (1808-1930). *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. IX, n. Suplemento, p. 275-288, 2002.
- FOUCAULT, Michael. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1975.
- _____. *A arqueologia do saber*. Petrópolis: Vozes. 1972a.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. 1972b.
- _____. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes. 1977.
- _____. *L'Ordre du discours, Leçon inaugurale ao Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*. Paris: Gallimard. 1971. (Tradução de Edmundo Cordeiro).
- _____. *Os anormais*. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- HIDALGO, Luciana. *Literatura da urgência: Lima Barreto no domínio da loucura*. São Paulo: Annablume, 2008
- HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). In: *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro: v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.
- KOSELLECK, Reinhart. *Futuro Passado: Contribuição à semântica dos tempos históricos*. Rio de Janeiro: Contraponto-Ed. PUC-Rio. 2006.
- LOPES, Fábio Henrique. *Suicídio & saber médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX*. Rio de Janeiro: Ateliê, 2007.
- LOPES, José Leme. A psiquiatria e o velho hospício. In: *Quatro séculos de cultura*. Rio de Janeiro, Universidade do Brasil, pp. 332-46, 1966.
- LUZ, Madel. *Medicina e Ordem Política Brasileira. Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MACHADO, Roberto et al. *Danação da Norma: a Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal. 1978.
- _____. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal. 1981.

- MAIO, Marcos Chor & SANTOS, Ricardo (org.) *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CCBB. 1996.
- MOREIRA, Juliano. Assistência aos epiléticos. Colônia para eles. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, ano 1, 1905.
- _____. Ligeiras notas a propósito da assistência familiar. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, ano 2, 1906.
- _____. Quais os melhores meios de assistência aos alienados. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 1910.
- _____. Classificações em Medicina Mental. In: *Arquivo Brasileiro de Neuriatria e Psiquiatria*, Anno 1º trimestre, 1919.
- NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. *Sobre a Verdade e a Mentira no sentido extra-moral*. São Paulo: Abril Cultural e Industrial, Os Pensadores (col), v. Nietzsche, trad. Rubens Rodrigues Torres Filho, p.29-38, (1873) 1987.
- PORTOCARRERO, Vera. *Juliano Moreira e a descontinuidade da Psiquiatria*. Mestrado, Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica. 1980.
- REGO, José Pereira. Discurso pronunciado pelo presidente da Academia Imperial de Medicina, Barão do Lavradio em sessão de 30/06/1979, com o fim de provar a conveniência do estudo das moléstias mentais. *Anais Brasilienses de Medicina*, vol 1, n. 02, 1878, Pp. 16-27.
- ROSEN, George. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal. 1980.
- _____. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp-Hucitec/Abrasco. 1994.
- RESENDE, Beatriz. *Lima Barreto e o Rio de Janeiro em fragmentos*. Rio de Janeiro: UFRJ/UNICAMP, 1993.
- RESENDE, Beatriz & VALENÇA, Rachel. *Lima Barreto, toda crônica*. Rio de Janeiro: Agir, vol. 2, 2004.
- ROSENBERG, Charles & GOLDEN, Janet (editors). *Framing Disease - Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press. 1997.
- SÀ, Dominichi Miranda de. *A Ciência como Profissão: médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1835)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- _____. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.183-203.
- SANTOS, Affonso Carlos Marques. *O Rio de Janeiro de Lima Barreto*. Vol 1 e 2. Rio de Janeiro: RIOARTE, 1983.

- SCHWARZ, Roberto. *Ao vencedor as batatas*. São Paulo: Duas Cidades. 1981.
- SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: a trajetória da Saúde Pública*. São Paulo: L&PM Editres, 1987.
- SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense. 1984.
- _____. *Literatura como missão: tensões sociais e criação cultural na Primeira república*. São Paulo: Companhia das Letras. 2003.
- _____. A Capital irradiante: técnica, ritmos e ritos do Rio. In: Fernando A. NOVAIS (coord.): *História da vida privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras. 1998.
- SIGAUD, Francisco Xavier. Reflexões acerca do livre trânsito dos doidos pelas ruas do Rio de Janeiro. *Diário de Saúde*, n. 01, 1835.
- SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal. 1987.

ANEXOS

ANEXO 1 – Dados relativos ao século XIX (1883-1900)

A.1.1 Dados estatísticos dos Relatórios Ministeriais (1883-1900)

Gráfico n°1:

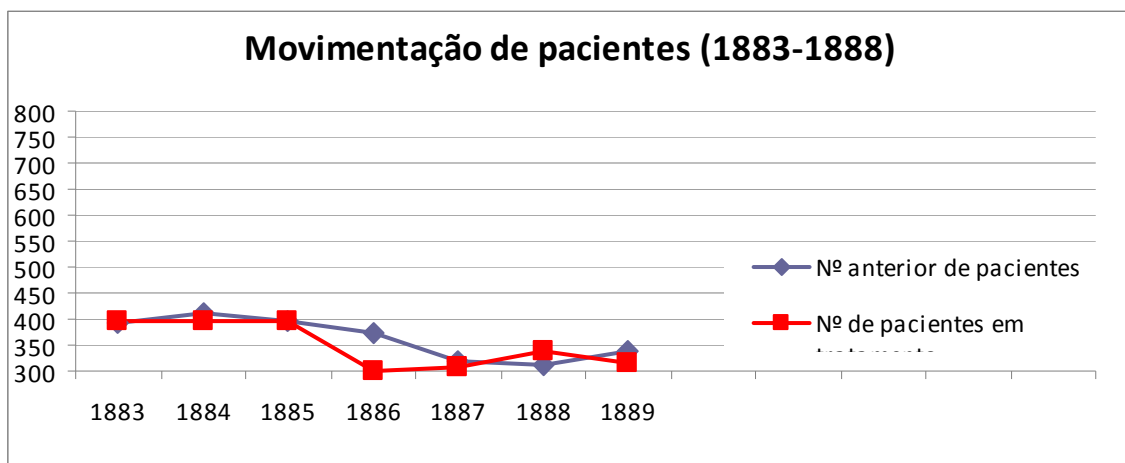


Gráfico n°2

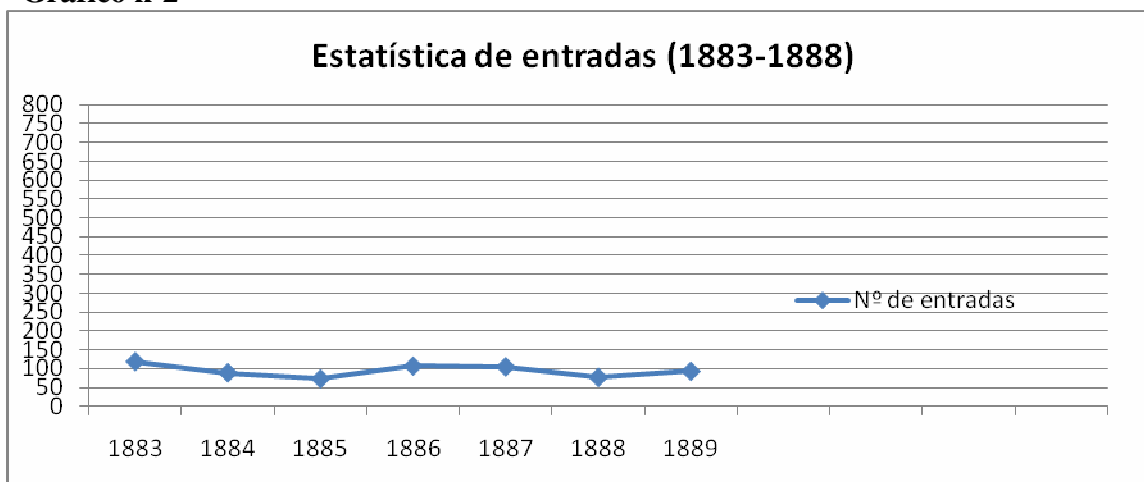


Gráfico n°3

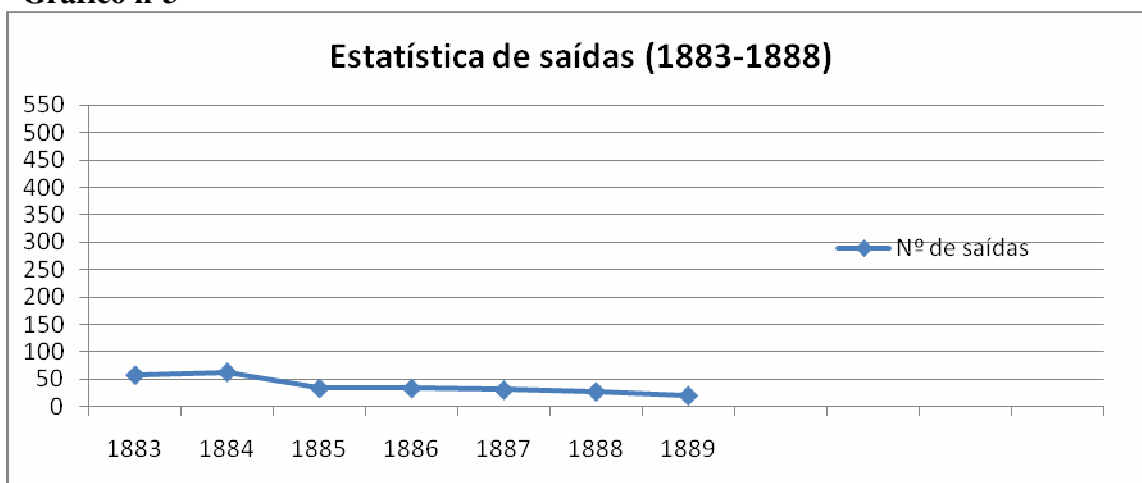


Gráfico nº4

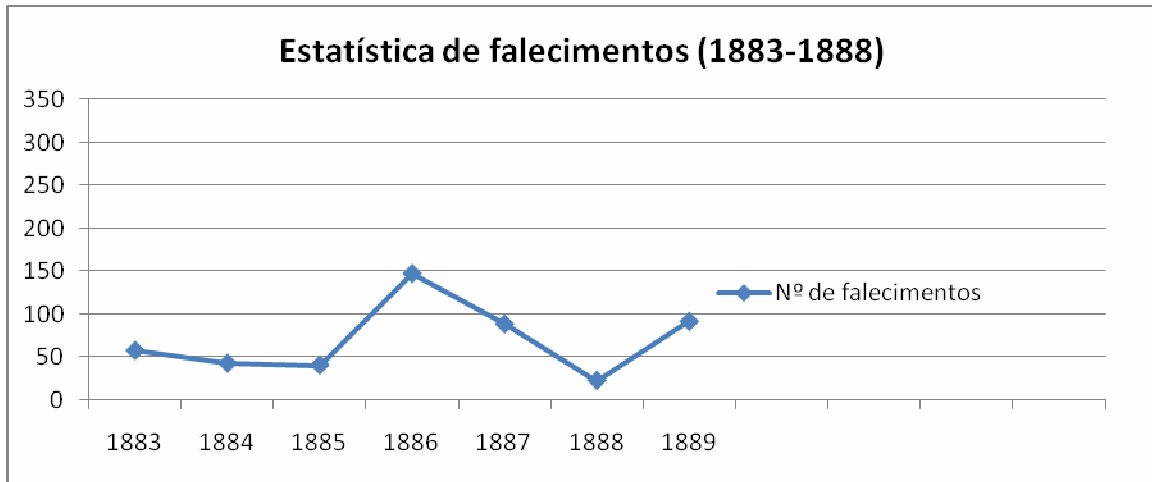


Gráfico nº5:

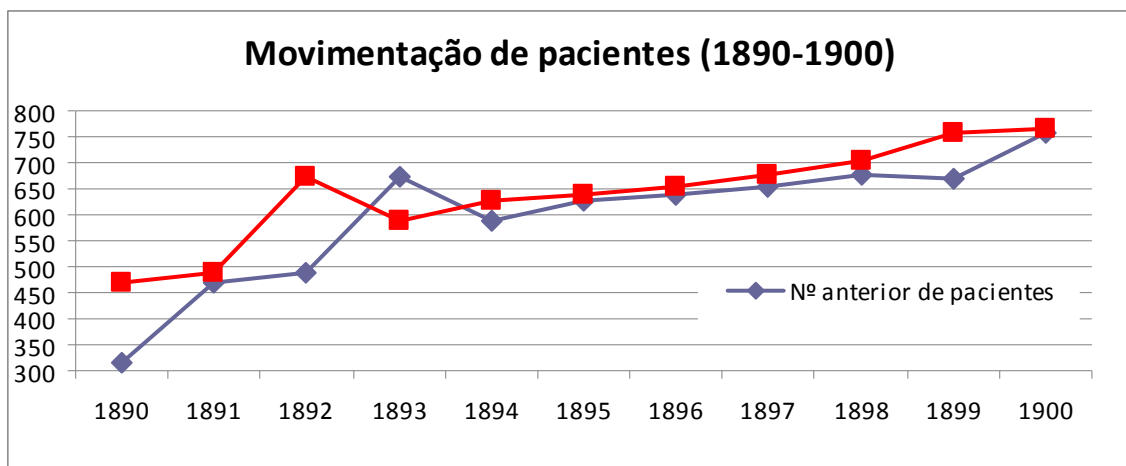


Gráfico nº6

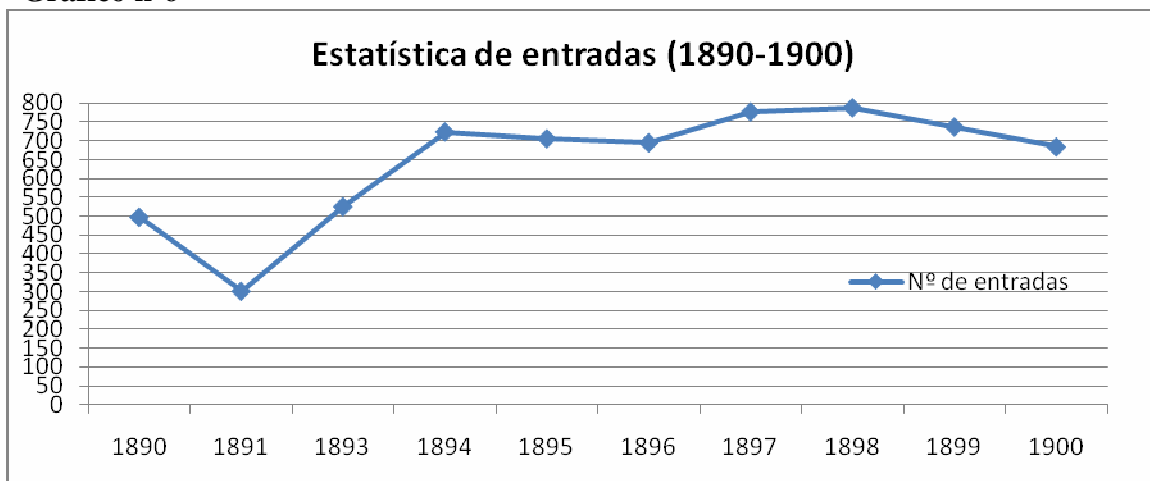


Gráfico nº7

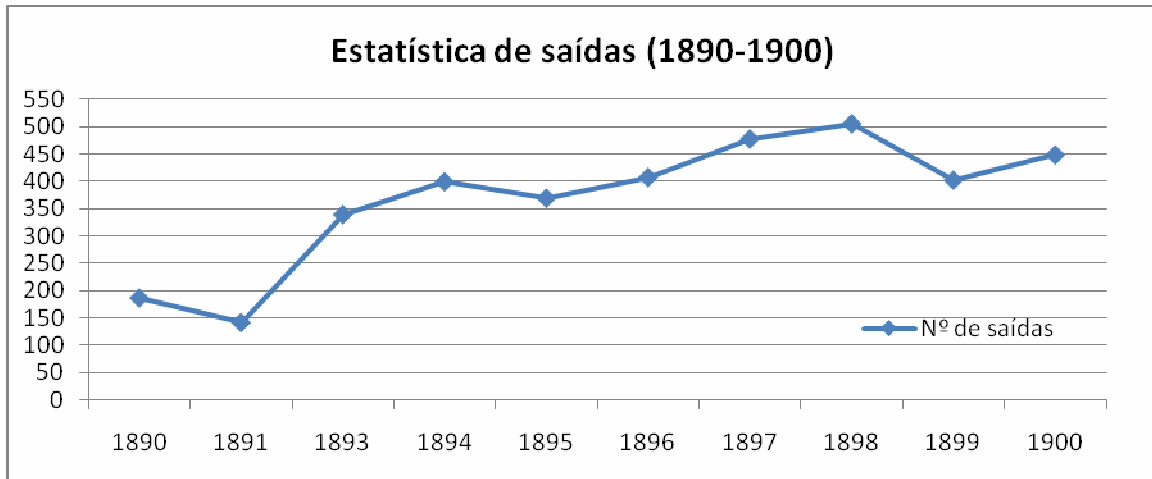
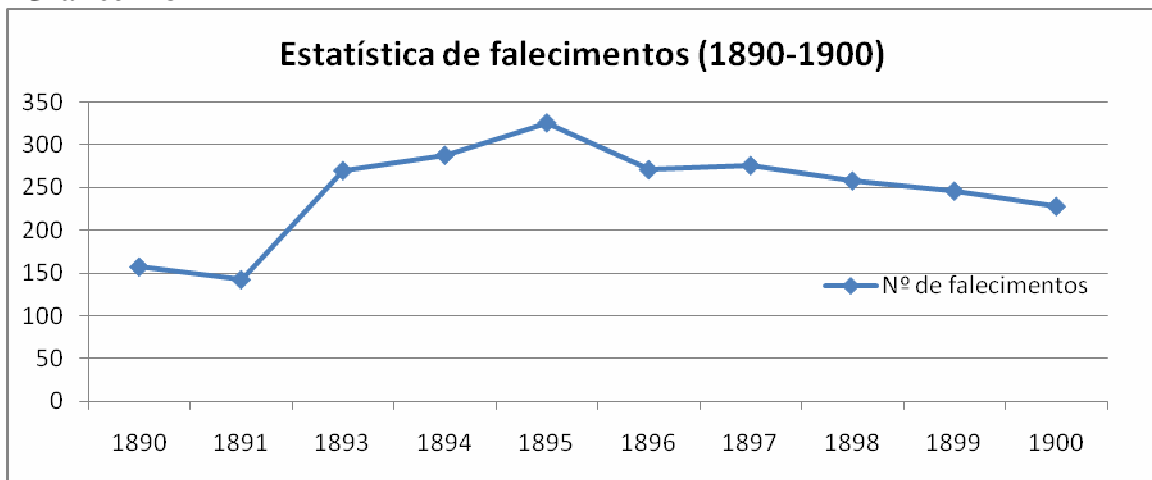


Gráfico nº8



A.1.2 – Dados estatísticos dos prontuários dos pacientes do Hospício de Pedro II (1883-1900)

Gráfico nº9

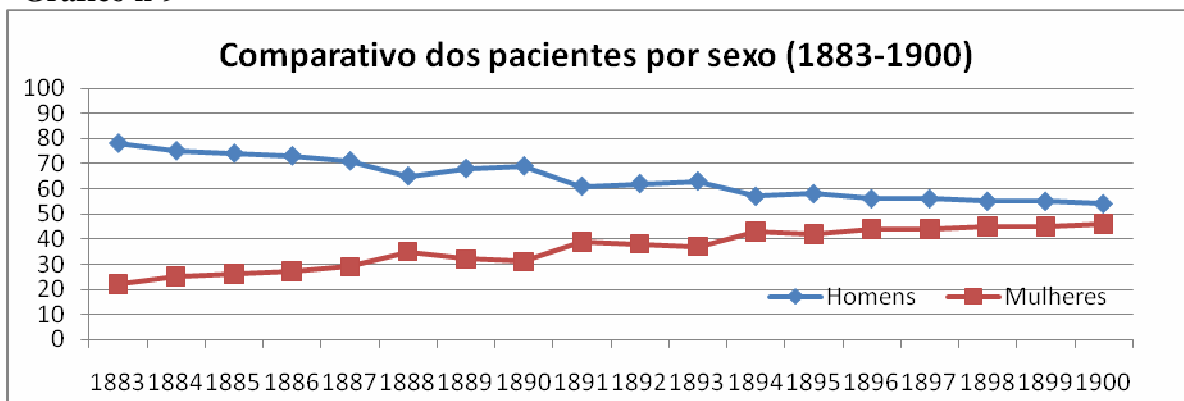


Gráfico nº10

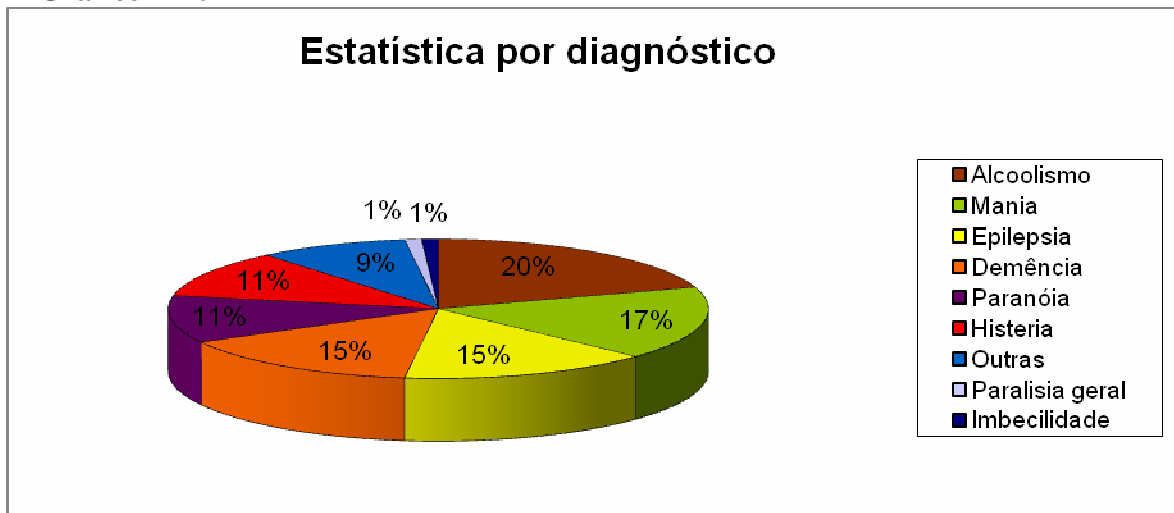


Gráfico nº11

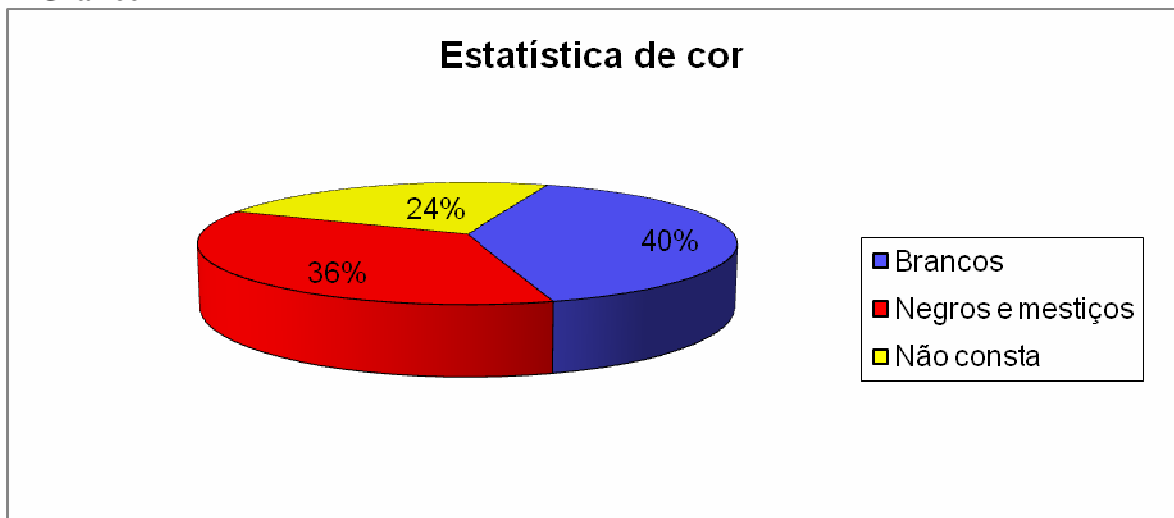


Gráfico nº12

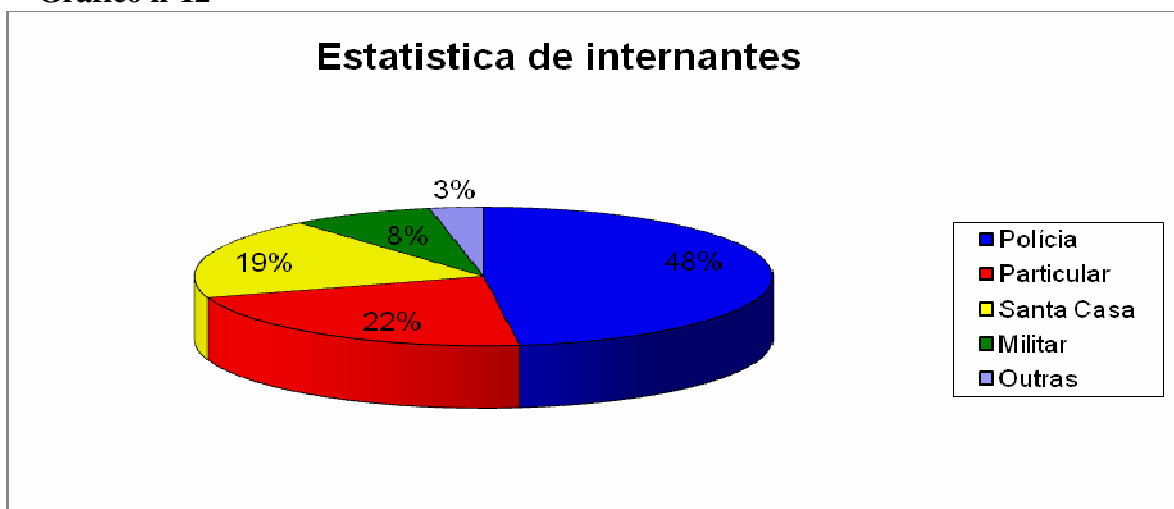
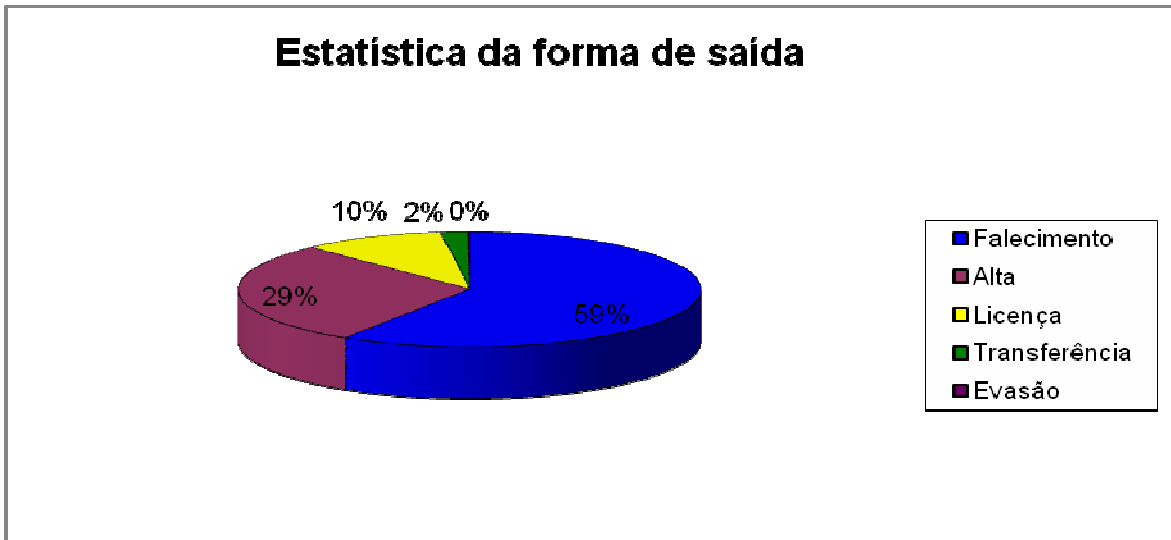


Gráfico nº13



A.1.3 – Comparativos estatísticos dos prontuários dos pacientes do Hospício de Pedro II (1883-1900)

Gráfico nº14

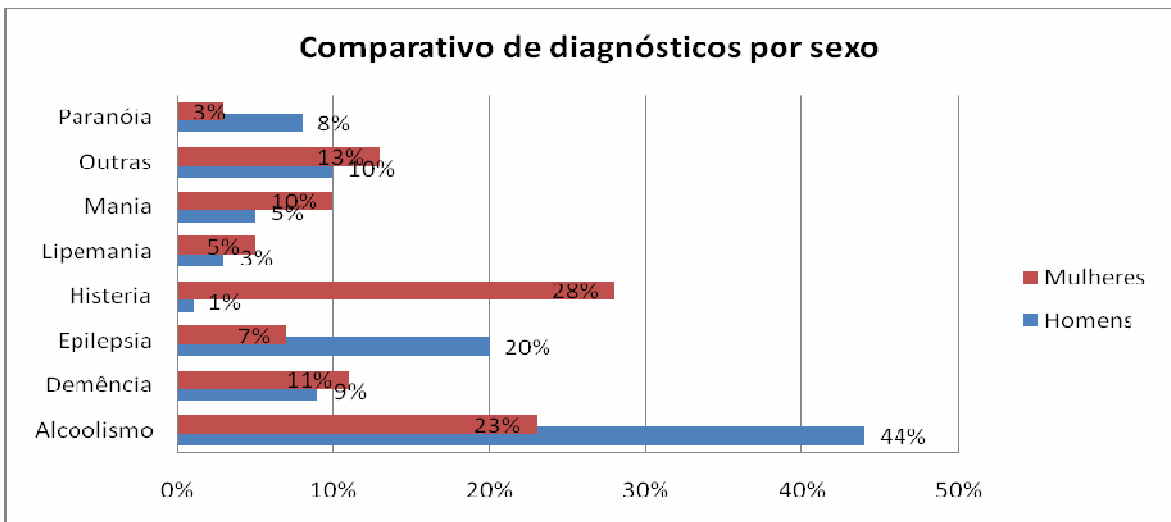


Gráfico nº15

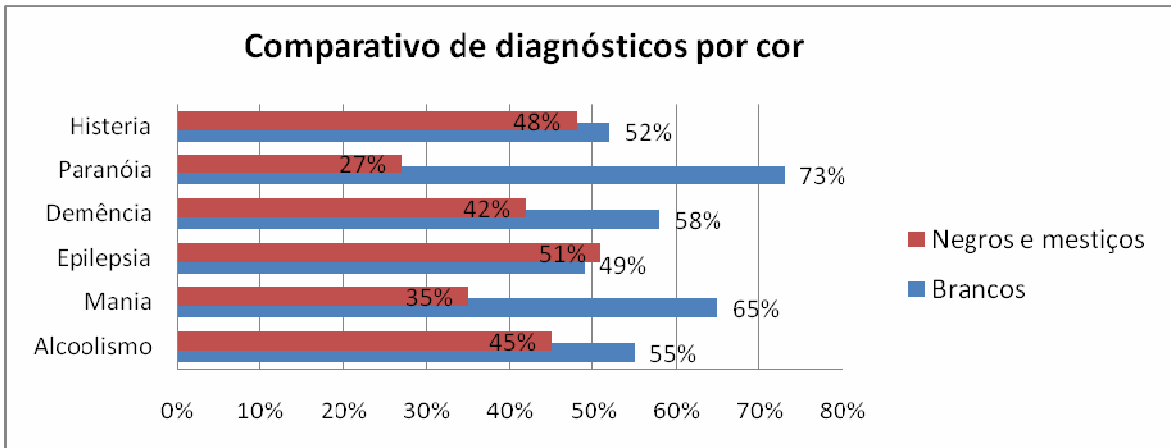


Gráfico nº16

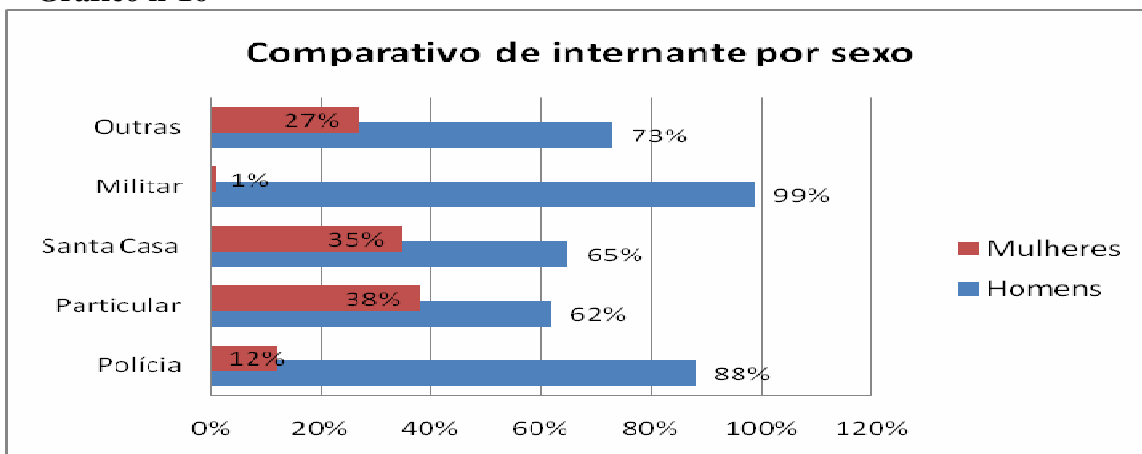
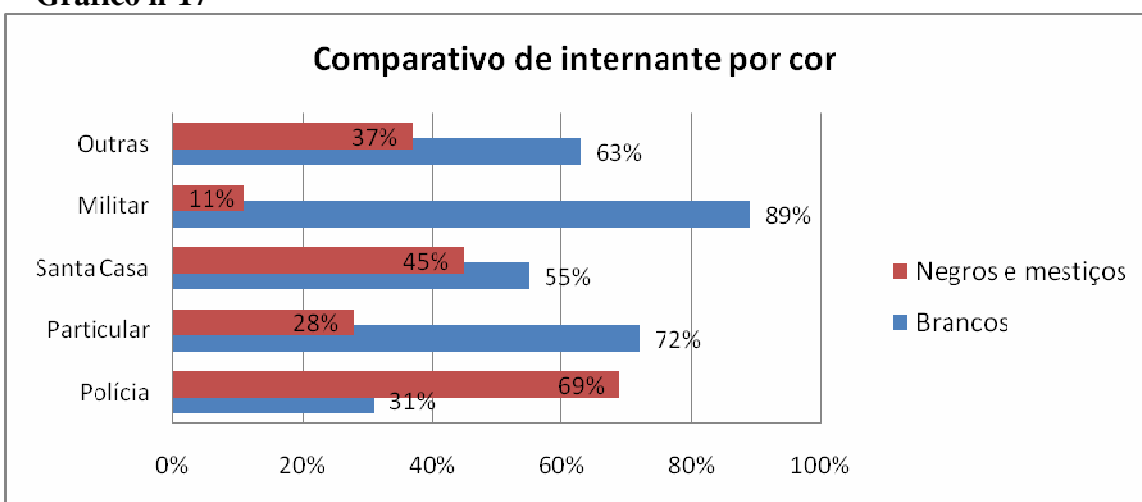


Gráfico nº17



ANEXO 2 – Dados relativos os século XX (1901-1910)

A.2.1 – Dados estatísticos dos Relatórios Ministeriais do Hospício Nacional de Alienados (1901-1908)

Gráfico nº18:

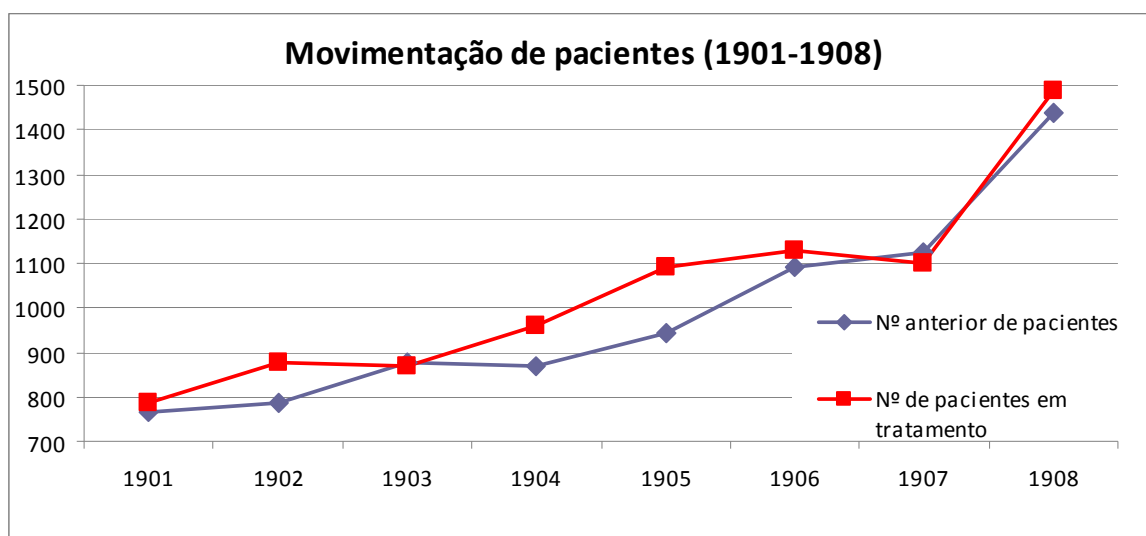


Gráfico nº19

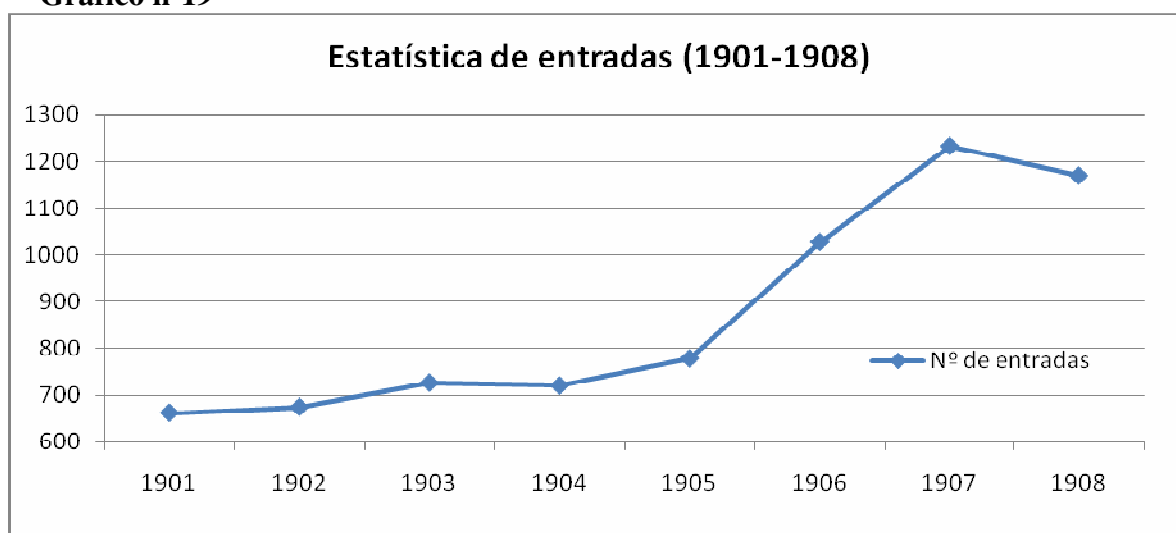


Gráfico nº20

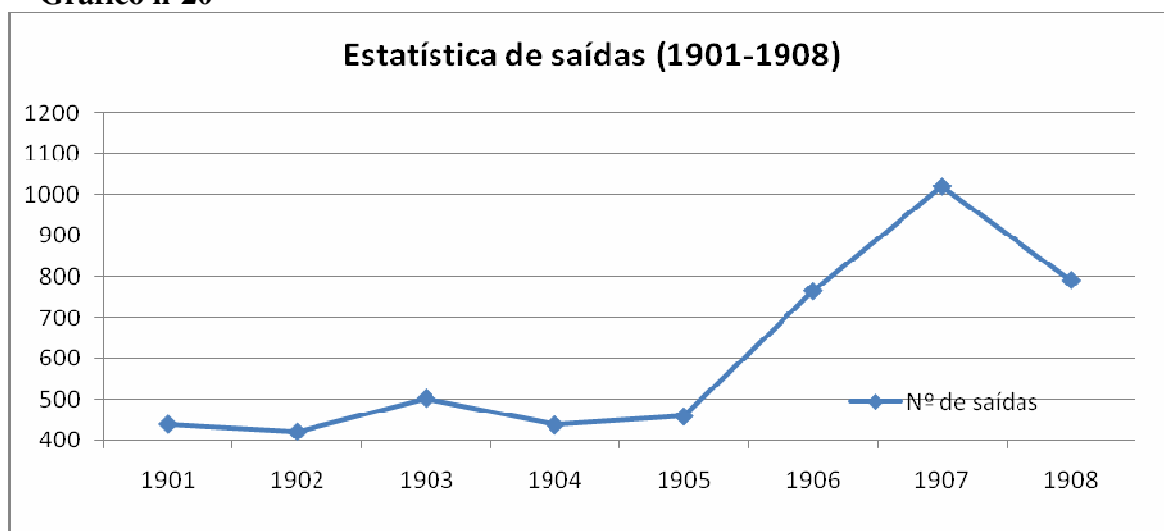
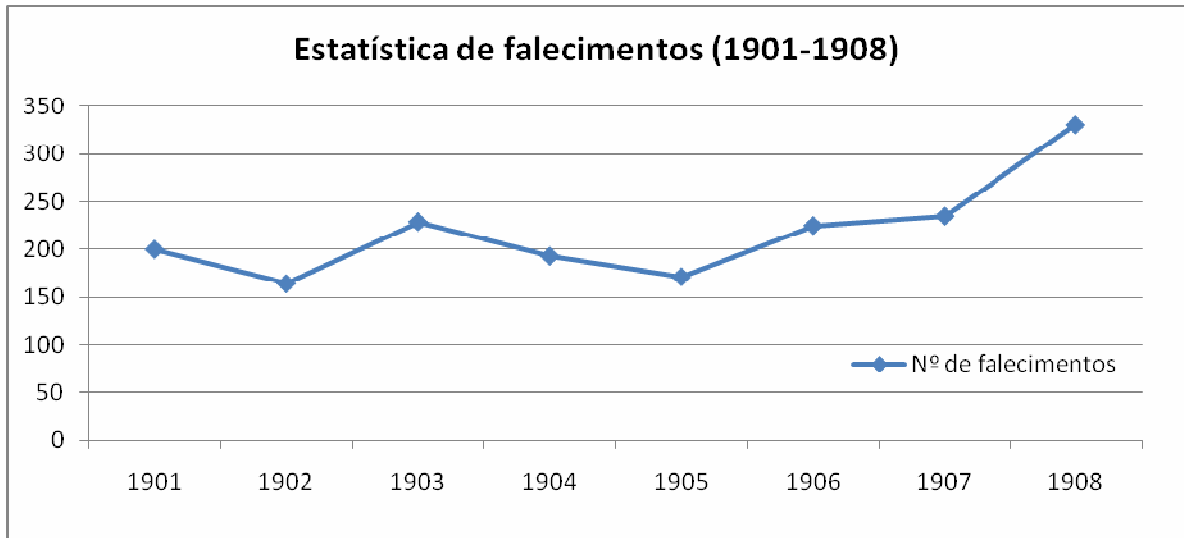


Gráfico nº21



A.2.2 – Dados estatísticos dos prontuários dos pacientes do Hospício Nacional de Alienados (1901-1910)

Gráfico nº22

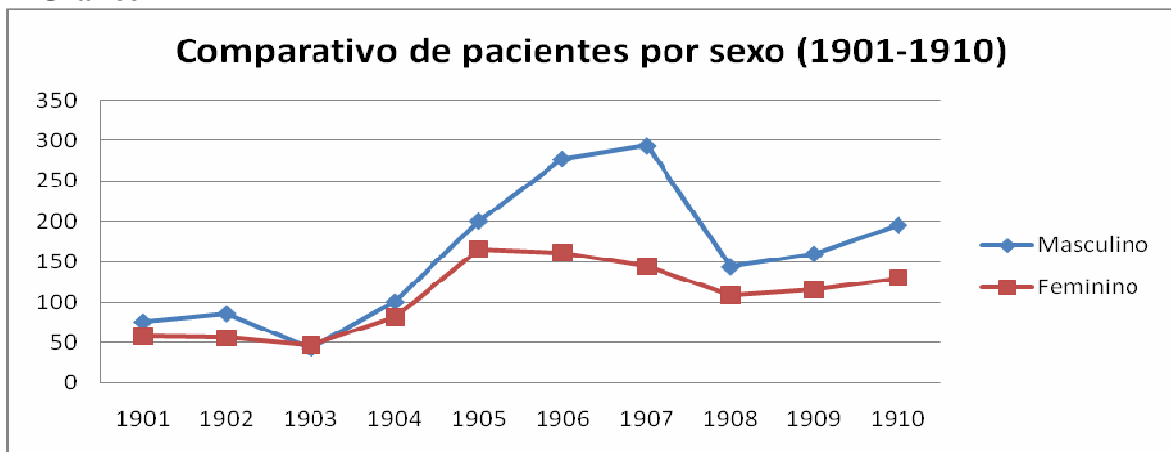


Gráfico nº23

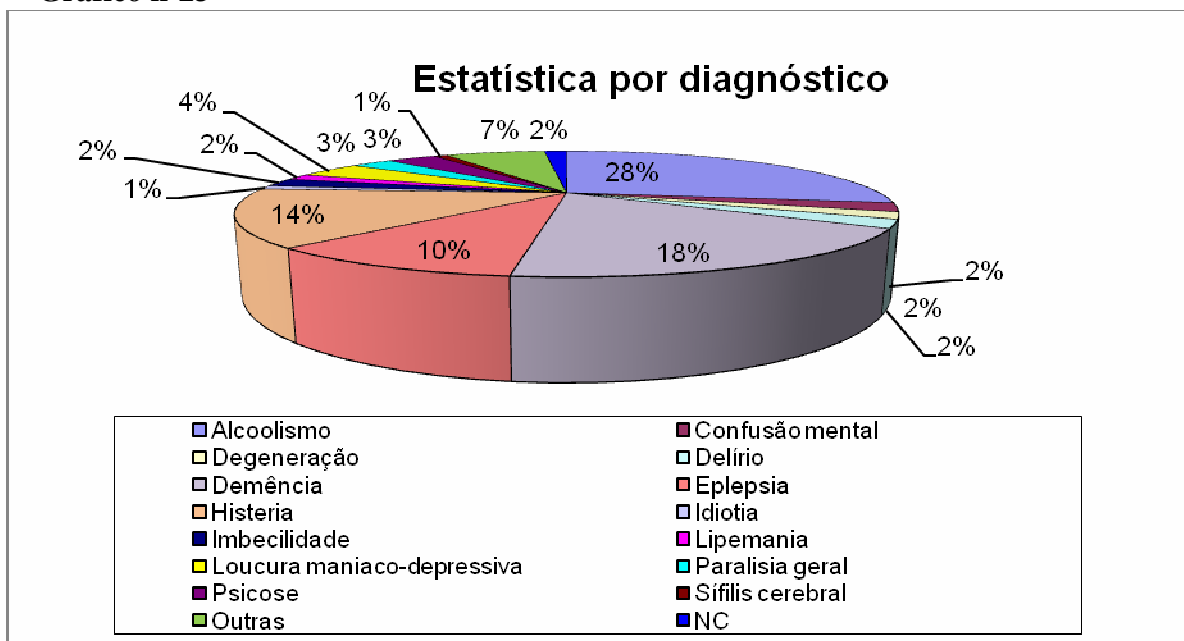


Gráfico nº24

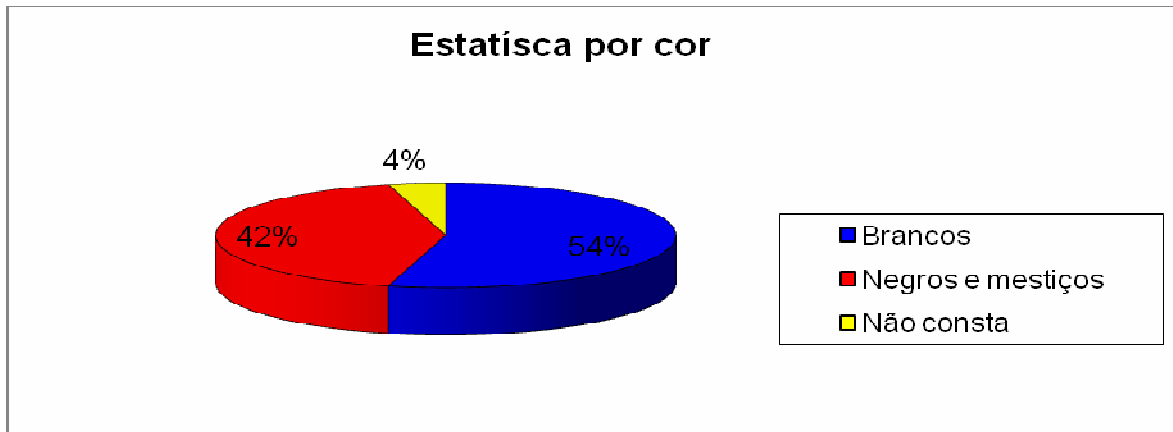


Gráfico nº25

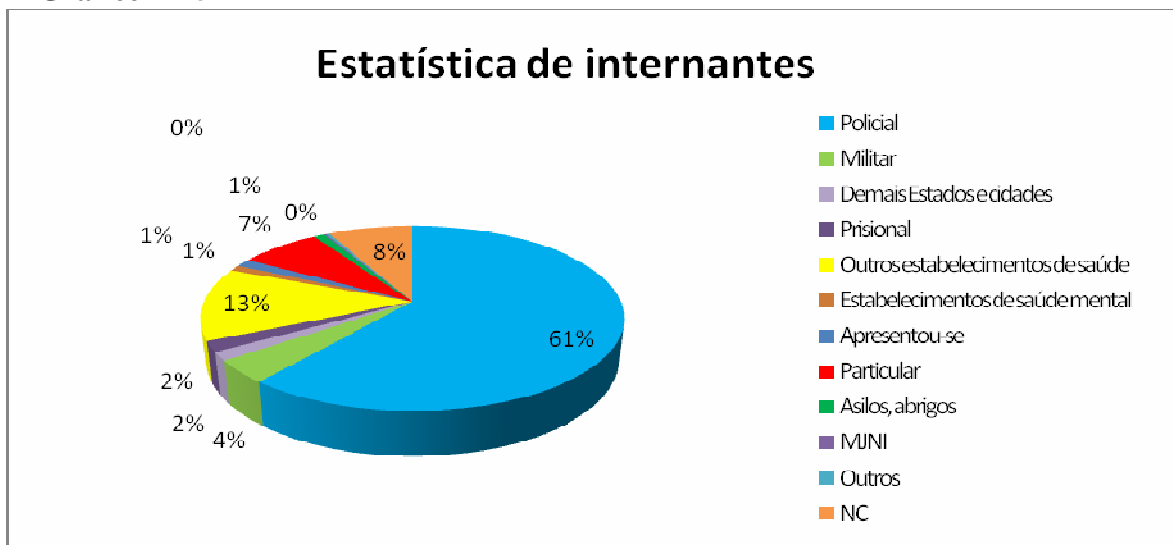


Gráfico nº26

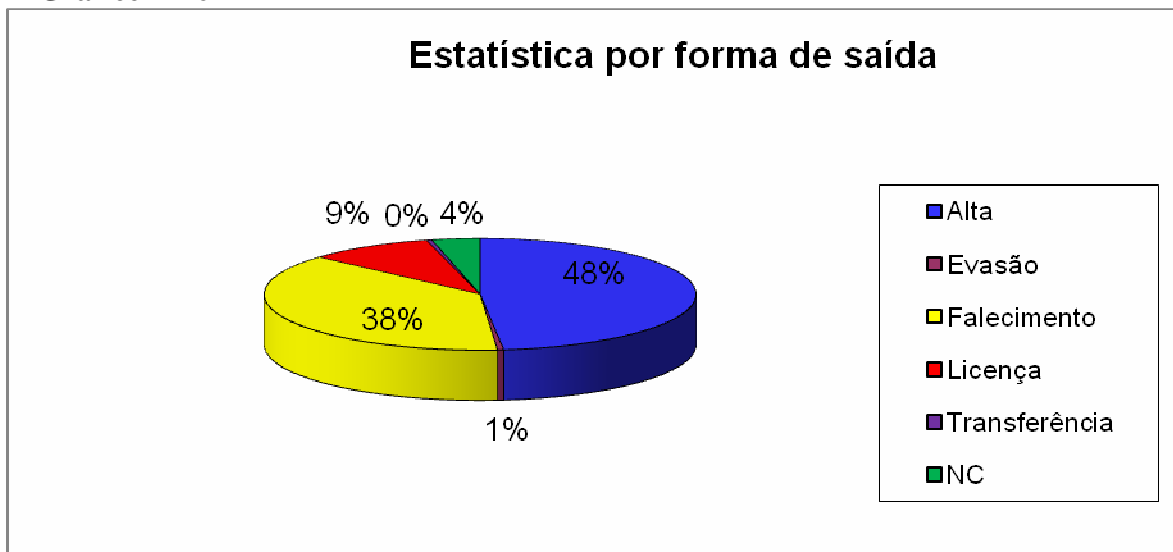


Gráfico nº27

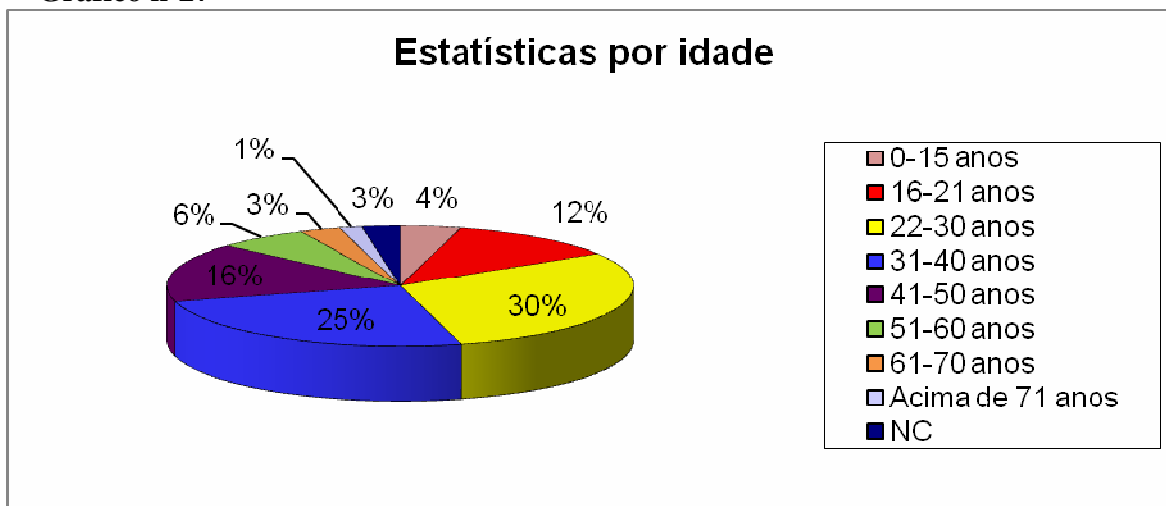
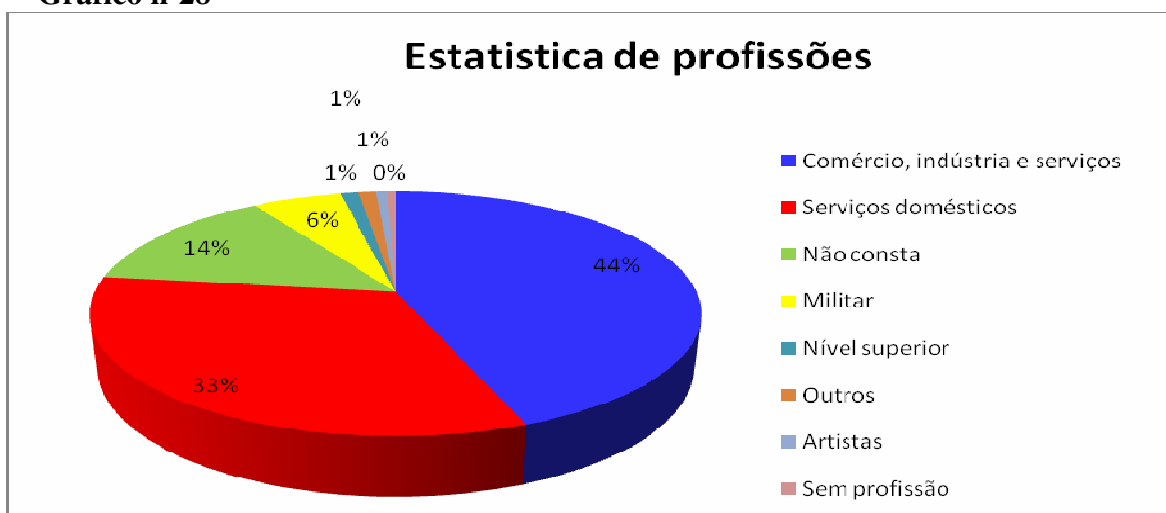


Gráfico nº28



A.2.3 – Comparativos estatísticos dos prontuários dos pacientes do Hospício Nacional de Alienados (1901-1910)

Gráfico nº29

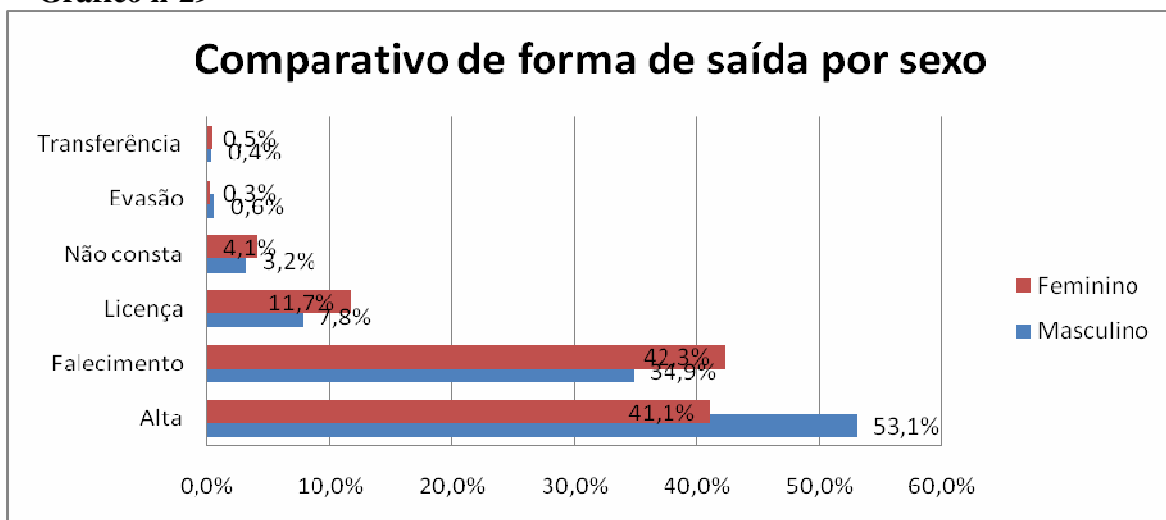


Gráfico nº30

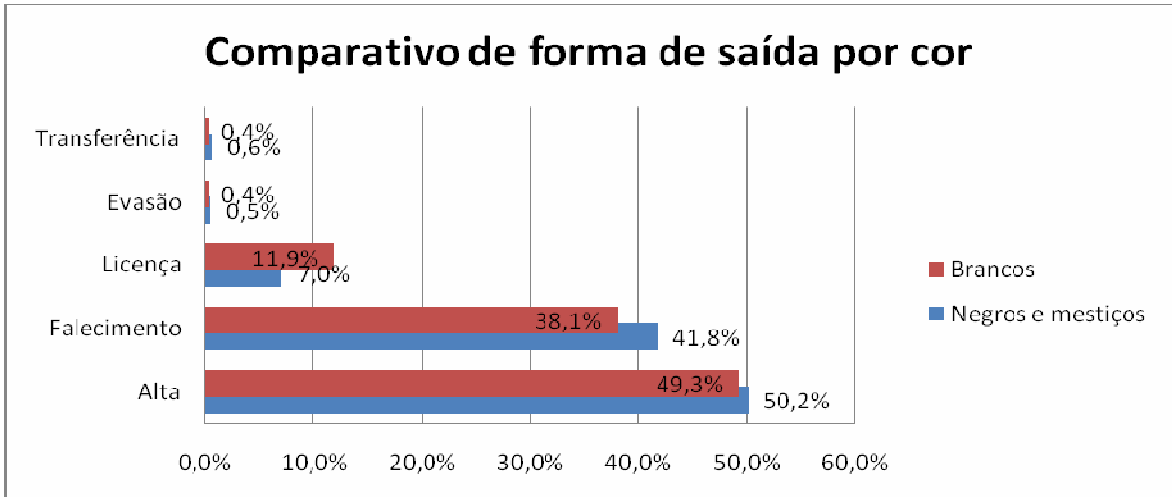


Gráfico nº31

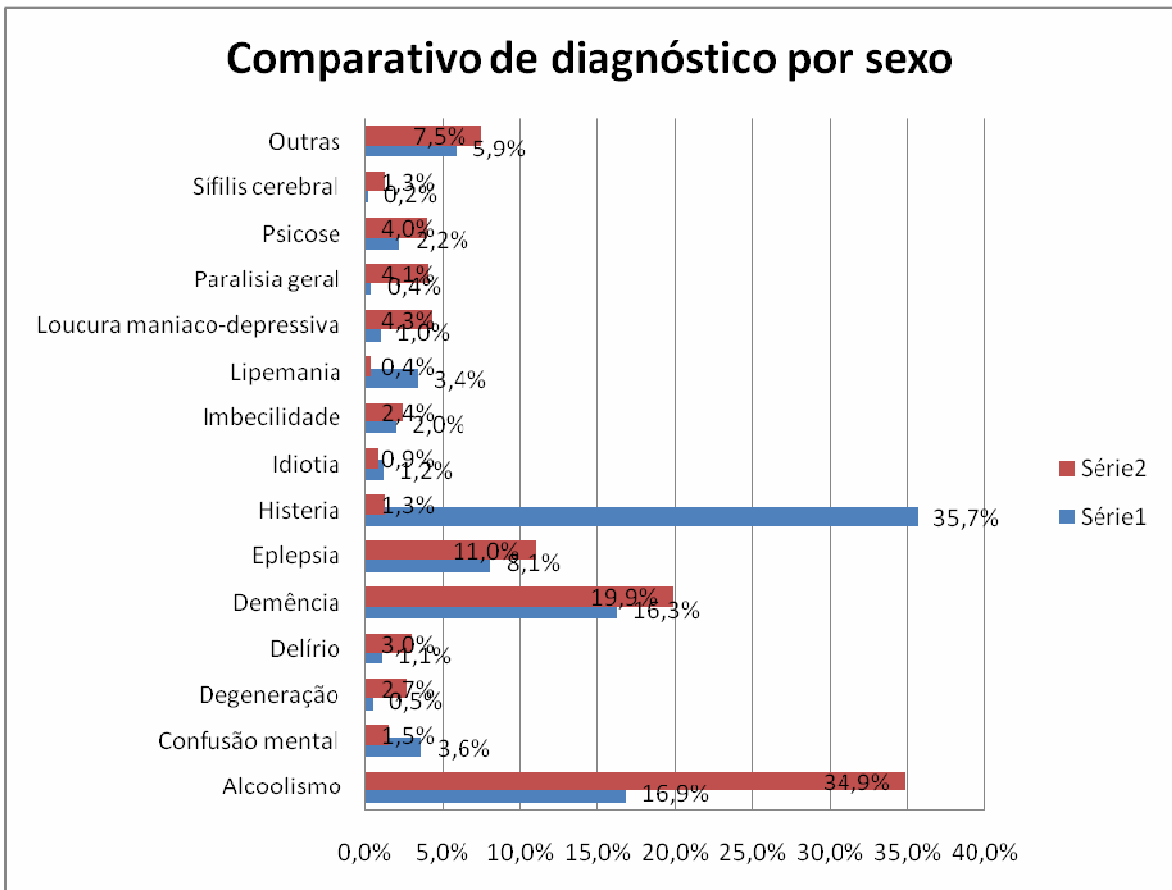


Gráfico n°32

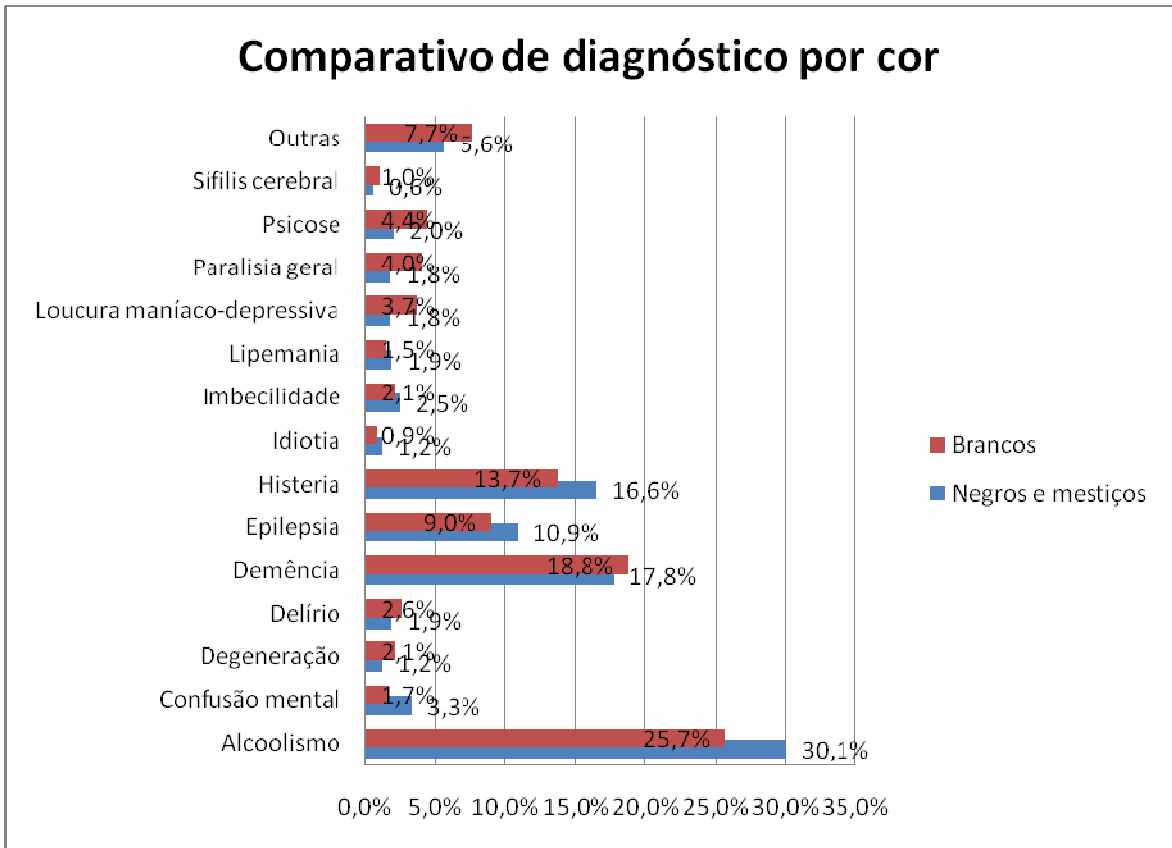


Gráfico n°33

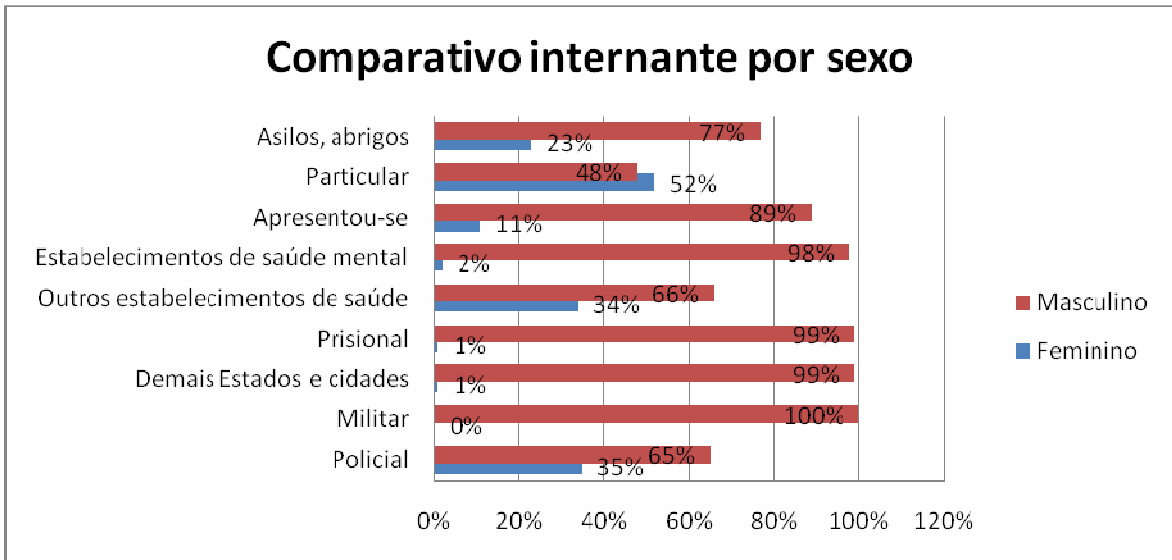


Gráfico nº34

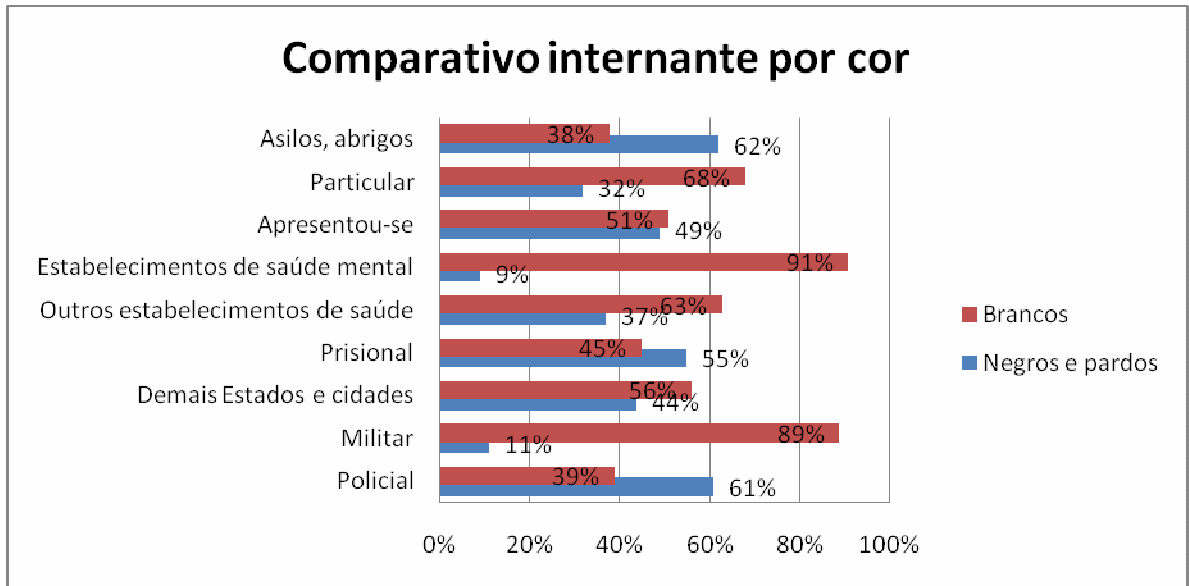


Gráfico n°35: Comparativo de diagnóstico por forma de saída

