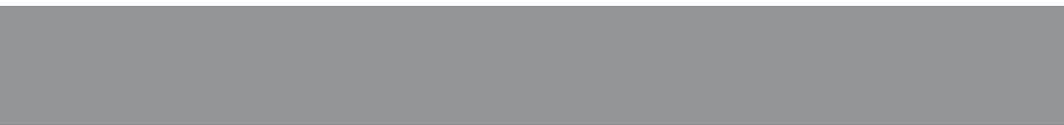


ANDRÉ MOTA
MARIA GABRIELA S. M. C. MARINHO
(ORGANIZADORES)

HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA: CIÊNCIA, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS DE UMA ESPECIALIDADE MÉDICA





André Seixas
André Mota
Afonso Carlos Neves
Daniel Martins de Barros
Daniela Kurcgant
Francisco Lotufo Neto
Gustavo Bonini Castellana
Gustavo Querodia Tarelow
Ianni Régia Scarcelli
Lia Novaes Serra.
Lilia Blima Schraiber
Lygia Maria de França Pereira
Manuel Correia
Maria Fernanda Tourinho Peres.
Maria Gabriela S. M. C. Marinho
Monica L. Zilberman
Paulo Silvino Ribeiro
Pier Paolo Pizzolato
Sandra Arruda Grostein
Sergio Rachman
Vera Cecília Machline

Coleção Medicina, Saúde & História

VOL. I

PRÁTICAS MÉDICAS E DE SAÚDE
NOS MUNICÍPIOS PAULISTAS:
A HISTÓRIA E SUAS INTERFACES

VOL. II

HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA:
CIÊNCIA, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS
DE UMA ESPECIALIDADE MÉDICA

VOL. II

HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA:
CIÊNCIA, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS DE UMA
ESPECIALIDADE MÉDICA

Coleção Medicina, Saúde & História

© 2012 by Prof. Dr. André Mota
Profa. Dra. Maria Gabriela Silva Martins da Cunha Marinho

Direitos desta edição reservados à Comissão de Cultura
e Extensão Universitária da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo – CCEX-FMUSP

Proibida a reprodução total ou parcial, por quaisquer meios,
sem autorização expressa da CCEX-FMUSP

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P912 História da Psiquiatria: Ciência, práticas e tecnologias de
uma especialidade médica / André Mota e Maria Gabriela
S.M.C. Marinho. -- São Paulo: USP, Faculdade de Medicina:
UFABC, Universidade federal do ABC: CD.G Casa de
Soluções e Editora, 2012

272 p. : il. ; 21 cm. (Coleção Medicina, Saúde e História, 2)

Vários autores
ISBN: 978-85-62693-11-3

1. Medicina – São Paulo (Estado) – História. 2. Medicina -
Psiquiatria – São Paulo (Estado) – São Paulo (Estado). I. Mota, André.
II. Marinho, Maria Gabriela S.M.C. III. Título.

CDD 610.98161

Imagem da capa
Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São
Paulo, 1959 - acervo do Museu Histórico "Carlos da Silva Lacaz" - FMUSP.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Prof. Dr. João Grandino Rodas
Reitor

Prof. Dr. Hélio Nogueira da Cruz
Vice-Reitor

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Prof. Dr. Giovanni Guido Cerri
Diretor

Prof. Dr. José Otávio da Costa Auler Junior
Vice-Diretor (Diretor em exercício)

COMISSÃO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Prof. Dr. José Ricardo C.M. Ayres
Presidente

Prof. Dr. Cyro Festa Neto
Vice-Presidente

SERVIÇO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Meire de Carvalho Antunes
Coordenação

MUSEU HISTÓRICO "PROF. CARLOS DA SILVA LACAZ"

Prof. Dr. André Mota

Coordenação
Clebison Nascimento dos Santos
Conservação

Maria das Graças Almeida Alves
Secretaria

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Dr. Marcos Fumio Koyama
Superintendente

FUNDAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA

Prof. Dr. Flávio Fava de Moraes

Diretor Geral
Prof. Dr. Yassuhiko Okay
Vice-Diretor

EDITORA

CD.G. Casa de Soluções e Editora
Gregor Osipoff
www.cdgc.com.br

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	9
---------------	---

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

PARTE 1

HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA: VÍNCULOS, INTERFACES E CONEXÕES DE UMA ESPECIALIDADE MÉDICA.....	9
---	---

A 1ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PSICOCIRURGIA E A INFLUÊNCIA DOS CIENTISTAS BRASILEIROS NA ATRIBUIÇÃO DO PRÊMIO NOBEL A EGAS MONIZ.....	11
Manuel Correia	
Maria Gabriela S.M.C. Marinho	

A CONSTRUÇÃO DO CORPO PSIQUIÁTRICO.....	29
Afonso Carlos Neves	

PARACELSO E AS CAUSAS DAS DOENÇAS QUE AFETAM A RAZÃO	43
Vera Cecília Machline	

HISTERIA: CONSIDERAÇÕES HISTORIOGRÁFICAS E PERIODIZAÇÃO DAS CRISES HISTÉRICAS.....	57
Daniela Kurcgant	

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE: HISTÓRIA DO DIAGNÓSTICO.....	73
Gustavo Bonini Castellana	
Daniel Martins de Barros	

JACQUES LACAN - DA PSIQUIATRIA À PSICANÁLISE: UMA ESCOLHA PELO INCONSCIENTE	85
Sandra Arruda Grostein	

MANICÔMIO JUDICIÁRIO DA BAHIA: DA CONSTITUIÇÃO A PRÉ-REFORMA PSIQUIÁTRICA	97
Maria Fernanda Tourinho Peres	

A PSIQUIATRIA NA ÉPOCA DE LIMA BARRETO.....	125
Sergio Rachman	
Francisco Lotufo Neto	

PARTE 2

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA EM SÃO PAULO: CONTEXTOS E ABORDAGENS	143
---	-----

UM MÉDICO, UMA IDEIA E UM HOSPITAL: DR. FRANCO DA ROCHA E A CONCEPÇÃO DO JUQUERY.....	145
Paulo Silvino Ribeiro	

A CONTRIBUIÇÃO DA ARQUITETURA PARA O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO COMEÇO DO SÉCULO XX: A EXPERIÊNCIA FRANÇA-BRASIL	159
Pier Paolo Pizzolato	
O INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS – FMUSP.....	177
André Seixas	
Monica L. Zilberman	
ESCOLA PACHECO E SILVA: PROPOSTAS PARA A INFÂNCIA PAULISTA.....	191
Lia Novaes Serra	
Ianni Régia Scarcelli	
PSIQUIATRIA EM CONVULSÃO: A CARDIAZOLTERAPIA E A INTRODUÇÃO DA ELETROCONVULSOTERAPIA NO HOSPITAL DE JUQUERY (1936 – 1950).....	213
Gustavo Querodia Tarelou	
MEDICINA E PSIQUIATRIA EM SÃO PAULO NOS ANOS DE 1930-1940: O CASO DAS MULHERES DO JUQUERY.....	229
André Mota	
Lilia Blima Schraiber	
MODELOS E FINALIDADES DA TERAPÊUTICA PSIQUIÁTRICA NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX – UMA HISTÓRIA DO INÍCIO DO USO DOS NEUROLÉPTICOS NO ESTADO DE SÃO PAULO	243
Lygia Maria de França Pereira	
SOBRE OS AUTORES.....	265

PREFÁCIO

“A psiquiatria sempre ocupou uma posição especial no conjunto da ciência médica e da arte médica de curar – assim como a medicina no conjunto das outras ciências. Como arte de curar, ela se sempre se encontra apenas no limite da ciência e vive de sua indissolúvel relação com a práxis” (Hans-Georg Gadamer).

Com essas palavras Hans-Georg Gadamer iniciou uma conferência ministrada em um Congresso de Psiquiatria, realizado em 1989 em São Francisco, EUA. Em sua exposição, o filósofo alemão chamou a atenção para o fato de que, talvez mais do que em qualquer outra especialidade médica, na Psiquiatria são muito imediatamente articuladas as relações entre a normatividade emanada das formas de sociabilidade humana em dado tempo e local e os padrões de normalidade/anormalidade e, portanto, de intervenção médica, expressos em seus conceitos e práticas. Ao menos desde a obra de Michel Foucault, aponta Gadamer, tomamos consciência dessa intimidade entre os horizontes normativos das sociedades modernas e as bases proposicionais e tecnológicas do saber e do fazer psiquiátrico, levando aos seus limites máximos esse traço que, de resto, caracterizará a medicina de modo geral.

Tal situação não é difícil de ser compreendida, se consideramos que a psiquiatria é a especialidade médica que se debruça sobre o comportamento dos indivíduos e suas formas de interação. E não é essa a matéria prima da sociabilidade humana, da práxis humana, em sentido lato? Particularmente nas sociedades ocidentais, especialmente a partir dos processos de transformação sofridos na Modernidade, o viver cotidiano está apoiado em uma estreita interdependência material dos seus membros e em uma correlata necessidade de coordenar as interações intersubjetivas segundo padrões normativos generalizantes e rígidos, menos ou mais consensuados e controlados publicamente.

Nesse contexto, legitima-se a busca de estabelecimento de padrões de normalidade e anormalidade da psique humana, tomando por referência os fenômenos comportamentais positiva ou negativamente valorados nas relações sociais e buscando valer-se da autoridade do testemunho científico, isto é, das proposições (também socialmente) investidas do valor de verdade. Portanto, nem “inocente” desvelar de leis naturais, nem “maquiavélica” invenção de regras, como por vezes se (mal) entende as relações entre as ciências e sua normatividade social. O que a psiquiatria nos apresenta com radicalidade é a construção de regimes de verdade validados a partir e para formas determinadas de experiência social.

Ora, se assim é, a compreensão que possamos ter da Psiquiatria e de suas transformações ao longo do tempo não poderá ser alcançada apenas com o recurso a epistemologias formalistas, ao estudo das regras lógicas que caracterizam as suas verdades, as suas bases científicas. Precisaremos também, e especialmente, considerar o regime de validade que torna possível a formulação de determinadas proposições que, a partir de relações de necessidade lógica e

verificabilidade empírica, conformarão a base científica dos conceitos e práticas psiquiátricos. É a práxis, portanto, que deve ser chamada a esclarecer a lógica e a evidência da psiquiatria.

Mas a práxis, qualquer práxis, não revela os seus sentidos na imediatez da experiência, ou seríamos todos espécies de deuses, senhores do nosso destino, oniscientes de nossas razões e motivações. Cecília Meireles já nos lembrava com sua poesia que nós e nosso mundo “somos um pequeno segredo sobre um grande segredo”. E é por isso mesmo que buscamos criar também sistemas de crenças para entendermos e nos entendermos sobre nossa práxis, baseados igualmente em regimes de verdade socialmente construídos e validados. Regimes com fundamentos e procedimentos diversos daqueles com que as ciências médicas, de modo geral, percrutam as estruturas e funções orgânicas em busca de suas regularidades e do controle sobre elas, mas igualmente conformando sistemas rigorosos, no sentido de que precisam disputar com argumentos e evidências validadas intersubjetivamente o valor de verdade que postulam. Estamos falando aqui das ciências humanas e, quando se trata de compreender as transformações da práxis ao longo do tempo, e o sentido prático dessas transformações, então estamos falando de história.

O corolário de tudo o que foi dito acima pode bem ser resumido em uma asserção: não há especialidade médica que necessite mais da história para sua compreensão do que a psiquiatria e, do mesmo modo, poucos conhecimentos serão tão felizes no flagrar das relações entre práxis social e ciências médicas do que a história da psiquiatria.

Por essa razão, é extremamente bem vindo esse segundo volume da coleção *Medicina, Saúde e História*, editado pelo Museu Histórico da Faculdade de Medicina da USP. Ao percorrer os quinze estudos desta “História da psiquiatria: ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica”, o leitor não terá dificuldade em reconhecer a íntima relação entre normatividade social e normatividade médico-científica, acima referida. Questões políticas, econômicas, culturais, institucionais, relações de gênero, relações de classe, tudo está ali, entremeando conceitos, instrumentos, métodos e personagens desta especialidade tão relevante na medicina de nossos dias. A leitura deste livro, certamente será fonte riquíssima de informações sobre nomes, instituições, teorias, tecnologias, fornecendo precioso material para o pesquisador especializado. Mas, acima de tudo, também para os médicos e profissionais de saúde de modo geral, ou simplesmente interessados nas práticas de saúde e na medicina, este livro será um poderoso convite a reflexões profundas sobre nossas ciências, nossas técnicas e nossas práticas sociais. Afinal, como nos ensinaram os grandes historiadores e filósofos da história, o conhecimento histórico não é mero relato de eventos, ele é uma forma de deixar-se interpelar pelo passado e, buscando explicá-lo, compreender o presente e compreender-nos no presente. Com efeito, nas palavras de Walter Benjamin: “irrecuperável é cada imagem do passado que se dirige ao presente sem que esse presente se sinta visado por ela”.

São Paulo, novembro de 2012.

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

PARTE 1
HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA:
VÍNCULOS, INTERFACES
E CONEXÕES DE UMA
ESPECIALIDADE MÉDICA

A 1ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PSICOCIRURGIA E A INFLUÊNCIA DOS CIENTISTAS BRASILEIROS NA ATRIBUIÇÃO DO PRÊMIO NOBEL A EGAS MONIZ

Manuel Correia
Maria Gabriela S.M.C. Marinho

INTRODUÇÃO

A história da ciência cruza-se com a história dos prêmios Nobel. Distinguindo os resultados científicos, quer do ponto de vista substancial quer do ponto de vista moral, a Fundação Nobel tornou-se uma das instituições que melhor ilustra a ancoragem das racionalidades modernas na ordem do mundo ocidental. O seu Prêmio, o galardão científico mais notável do Século XX, tornou-se num dos símbolos mais prestigiantes dessa nova ordem. As implicações filosóficas, sociais, políticas e culturais, remontam ao testamento de Alfred Nobel¹ e sobressaem, por vezes de forma controversa, nos processos de avaliação e distinção do mérito científico dos candidatos.

Alfred Nobel pretendeu condicionar o caráter das obras a premiar. Deveriam ser selecionadas de entre as que tivessem trazido o “maior benefício à humanidade” ou, no caso da literatura, premiar uma “obra extraordinária orientada para um ideal” ou, ainda, no caso do Prêmio da Paz, realçar os trabalhos que tivessem favorecido a “fraternidade entre nações”, reduzindo ou abolindo meios de guerra e promovendo iniciativas de Paz.

Na apreciação e julgamento do mérito científico recorre-se necessariamente, a par da descrição dos resultados apresentados como prova, ao relevo histórico social, ao reconhecimento setorial especializado, e ainda à expressão política de outros tipos de análise e avaliação, como celebrações e homenagens, prêmios e outras distinções que douram os currículos, preenchem biografias e elevam verticalmente a notoriedade dos visados.

Tudo isto porque o significado primário dos resultados é sempre necessário, mas não suficiente. A aprovação das ideias, a replicação das experiências, a avaliação dos métodos, instrumentos, tecnologias e impactos,

1 FANT, K. *Alfred Nobel. A Biography*. New York: Arcade Publishing, 1993, p.129.

constituem um processo complexo em que os méritos, as oportunidades, as alianças e os recursos são decisivos.

A problemática da atribuição dos prêmios Nobel oscilou sempre entre uma interpretação mais ou menos solta do testamento de Alfred Nobel, que estatuiu critérios pró-humanistas desenhando um perfil de premiado condicionado por valores (orientação para a felicidade e bem-estar do gênero humano, fraternidade entre as nações, desarmamento e Paz) e um peso de fatores institucionais que contrariaram cláusulas do testamento ou exploraram de modo muito discutível os espaços de omissão ².

Saliente-se que a norma de reserva e classificação secreta dos processos até passarem cinquenta anos sobre a atribuição dos prêmios, não decorre do testamento mas de acertos institucionais que os executores da vontade do benemérito vieram a adotar. Um dos últimos acertos de que há memória estabeleceu que somente passados cinquenta anos sobre a atribuição de um dado prêmio, o acesso às principais peças do respectivo processo deve ser permitido. Isto significa que a Fundação Nobel e os diferentes Colégios que concorrem para a atribuição dos prêmios impedem, através da cláusula de reserva, o escrutínio em tempo útil por qualquer entidade externa.

A regra do segredo contraria a transparência e abertura que idealmente se ligam ao *ethos* dos cientistas ³, conferindo um poder indisputável ao Comitê Nobel e adiando por meio século qualquer apreciação alternativa. Não está em causa o poder de premiar, mas sim e claramente o poder de impedir que as linhas de argumentação subjacentes se exponham atempadamente à concordância ou discordância públicas.

Na história da atribuição do Prêmio Nobel, obviamente indissociável da história do Século XX, todos esses planos de apreciação e julgamento do mérito se interligam e conjugam.

Os fatores políticos, sociais e culturais disputam as apropriações e inscrições dos objetos científicos nos vários discursos, valorizando-os ou desvalorizando-os no decurso de longos processos. A história da atribuição do Prêmio Nobel da Fisiologia ou Medicina a Egas Moniz, em 1949, exemplifica com particular acuidade esses jogos de forças.

Ainda que muita da documentação atinente continue inacessível ou dispersa, a parte já conhecida permite alinhar o conjunto de observações a seguir exposto. Convocamos para o nosso texto esse conjunto de fatores que se interligam e conjugam, dando um destaque especial ao papel desempenhado pelos cientistas brasileiros no apoio à marcha de Moniz para o Prêmio ⁴.

2 Vide versão completa do testamento de Alfred Nobel online “Full text of Alfred Nobel’s Will”. Nobelprize.org. 11 Jul 2011 <http://nobelprize.org/alfred_nobel/will/will-full.html>.

3 Apesar da relativa ingenuidade da formulação, acode-nos a referência à codificação mertoniana dos valores universalista, comunista (depois “comunalista”), desinteresse e ceticismo organizado, contra os quais colide, em nossa opinião, a reserva e o secretismo oficializados pela Fundação Nobel. MERTON, R. **The Sociology of Science**. Chicago: The University of Chicago Press, 1973, p. 270 e sgts.

4 Uma análise mais detalhada sobre o Chefe da Delegação Brasileira, Antonio Carlos Pacheco e Silva encontra-se desenvolvida na última parte deste artigo.

Sumariamente, passaremos em revista as nomeações para o Prêmio Nobel de que Egas Moniz foi objeto desde 1928, apontando o contraste patente entre o regulamento do Prêmio e os procedimentos adotados ou, mais estritamente, entre uma capacidade de nomeação credenciada e individualizada, e as múltiplas formas, coletivas e promocionais de contornar as normas regulamentadas.

Na construção da notoriedade científica de Egas Moniz com vista à obtenção do Prêmio Nobel, a realização da 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia de Lisboa, em 1948, constituiu um marco estratégico fundamental. Aí se destacou também o grupo de cientistas brasileiros cuja influência se irá inscrever no espaço mediático e, por fim, em cada uma das nomeações que se seguiram.

Dada a circunstância de, nessa altura, a produção bibliocientífica relativa à leucotomia e à lobotomia acusar um decréscimo pronunciado e continuarem a surgir, mesmo na equipe de Moniz, algumas advertências pertinentes contra o método primitivo⁵, a persuasão do Comitê Nobel quanto ao potencial terapêutico da leucotomia em “certas psicoses” configura o efeito de uma eficaz articulação de meios para afirmar, no sentido lato, o mérito científico de Moniz, negando-lhe a excelência da sua invenção mais consensual — a Angiografia Cerebral — e premiando-lhe a já nesse tempo mais controversa — Leucotomia pré-frontal.

Nesta curta síntese de histórias, os tiques e os sotaques dos cientistas, tornam-se tiques e sotaques da ciência nos seus fluxos transatlânticos.

AS NOMEAÇÕES ANTERIORES:

Quem se der ao trabalho de comparar o processo do Prêmio Nobel da Medicina ou Fisiologia de 1949 com os dos anos anteriores em que Egas Moniz foi também nomeado, verá que, entre outras evidências, sobressai uma forte presença e apoio de cientistas brasileiros. Moniz fora nomeado até aí por 4 vezes (em 1928, 1933, 1937 e 1944), sempre por colegas portugueses e, em 1944, unicamente pelo seu discípulo e amigo americano (norte americano, de fato) Walter Freeman.

Sendo certo que as nomeações não explicam tudo no processo, pois a receptividade do Comitê Nobel e os pareceres dos relatores, ao recomendarem, ou não, o candidato para o prêmio, são de uma importância decisiva, a verdade é que, sem nomeadores credenciados, os aspirantes ao prêmio morrem na praia, não chegando sequer a poder ser considerados candidatos.

Numa versão abreviada do processo de nomeações de Egas Moniz, recorde-se a estreita relação entre a Angiografia Cerebral, na sua fase

5 Ver: FURTADO, D. Réflexions sur la lobotomie. *Jornal do Médico*. Nº 351, Vol. XIV, 1949. p. 398. Ver também: LIMA, A. A técnica cirúrgica da leucotomia cerebral (1). *A Medicina Contemporânea*, Ano LXVII, 1949, Julho, nº 7, pp. 267-271.

arteriografia e a 1ª nomeação para o Prémio Nobel, em 1928. A publicação dos resultados da Arteriografia Cerebral ⁶ havia sido feita em Paris cerca de seis meses antes. O método estava ainda insuficientemente testado. Foram nomeadores de Egas Moniz, nesse ano, Azevedo Neves e Bettencourt Raposo ⁷. Familiarizados, política e culturalmente, com o nomeado, utilizam, no entanto, designações diferentes para a invenção que servia de base às nomeações. Enquanto Neves invoca a “*encéphalographie artérielle*”, Raposo refere-se à “*radioartériographie artérielle*”. Esta imprecisão terminológica é apenas um dos aspetos da novidade diagnóstica.

O membro do Comitê Nobel encarregado da avaliação, Hans Christian Jacobaeus, num curto relatório, após uma descrição sumária do método e de uma ponderação meteórica dos resultados obtidos, enfatiza os inconvenientes para o paciente, sublinhando que

“A injeção da solução de iodo é dolorosa, sendo por isso necessário administrar morfina ou atropina antes da operação. Nestas condições, parece que as dores são suportáveis. Num dos casos surgiram convulsões durante três minutos depois da injeção” ⁸.

Em 1933, Moniz volta a ser nomeado para o prémio. Os nomeadores, Lopo de Carvalho e Salazar de Sousa enaltecem, a então chamada, “Encefalografia Arterial”. O primeiro desenvolveu com a equipe de Moniz a Aortografia ⁹, de que dá testemunho circunstanciado na sua carta de nomeação; o 2º, eminente fundador da escola de Pediatria de Lisboa, concentrou-se na produção bibliocientífica relacionada com a Encefalografia. A terminologia ainda não está bem assente.

OS SOTAQUES...

É assim que chegam a Estocolmo as cartas assinadas por Ernesto de Sousa Campos, Jayme Regallo Pereira e Renato Locchi ¹⁰, datadas de entre

6 Recorde-se que na primeira fase (1927-1931) o método era chamado Encefalografia Arterial ou Arteriografia Cerebral. O facto de a visualização abranger apenas o sistema arterial justificava ambas as designações. Só mais tarde, a partir dos anos 30 com a aplicação do torotraste foi possível obter radiogramas dos subsistemas venoso e arterial, passando-se então à denominação de Angiografia Cerebral.

7 Ver cópias do processo em CORREIA, M. 2011. **Egas Moniz: Representação, Saber e Poder**. Tese de Doutoramento. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Anexos, 2011, p. 61-64. Acesso em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/15509>.

8 JACOBÆUS, H.C. Documento 1 – Avaliação da Candidatura de Egas Moniz em 1928. In: CORREIA, Manuel. **Egas Moniz e o Prémio Nobel**, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006, p. 104.

9 Aplicação à aorta e aos seus principais ramos, após injeção, de um contraste radiopaco.

10 ...que se associaram aos portugueses António Flores, Henrique Barahona Fernandes, João Avelar Maia de Loureiro, Leonardo de Sousa Castro Freire, Augusto Celestino da Costa, e ao dinamarquês Eduard

Dezembro de 1948 e Janeiro de 1949. Ernesto e Jayme redigem as suas missivas num inglês telegráfico de cerca de 20 linhas cada; Renato escreve em alemão e explicita um pouco mais as razões da nomeação. A brevidade dos respectivos textos impressiona. Jayme Regallo Pereira alude a outros nomeadores da sua universidade que com certeza, segundo julga saber, se alongarão mais do que ele nos pormenores acerca da obra científica de Moniz. O concerto luso-brasileiro é ingênua e ostensivamente assumido.

Uma vez assegurada a cooperação científico-diplomática, coube aos nomeadores portugueses a explanação mais circunstanciada dos méritos científicos do nomeado. A carta de nomeação assinada por António Flores ocupa seis páginas e anexa exemplares das obras mais significativas de Moniz; a carta de Barahona Fernandes leva sete páginas. Flores e Fernandes escrevem em francês.

Para além da convicção que, enquanto nomeador, Flores põe na indicação dos méritos científicos de Moniz, dedicando 3 páginas à Angiografia e 2 páginas e meia à Leucotomia, aponta igualmente o quanto esse convencimento foi partilhado em encontros internacionais recentes: a reunião da Sociedade de Neurocirurgias Britânicas, em Abril de 1947, e a 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia, em Agosto de 1948, ambos realizados em Lisboa 11.

A carta de Barahona Fernandes tem uma estrutura idêntica à de António Flores. Salienta também o acolhimento internacional que as invenções de Moniz tiveram; sublinha o alargamento das aplicações angiográficas à Aortografia, Angiopneumografia e Linfografia, subentendendo, assim, a ideia da criação de uma Escola da Angiografia, e salientando que a leucotomia também demonstrara a sua eficácia no tratamento da dor crônica¹².

O mesmo Egas Moniz, que fora nomeado em 1928, 1933 e 1937, de cada uma das vezes, por dois cientistas portugueses, e em 1944 apenas por Walter Freeman, fazia agora chover sobre o Comitê Nobel nove cartas de nomeação oriundas de três países (Portugal, Brasil e Dinamarca) e dois continentes (Europa e América).

Tudo isso não passava, porém, do término de um processo conduzido ao longo de vários anos. A documentação disponível aponta uma circunstância muito relevante: Egas Moniz estava ativamente interessado (muito empenhado) em conseguir o Prémio. Sabia perfeitamente que, a par do mérito científico, vencer os últimos obstáculos exigia um trabalho ciclópico de militância persistente, convergência maximizada de boas vontades, pondo poderes à prova e procedendo a alguma coordenação nos bastidores.

Por isso se encontram pistas dessa diplomacia intensa na colocação dos seus discípulos em estágios e visitas de estudo; realização de encontros com

Busch, na nomeação de Egas Moniz para o Prémio Nobel da Fisiologia ou Medicina do ano de 1949.

11 CORREIA, M, 2011. **Egas Moniz: Representação, Saber e Poder**. Tese de Doutoramento. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Anexos. p. 125.

12 CORREIA, M, 2011. **Op. Cit.** p. 131-137.

membros do Comitê Nobel e, a culminar um laborioso e estratégico esforço promocional, a organização em Lisboa dos dois conclaves que alguns dos nomeadores referem nas suas cartas endereçadas ao Instituto Karolinska.

Nesse conjunto de realizações orientadas para o mesmo fim, a 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia foi a pedra de toque que polarizou a atenção dos observadores, conferindo a Moniz e à Psicocirurgia, no cimo da notoriedade obstinadamente construída, o ponto irradiante — o evento por excelência.

Os cientistas portugueses dirigem-se aos suecos em francês; o nomeador dinamarquês, na sua própria língua. Tal como lembramos anteriormente, dois dos cientistas brasileiros expressam-se em inglês e o terceiro em alemão. Sob as flutuações terminológicas que acusam alguma desatenção por parte de dois dos nomeadores brasileiros (Ernesto Sousa Campos e Jayme Regallo Pereira) detecta-se uma onda de fervor solidário com o desiderato geral: guindar Egas Moniz às alturas de um Nobel.

A Academia de Ciências de Lisboa, pela mesma altura, endereça uma carta ao Instituto Karolinska, por intermédio da Legação Sueca de Lisboa, informando acerca da aprovação de uma moção em que Egas Moniz era recomendado para o Prêmio Nobel¹³. Assinava a carta o Presidente da Academia e amigo dileto do visado, Júlio Dantas, que dava assim ensejo a que se pensasse que o Presidente da Academia de Ciências de Lisboa desconhecia o regulamento do Prêmio Nobel. É isso mesmo que lhe é dito na volta do correio. G. Liljestrang, Secretário do Comitê Nobel, em carta de 20 de Abril de 1949, recorda que a faculdade de nomear anualmente cientistas para o prêmio está restringida aos membros da Assembleia Nobel e aos cientistas expressamente credenciados por carta convite, citando os artigos apropriados do regulamento. A diligência de Júlio Dantas deveria, portanto, ser considerada de nulo efeito.

A verdade é que, contornando regulamentos, ortografias, línguas e sotaques, a ciência abria os seus caminhos de reconhecimento.

Confortado, Egas Moniz agradece a Júlio Dantas em 26 de Abril de 1949, numa curta mensagem manuscrita, “as diligências com que se dignou honrar-me junto da Legação da Suécia”¹⁴.

OS TIQUES

O ano da jubilação de Egas Moniz assinala uma intensificação nas manifestações internacionais de apreço pelo alcance dos seus trabalhos

13 A Legação Sueca de Lisboa acusa a receção em 21 de Abril de 1949, informando que a “candidatura” fora remetida às “autoridades suecas competentes”. Gustaf Weidel, que assina o ofício, parece também desconhecer, nessa altura, o regulamento do Prémio Nobel...

14 Cartão manuscrito assinado por Egas Moniz. Academia das Ciências de Lisboa. Processo de Egas Moniz. Cx. 2.

científicos. Após ter sido nomeado por Walter Freeman no ano da sua Jubilação (1944), seguem-se, em catadupa, o Prêmio de Oslo ao “adolescente de 70 anos”; a Grã-Cruz da Ordem de Santiago de Espada com que é agraciado pelo Presidente da República (1945); os acertos com Walter Freeman e outros com vista à realização da 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia em Lisboa; um documento de 15 de Outubro, da Academia de Ciências de Lisboa, elegendo Moniz sócio de Mérito, fazendo já referência ao Nobel (1946); a reunião em Lisboa da Sociedade de Neurocirurgiões Britânicos (1947); a realização da 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia (1948) e, finalmente, o Prêmio Nobel (1949).

Em todo esse processo, o talento político do cientista-diplomata quer relativamente ao Estado Novo Português quer na gestão dos contatos internacionais foi notável.

O anúncio de que o Senado da Universidade de Oslo, sob a proposta do neurologista norueguês Monrad Krhon lhe descerrara um prêmio foi um sinal de que esse poderia ter sido o mais alto galardão que os escandinavos estariam dispostos a dar-lhe a propósito da Angiografia Cerebral. O orgulho fundacional da escola sueca de Neurorradiologia, cujo desenvolvimento se encontrava intimamente ligado às gentes do Instituto Karolinska, absorvera a primeira invenção de Moniz logo na fase arteriográfica e apagara a sua originalidade através de uma adoção silenciosa seguida da autoria de várias contribuições incrementais para o seu aperfeiçoamento¹⁵. É essa atitude sobranceira da escola sueca de neurorradiologia e da sua influência direta na elaboração dos critérios de avaliação do Comitê Nobel, que ajuda a explicar em grande parte a doutrina que os sucessivos avaliadores das nomeações de Moniz para o prêmio foram expendendo ao longo dos anos, com uma inflexibilidade extraordinária. Moniz e os seus próximos terão compreendido, então, que a haver Nobel, este não lhe iria ser atribuído contra o bloco influente da escola de neurorradiologia sueca.

De qualquer modo, Moniz, Flores, Lima e Freeman encetam imediatamente depois do anúncio do Prêmio de Oslo dado a Moniz pela Angiografia, em 1945, os preparativos com vista à 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia. A cerimônia de entrega do Prêmio de Oslo acaba por ser adiada para o início de 1946. Em 1947, a realização da reunião da Sociedade de Neurocirurgiões Britânicos em Lisboa, insere-se já no rol de ações cujo planeamento incluiu o primeiro conclave da Psicocirurgia em 1948. A oportunidade reveste o caráter de uma homenagem a Moniz, eleito Sócio Emérito no decurso da reunião e configurando, nos termos atribuídos ao secretário perpétuo da *Society of British Neurological Surgeons*, Geoffrey Jefferson, uma espécie de peregrinação dos britânicos a Lisboa¹⁶. O Governo de Salazar, por intermédio do Ministro da Educação Nacional,

15 Cf. LINDGREN, E e GREITZ, T. The Stockholm school of neuroradiology. In: **American Journal of Neuroradiology**, nº 16. February, 1995, p. 351-360

16 Ver também a este propósito MONIZ, E. **Confidências de um investigador científico**. Lisboa: Edições Ática, 1949, pp. 419-477.

Caeiro da Mata, dispôs-se a patrocinar o evento a dispensar-lhe facilidades oficiais.

Em 1947, Egas Moniz encontra-se com Herbert Olivecrona em Lisboa. A ocasião foi proporcionada por uma curta escala que o neurocirurgião sueco fez em trânsito para a América do Sul. Olivecrona, apesar de ter o tempo de escala contado, acede em dar uma curta conferência em Lisboa. Segundo Moniz, Olivecrona exhibe, em apoio da sua exposição, dois filmes: “um sobre a injeção a coberto da carótida interna para fins angiográficos; outro sobre a extração de um meningioma parassagital que foram muito apreciados”¹⁷. Esta passagem das suas *Confidências*... ilustra dois aspetos interessantes do processo de “nobelização”.

Por um lado, Moniz não perde nenhuma oportunidade de interagir com os membros do Comitê Nobel; por outro lado, o mesmo Olivecrona que abraçou a doutrina Nobel que consistia em não atribuir o prêmio a Moniz com base na Angiografia, exemplifica, num dos filmes apresentados em Lisboa, como a escola neurorradiológica de Estocolmo trabalha afincadamente no aperfeiçoamento da técnica angiográfica e como ele próprio, Olivecrona, está intimamente associado a essa escola.

AS INTUIÇÕES DE EGAS MONIZ

TREZE ANOS DEPOIS:

Cerca de doze anos após a primeira série de leucotomias, Egas Moniz rememora o “como” e o “porquê” da decisão de experimentar. Na linha do neuronismo radical de Miguel Bombarda, reduz a base anatómo-fisiológica da vida psíquica aos fluxos interneuronais, indicando o normal ou anormal funcionamento sináptico como explicação dos fenómenos comportamentais. A escolha dos lobos pré-frontais para local a lesionar teria a ver com a perspectiva evolucionista da cito-arquitetura cerebral e com deduções baseadas em numerosos casos de lesões acidentais observadas¹⁸.

Com essa intuição, Egas Moniz outorgou-se o livre-trânsito para fazer do cérebro dos humanos vivos um laboratório privilegiado onde, por tentativa e erro, se propunha tratar as doenças mentais, recorrendo ao arsenal técnico da neurologia na vertente neurocirúrgica com propósitos psiquiátricos.

A sua tese acerca da dinâmica cerebral com o foco psíquico nas sinapses não era verificável e a opção de interromper circuitos neuronais

¹⁷ MONIZ, E, 1949, *Op. Cit.* p. 481.

¹⁸ MONIZ, E. **How I came to perform prefrontal leucotomy.** Psychosurgery. 1st International Conference. Lisbon: (August 4th – 7th 1948) 1949, p. 15-21.

com as lesões que preconizava parecia afastar-se das preocupações com o que de fato se poderia passar nas sinapses.

Vivia-se então a controvérsia acerca da natureza do que mais tarde se viria a chamar neurotransmissores. Os trabalhos científicos que comprovavam a sua existência vinham dos princípios do século XX. No início dos anos 20 desse século, Otto Loewi comprovou a ação da acetilcolina (também utilizada nas terapias convulsivantes) identificada por Henry Dale por volta do início da I Grande Guerra, e o Prêmio Nobel da Fisiologia ou Medicina que fora atribuído a ambos em 1936 chamara necessariamente a atenção para o potencial das trocas energéticas (sobretudo químicas) que ocorriam nas sinapses.

Os resultados e as reflexões suscitadas sobre os neurotransmissores, anteriores às primeiras leucotomias e premiados pela Fundação Nobel no mesmo ano em que Egas Moniz publicou em Paris as suas “Tentativas Operatórias”, não foram, no entanto, equacionados pelos pioneiros da Leucotomia e da Lobotomia.

Sabendo embora da existência dos neurotransmissores e intuindo a sua importância, a investigação diretamente associada à clínica psiquiátrica e neurológica reunida na 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia devotou as atenções, sobretudo, ao balanço e discussão dos resultados de cerca de uma década de prática da leucotomia pré-frontal e suas, já então numerosas, variantes. O foco na neurocirurgia era a preocupação principal¹⁹ e os traços mais salientes das apresentações prendem-se com as inexplicadas e persistentes anomalias; a contestação do método primitivo; a crescente atenção às “alterações da personalidade”; e o reconhecimento de que as teorias adiantadas eram insatisfatórias.

A 1ª Conferência permite, pois, testemunhar que doze anos após o arranque, a leucotomia e suas derivadas debatiam-se numa crise profunda.

UM LOBBY MÉDICO E CIENTÍFICO:

A iniciativa do conclave inscreveu-se claramente numa dupla estratégia: demonstrar a influência mundializadora da Psicocirurgia num evento de caráter fundacional sublinhando o seu caráter neuropsiquiátrico, ao mesmo tempo que, estrategicamente, reforçava o *lobby* destinado a levar Egas Moniz ao Nobel.

A primeira sugestão terá partido de Walter Freeman que escreveu a Egas Moniz em 14 de Setembro de 1946 auscultando-o para o efeito. A

19 Só na 3ª Conferência Internacional (1972) o espaço concedido à problemática farmacológica associada aos neurotransmissores começa a tornar-se significativo. Ver SHUTE, C. C. D. Cholinergic pathways of the brain. In: LAITINEN, L. V; LIVINGSTON, K. **Surgical approaches in psychiatry**. 1st Edition. Baltimore: University Park Press, 1973, p. 282-292.

ideia fez caminho, mas face às múltiplas manifestações congratulatórias que Moniz ia recebendo (Reunião da Sociedade Britânica de Neurocirurgiões em Lisboa, em 1947), o adiamento da realização primeiro para Abril e finalmente para Agosto de 1948, foi, por isso, visto com bons olhos ²⁰.

O enquadramento político foi imponente com o Chefe de Estado Português e algumas figuras do Governo na sessão inaugural; a cobertura midiática foi generosa; e a apresentação de uma moção recomendando Egas Moniz para o Prêmio Nobel do ano seguinte, aprovada por “aclamação” na sessão final ilustra bem a componente estratégica. Se juntarmos à moção a disposição anunciada por alguns dos participantes em diligenciar junto das entidades estatais dos respectivos países para apoiar “diplomaticamente” essas nomeações para o Nobel ²¹, teremos o quadro quase completo desta parte da estratégia de *lobby*.

Todavia, apesar dos propósitos políticos do conclave serem óbvios, o conteúdo das comunicações apresentadas pelos delegados introduziu, na sua diversidade, numerosas notas dissonantes por contraponto à efusividade congratulatória cuja verve referimos.

NEM TANTO AO MAR...

Revelou-se assim um vivo contraste entre o plano de atuação simbólico e o plano da discussão das matérias em agenda que fez ressaltar um conjunto de observações críticas. Tais observações puseram em relevo as insuficiências do método, a inexactidão na interpretação dos resultados clínicos e as imprecisões teóricas de origem. Porém, em paralelo, manifestavam-se quase sempre os apoios ao prosseguimento das experimentações, as declarações de grande convicção quanto à orientação geral, a par de reiteradas propostas de alargamento da aplicação da leucotomia a outras patologias.

A questão dos efeitos colaterais indesejáveis, também chamada das “alterações da personalidade” foi chamada à colação em várias intervenções na Conferência de Lisboa. Praticamente desde o início, o problema das “alterações” foi alvo de várias advertências, que Egas Moniz minimizava ou desprezava, no que era acompanhado por Walter Freeman e outros entusiastas do método. Nesta 1ª Conferência, porém, o reconhecimento

20 Carta de Moniz a Freeman, de 26-12-1946. Cópias cedidas por Zbigniew Kotowicz, ao qual agradeço a gentileza.

21 Ver notícia desenvolvida no Diário de Notícias de 8 de Agosto de 1948, na página 2, com chamada de 1ª página: “Depois de lida a moção brasileira, o Dr. Matera, em nome dos delegados argentinos, afirmou que o governo do seu país se interessaria oficialmente pelo assunto. O prof. Wertheimer, em nome dos delegados franceses, disse estar certo que a Société de Neurologie de Paris, a mais categorizada instituição francesa da especialidade, apoiaria com todo o interesse a proposta apresentada. O prof. Freeman em nome da delegação norte-americana propôs que se enviasse ao Comité do Prêmio Nobel uma representação assinada por todos os membros do Congresso. No mesmo sentido de entusiástica aprovação se manifestaram os representantes das restantes delegações, sendo, por fim, a moção brasileira aprovada por aclamação.”

dessas alterações e a evidência da diminuição ou regressão do estado mental das pessoas operadas foram sublinhados por quase todos os intervenientes e apontada por muitos como um dos maiores inconvenientes do método. Uns limitavam-se a constatar a sua existência; outros propunham modificações do método com vista à redução dos embotamentos e alheamentos, dos decréscimos de tonicidade e das crises epiléticas.

Os riscos implicados na cirurgia foram recenseados em algumas comunicações: hemorragias e lesões imprecisas estariam na base dos tais efeitos indesejáveis que iam das afecções incapacitantes à mortalidade cujas taxas se agravavam à medida que se comparavam os resultados do pós-operatório com as catamneses.

A amenização dos sintomas, que por vezes se verificava, contrastava com a promessa inicial das supostas “curas” e mesmo com a eficácia no tratamento das doenças psiquiátricas designadas. A constatação de que a ansiedade em geral diminuía surgia em paralelo com a verificação de que, no caso das psicoses, o conteúdo permanecia inalterado; no caso das condições obsessivo-compulsivas apurava-se que os impulsos continuavam, mas o paciente por vezes encontrava uma resposta diferente; quanto à dor crônica, o paciente ainda sentia a dor, mas incomodava-se menos e conformava-se melhor com o seu estado.

As fragilidades teóricas em que, quer Moniz, quer Freeman baseavam a definição dos alvos a lesionar e a explicação para as modificações pretendidas, apesar de alguns dos participantes não parecerem particularmente interessados nelas, originaram discussões dum acentuado empenhamento técnico e científico.

O método e os alvos cirúrgicos ditados por Egas Moniz a Almeida Lima e outros tinham entrado em colisão com o desenvolvimento da neurocirurgia de crescente exigência quanto ao rigor, precisão e definições positivas. O desacordo de muitos neurocirurgiões com o método primitivo de Moniz e Lima, de Freeman e Watts, de Fiamberti (adotado mais tarde também por Freeman) foi significativamente sublinhado.

Finalmente, os excessos experimentalistas foram-se revelando quer em relação à idade dos pacientes ²², quer quanto à avaliação das indicações operatórias. No entanto, sob a reivindicação comum da necessidade de prosseguir as experiências, os investigadores aconselhavam o prosseguimento das tentativas, em busca de padrões e critérios mais sólidos.

Em face dos resultados apresentados e do exame crítico exercido por reputados psiquiatras e neurocirurgiões, a 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia permitia uma leitura cheia de recomendações e precauções que evidenciavam não apenas a necessidade de abandonar o método primitivo, como, também, de proceder a um reexame mais rigoroso da interpretação

22 Ver: YAHN, M; KRYNSKI, S; PIMENTA, A. M; SETTE JÚNIOR, A. **Sobre a leucotomia pré-frontal de Freeman e Watts em crianças.** Psychosurgery. 1st International Conference (August 4th – 7th 1948). Lisbon: Bertrand (Irmãos) Lda, 1949. 334 p. pp. 129 -145.

dos resultados revendo e desenvolvendo as bases teóricas que Egas Moniz, Walter Freeman e outros tinham, até então, trabalhado.

É essa leitura que, com gradações diversas, os próprios colaboradores de Moniz adotarão nos anos seguintes.

OBSTÁCULOS E FALHAS:

Os propósitos terapêuticos que Egas Moniz consignava para a Leucotomia pré-frontal constam do texto seminal “Tentativas Operatórias”²³ e anunciam uma eficácia distribuída por sete curas — “*Guérisons cliniques*” — sete melhorias consideráveis — “... *surtout de l’agitation psychomotrice*” — e seis sem alterações, numa amostra de 20 pessoas operadas²⁴.

Neste caso, além da exiguidade da amostra, o seguimento dos doentes operados era demasiado curto (menos de 1 ano) e as “curas” relevavam de um otimismo terapêutico fantástico. Doze anos depois, o panorama tornara-se muito diferente.

Vários dos trabalhos apresentados consideravam muito seriamente as alterações da personalidade, a imprevisibilidade das reações, a regressão geral e uma taxa de morbilidade e mortalidade que se agravava a prazo.

Na mesa redonda acerca dos resultados operatórios, os critérios de classificação dos resultados propostos por Walter Freeman e outros foram discutidos, postos em causa e diferentemente interpretados²⁵. Aí caíem as designações de “cura” previamente utilizadas por Moniz “por escrupulo de aplicar o conceito a doentes lesados no seu encéfalo”²⁶. Surge, também, a categoria de “piorados” que Freeman e outros propunham acobertar sob as designação de “Poor” no seu esquema simplificado e otimista da divisão dos resultados em “Good”, “Fair” e “Poor”.

O voluntarismo dos mimetizadores entusiastas (W. T. Peyton, Matera, T. de Lehoczky) deram a ideia de que o método, com algumas das limitações apontadas provara apesar de tudo. A eles devem juntar-se Edward Busch que veio a ser um dos nomeadores de Moniz para o Prémio Nobel de 1949, e Matos Pimenta que apresentou a comunicação sobre leucotomia em crianças, suscitando uma discussão viva de onde se concluiu que “só em casos desesperados deve ser usada a leucotomia”²⁷.

Os entusiastas inovadores (Cunningham Dax, Jacques Le Beau, M. Petersen, Carlos Barreto, Sjoqvist, Puech, Wertheimer, R. Carrillo, Barcala,

23 MONIZ, E. Tentatives opératoires dans le traitement de certaine psychoses. Paris: Masson, 1936, 248 p.

24 MONIZ, E. *Ob. Cit.*, p. 210.

25 Congresso Internacional de Psicocirurgia. In: *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Lisboa: Edição do Hospital Júlio de Matos. N.º1 (1949) p. 131-138.

26 Congresso Internacional de Psicocirurgia. In: *Anais Portugueses de Psiquiatria*. Lisboa: Edição do Hospital Júlio de Matos. N.º1 (1949) p. 137.

27 Idem, *ibidem*, p. 133.

J. Delay e Desclaux) mostravam-se empenhados em diversificar a técnica, evitar os impactos negativos, quer neurocirúrgicos quer neuropsiquiátricos, propondo intervenções seletivas, melhor definição dos alvos e mesmo abordagens alternativas. Vêm juntar-se a este grupo H. Wycis que fez a apresentação de um aparelho destinado à neurocirurgia estereotáxica e Scoville que propôs um método auxiliar de visualização com o intuito de evitar alterações da personalidade tão severas quanto as constatadas na leucotomia primitiva.

Os céticos (O. Odegaard e Diogo Furtado) expõem conjuntos de resultados que dos seus pontos de vista são desfavoráveis. Não propõem alternativas nem aperfeiçoamentos no método como os entusiastas inovadores.

A onda dominante é a dos inovadores. O esforço de melhorar radicalmente o método subentende um evidente inconformismo com a nebulosidade que envolvia a definição dos alvos, a técnica neurocirúrgica, a interpretação e explicação dos resultados.

Os entusiastas mimetizadores vinham na onda seguinte, mais baixa, mas ainda poderosa. Estavam atentos às inovações que iam surgindo, mas tinham-se fixado (pelo menos até então) nos procedimentos primitivos ou nas primeiras transformações introduzidas por Walter Freeman e Fiamberti. Saliente-se que apesar dos argumentos persuasivos trazidos à Conferência pelos Inovadores, o método primitivo continuou ainda a ser aplicado durante muito tempo.

No ano seguinte, Almeida Lima toma também posição contra o método primitivo exarando uma espécie de autocrítica, dado estar historicamente associado à gênese da leucotomia²⁸. A declaração de Almeida Lima, segundo a qual esse método deveria decididamente ser abandonado, pode ser tomada como a confirmação da crise. Tal como anunciará mais tarde noutra lugar, Lima, apesar de indicado por Moniz como um dos fundadores da Psicocirurgia, demarca-se afirmando que nunca fizera outra coisa que não fosse neurocirurgia(s)²⁹.

DEPOIS DO PRÊMIO:

Após a nobelização, ganham os laureados a faculdade de nomearem anualmente outros cientistas para o Prêmio, passando a pertencer, por inerência, à Assembleia Nobel. Logo em 1951, Egas Moniz, num gesto de aparente reciprocidade e sensibilidade, nomeou Manoel Dias de Abreu (1892-1962) para o Prêmio. O inventor da radiografia de ecrã fluoroscópico,

28 LIMA, A. A técnica cirúrgica da leucotomia cerebral (1). In: **A Medicina Contemporânea**, Ano LXVII, 1949, Julho, nº 7, p. 267-271.

29 LIMA, A. Platão – Bacon – Egas Moniz. A propósito do tratamento das doenças mentais. Separata. In: **O Médico**, nº 1142, Vol. XLVIII, 1973, p. 5.

também conhecida por “Abreugrafia” fora nomeado anteriormente, em 1946, por quatro concidadãos seus, e viria a ser nomeado outra vez em 1953.

A aclamação internacional que a invenção de Manoel Dias Abreu mereceu, ao tornar mais fácil e acessível o rastreamento das doenças pulmonares ³⁰ não foi suficiente para que o Comitê Nobel lhe visse mérito bastante. Mas o aperfeiçoamento de Egas Moniz relativamente aos seus pares do Brasil e o caráter intransponível da Escola de Radiologia de Estocolmo conheceram ainda este último desenvolvimento.

A rede de relações que Egas Moniz estabeleceu com os cientistas brasileiros foi grandemente atualizada e reforçada em 1928 quando visitou oficialmente o Brasil. O convite foi intermediado por Aloysio de Castro, Professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e então Diretor do Departamento de Educação Nacional. O próprio Moniz descreve pormenorizadamente a viagem e o ciclo de conferências que realizou, os contatos, os ambientes, sem esquecer o fato de sua esposa, Elvira, ser carioca. Na sua obra autobiográfica “Confidências de um investigador científico” dedica a essa primeira viagem dois capítulos inteiros ³¹.

Do Rio de Janeiro para São Paulo, a convite de Dias da Silva, travou conhecimento com numerosos cientistas e homens de letras. Pacheco e Silva, então à frente do Hospital Juqueri, evocá-lo-á em comunicação lida na Academia das Ciências de Lisboa ³².

Pacheco e Silva viria a ser, 20 anos após a visita de Egas Moniz ao Brasil, o autor e primeiro subscritor da moção recomendando Moniz para o Prêmio Nobel, que a delegação brasileira à 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia propôs e viu aprovada por unanimidade e aclamação.

Quando da comemoração do centenário do nascimento de Egas Moniz, em 1974, a situação política em Portugal tinha conhecido uma transformação radical. A revolução de 25 de Abril derrubara a Ditadura fascista. A turbulência social e psicológica decorrentes afetou intensamente tudo e todos. Pacheco e Silva, inicialmente convidado para o Centenário, acabou por se escusar, alegando que a confirmação do convite e o acerto final das datas lhe chegara demasiado tarde. Apesar disso, encaminhou para a Academia das Ciências de Lisboa a comunicação que foi lida na sessão plenária de encerramento das comemorações (28 de Novembro de 1974) por Almeida Lima.

Aí, num elogio envolvente, próprio da circunstância, recorda as qualidades do homenageado, discorre acerca da transformação diagnóstica

30 Ver: FENELON, S. Manoel de Abreu e o Dia Nacional da Abreugrafia. In: **Jornal Interação Diagnóstica**, Ano 1, nº 5, Dezembro 2001/Janeiro 2002, publicado em <http://www.imaginologia.com.br/extra/upload%20historia/Manoel-de-Abreu-e-o-Dia-Nacional-da-Abreugrafia.pdf> (acesso em 8 de Agosto de 2011)

31 MONIZ, E. **Confidências de um investigador científico**. Edições Ática, Lisboa, 1949, Cap. XI e XII, p. 129-150.

32 PACHECO e SILVA, A. C. Egas Moniz – sábio e mestre, grande amigo do Brasil. In: **Memórias da Academia das Ciências de Lisboa**. Classe de Ciências. Tomo IX, Lisboa, 1976.

que a Angiografia Cerebral trouxe à medicina, reservando para a leucotomia pré-frontal um parágrafo mais contido:

“A leucotomia cerebral — método terapêutico cirúrgico das doenças mentais, de indiscutível valor, sobretudo quando empregado com os cuidados necessários em casos em que outros tratamentos falham, representa, sem dúvida, um grande passo no campo da psiquiatria”³³

Esta moderação e cuidado no tratamento da leucotomia fazem sobressair a natureza institucional, diplomática e política da rede de solidariedades dos delegados à 1ª Conferência Internacional de Psicocirurgia de Lisboa. Como se os tiques e sotaques dos cientistas falassem um pouco mais alto do que a razão propriamente científica.

PACHECO E SILVA: APOIO EXPRESSIVO DO ESPECTRO CONSERVADOR

A recusa, e certamente o desconforto, de Antonio Carlos Pacheco e Silva em participar das comemorações do centenário de Egas Moniz no ambiente revolucionário de Portugal em 1974 guarda raízes profundas com sua própria biografia. Egresso de ramos aristocráticos das famílias tradicionais de São Paulo, Pacheco e Silva muito cedo assumiu posições de relevo nos dispositivos médico-científicos que se constituíram em São Paulo a partir do final do século XIX, entre eles o Hospital do Juqueri. Instalado em 1898, o hospital tornou-se uma das maiores instituições psiquiátricas da América Latina (MASIERO, 2003).

Em 1923, Pacheco e Silva assumiu a direção do Hospital com apenas 25 anos, e ali permaneceu até o início da década subsequente³⁴ Depois, em 1935, transferiu-se para a Cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na qual efetivou-se por concurso em 1936. Na Universidade de São Paulo, tornar-se-ia a principal referência acadêmica, institucional e política em torno da Psiquiatria paulista.

Em sintonia com a perspectiva de Egas, Pacheco e Silva transformou o “Hospital do Juqueri” em espaço de experimentação praticamente irrestrita,

33 PACHECO e SILVA, A. C. *Ob. Cit.* p. 119.

34 O médico elegeu-se como deputado para Assembléia Constituinte Nacional, no período de 1933 e 1934 - e também, posteriormente, em 1946. Em 1935, na Assembléia Constituinte Estadual. Ao longo desse período, manteve-se como membro atuante do Conselho Penitenciário do Estado de São Paulo, sucessivamente, conselheiro, vice-presidente e presidente do órgão. Assumiu em 1932 e 1933 a cadeira de Psiquiatria Forense na Faculdade de Direito.

em especial com as chamadas terapias biológicas (TARELOW, 2011). Ao lado de um trânsito privilegiado no interior das estruturas políticas e institucionais de São Paulo, Pacheco e Silva erigiu uma longa carreira científica que esteve marcada por uma bem urdida articulação internacional e um ostensivo engajamento no espectro mais radical do conservadorismo brasileiro. Assumidamente anticomunista (MARINHO, 2008) e eugenista (TARELOW, 2011), Pacheco e Silva manteve vínculos profundos com os militares brasileiros.

Major médico da Reserva, realizou curso de formação pela Escola Superior de Guerra (ESG) no Rio de Janeiro em 1958 e de Atualização na Escola Superior de Guerra em 1978. Após o golpe de Estado de 1964, compôs a sustentação civil ao regime de exceção: tornou-se ativo conferencista do complexo ESG-ADESG (Escola Superior de Guerra e Associação dos Diplomados pela Escola Superior de Guerra) e atuou nas linhas de frente do “Fórum Roberto Simonsen”. Promovido pela Federação das Indústrias de São Paulo (FIESP), o fórum constituía-se como uma frente civil de articulação e propaganda do regime militar (MARINHO, 2008).

Além dos vínculos políticos explicitamente conservadores, Pacheco e Silva encontrava-se também alinhado ao *mainstream* da Psiquiatria e Neurologia em sua interface mundial. Participou com destaque em diversos congressos internacionais de Neurologia, Psiquiatria, Saúde mental e Criminologia na Argentina, Alemanha, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, Dinamarca, EUA, Espanha, França, Itália, Inglaterra, México, Peru, Portugal, Suécia, Suíça, Venezuela, na condição de expositor, relator, vice-presidente ou presidente. Presidiu a Federação Mundial para a Saúde Mental, em 1960. Em sua ampla atuação institucional, fundou e dirigiu a Associação Psiquiátrica de São Paulo em 1962.

Em 1965, participou da criação, e depois presidiu, a Associação Psiquiátrica Brasileira, a Liga Paulista de Higiene Mental e a Academia Paulista de Medicina. Foi também presidente do Instituto para o Desenvolvimento da Organização Racional do Trabalho (IDORT), do Sindicato dos Médicos em 1951, da Aliança Francesa e fundador e presidente da União Cultural Brasil-Estados Unidos, além de membro do Conselho de Peritos em Saúde Mental/OMS. Pacheco e Silva faleceu no final da década de 1980, inconformado com o processo de abertura política que o Brasil começava a experimentar. Até o final da vida, aliou-se às forças que procuravam manter no país o regime autoritário instalado em 1964 e cuja estrutura e coesão começara a declinar rapidamente no final da década de 1970.

REFERÊNCIAS

ANAIIS PORTUGUESES DE PSIQUIATRIA. Lisboa: Edição do Hospital Júlio de Matos. N°1, 1949.

- CORREIA, M. **Egas Moniz e o Prémio Nobel**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.
- CORREIA, M. **Egas Moniz: Representação, Saber e Poder**. Tese de Doutoramento. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, 2011, Anexos. p. 61-64. < <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/15509>>
- FANT, K. **Alfred Nobel. A Biography**. New York: Arcade Publishing, 1993, p.129.
- FENELON, S. Manoel de Abreu e o Dia Nacional da Abreugrafia. In: **Jornal Interação Diagnóstica**, Ano 1, Nº 5, Dezembro 2001/Janeiro 2002, publicado em <http://www.imaginologia.com.br/extra/upload%20historia/Manoel-de-Abreu-e-o-Dia-Nacional-da-Abreugrafia.pdf> (acesso em 8 de Agosto de 2011).
- FURTADO, D. Réflexions sur la lobotomie. In: **Jornal do Médico**. nº 351, Vol. XIV, 1949.
- LIMA, A. A técnica cirúrgica da leucotomia cerebral (1). In: **A Medicina Contemporânea**. Ano LXVII, 1949, Julho, nº 7, p. 267-271.
- LINDGREN, E e GREITZ, T. The Stockholm school of neuroradiology. In: **American Journal of Neuroradiology**, nº 16. February, 1995, p. 351-360.
- MASIERO, A. L. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. In: **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**. Vol. 10 (2): p. 549-72, maio-ago. 2003.
- MARINHO, M. G. S. M. C. Intelectuais e saber médico. História da Psiquiatria e das Práticas Médicas no “Fundo Pacheco e Silva. In: **Centenário Simão Mathias: Documentos, métodos e identidade da história da ciência**. São Paulo: PUC, 2008.
- MERTON, R. **The Sociology of Science**. Chicago: The University of Chicago Press, 1973.
- MONIZ, E. **How I came to perform prefrontal leucotomy**. Psychosurgery. 1st International Conference (August 4th – 7th 1948). Lisbon: Bertrand (Irmãos) Lda, 1949, p. 15-21.
- MONIZ, E. **Tentatives opératoires dans le traitement de certaine psychoses**. Paris: Masson, 1936.
- MONIZ, E. **Confidências de um investigador científico**. Lisboa: Edições Ática, 1949.
- MOTA, A. **Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil**. Rio de Janeiro, DP&A, 2003.
- NOBEL, A. **Full text of Alfred Nobel’s Will**. Nobelprize.org. (11 Jul 2011) http://nobelprize.org/alfred_nobel/will/will-full.html
- PACHECO e SILVA, A. C. Egas Moniz – sábio e mestre, grande amigo do Brasil. In: **Memórias da Academia das Ciências de Lisboa**. Classe de Ciências. Tomo IX, Lisboa, 1976.

- SHUTE, C. C. D. Cholinergic pathways of the brain. In: LAITINEN, L.V; LIVINGSTON, K. **Surgical approaches in psychiatry**. 1st Edition. Baltimore: University Park Press, 1973, p. 282-292.
- TARELOW, G. Q. **Entre Febres, Comas e Convulsões: As Terapias Biológicas no Hospital do Juquery Administrado por Pacheco e Silva (1923-1937)**. São Paulo, Universidade de São Paulo (FFLCH - Departamento de História) – Dissertação de Mestrado, 2011.

A CONSTRUÇÃO DO CORPO PSIQUIÁTRICO

Afonso Carlos Neves

Embora vista como uma “ciência da mente”, ou ainda como uma das áreas “psi”, a Psiquiatria, como especialidade médica, instalou-se no “campo do corpo”, território anatômico, fisiológico, social e cultural, situado na interface entre o indivíduo e a coletividade, onde atua a Medicina e onde são lidos sinais e sintomas que conduzem a formulações diagnósticas. Nesse sentido, de certa forma, podemos falar de um “corpo psiquiátrico”. Mas, talvez só possamos falar efetivamente em um corpo psiquiátrico na medida em que tenha passado a existir alguma coisa denominada “psiquiatria”. Por outro lado, a “construção desse corpo” teria ocorrido por um período antes e outro período depois de surgir a palavra psiquiatria, acompanhando os processos que desencadearam uma estrutura que tenha adquirido esse nome e os que deram configuração e consistência a tal campo. Além desse recorte no tempo linear, em relação a esse processo, também há o recorte das “concomitâncias”, de modo que, a delimitação de um corpo psiquiátrico passa a ser possível também a partir da delimitação de outros “corpos humanos médicos” que se interrelacionam e vice-versa (Neves, 2010).

O estudo histórico do corpo, de forma mais convencional atinha-se a fazer uso de elementos da anatomia, da histologia, da embriologia, da fisiologia, da patologia, das clínicas e assim por diante, bem como de suas variantes. No transcorrer do século XX, mormente em sua segunda metade, outras questões relativas ao corpo afloraram, bem como à percepção e ao temor da perda de seu domínio. Assim, áreas como antropologia, filosofia, psicanálise, entre outras, trouxeram novos fatores para o debate dessa questão. Assim, têm-se uma discussão da “corporalidade”, ou ainda da “somatização da alma”, ou mesmo da “corporificação” da sociedade. A partir da conceituação de circulação sanguínea por Harvey no século XVII, as cidades passaram a ter artérias e veias. A partir dos estudos de Willy sobre o cérebro e os nervos, as povoações passaram a ter “nervos, fibras, energia nervosa”(Huertas, R., 2004). O entendimento das correlações entre esses processos permitem uma visão dinâmica do que chamamos de “corpo psiquiátrico”.

Sob certos aspectos, a Psiquiatria pode ser considerada como a primeira “especialidade médica”, ou antes ainda com a designação de “Alienismo” – este em fins do século XVIII e começo do século XIX –, em um tempo em que “especialidade”, tal como viria a ser estabelecida principalmente no século XX, ainda não existia. Por outro lado, há autores, como Foucault, que assinalam a busca de inserção da Psiquiatria no campo médico científico no século XIX, já que, embora praticada por médicos, tal área inicialmente

fazia uso de métodos que não se coadunavam com as práticas clínicas e anátomo-patológicas de então (Neves, 2010).

Apesar dessa busca da Psiquiatria de ter maior consistência científica, devemos lembrar que Pinel, usualmente tido como o primeiro alienista, era médico e procurava debater também questões nosográficas clínicas, além de seu trabalho com o Alienismo em si, de modo que consideramos possível argumentar que este Alienismo, em sua origem, não teria sido totalmente estranho ou destacado da conceituação médica, embora viesse caminhando, de certa forma, “ao lado” do sistema anátomo-patológico e clínico de Bichat-Laënnec. A linguagem inicial do Alienismo foi elaborada por Pinel, fazendo uso da linguagem médica.

Em sua obra *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, de 1798, Pinel insiste na importância da utilização de um método pela medicina que seja científico tal qual o método das “ciências físicas” e procura afastar-se do que chama de “medicina humoral”, a qual considera como uma espécie de medicina livresca de autores satíricos. Nesse sentido valoriza imensamente a observação metódica de Hipócrates e lamenta o uso das conceituações humorais de Galeno por séculos. Ao referir-se por diversas vezes às virtudes médicas dos “Antigos e dos Modernos”, Pinel deixa Galeno e seus seguidores em um limbo fora da ciência. Esse é o discurso de uma construção teórica que procura ter um caráter científico desde o início. Ao acentuar a importância semiológica de sinais e sintomas, Pinel também procura aproximar-se da Clínica.

Em 1801 Pinel lança o *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*, onde vai caracterizar de maneira mais global quatro alterações: melancolia, demência, mania, idiotismo. Para ele cada uma dessas alterações seria correlacionada com diferentes graus de um comprometimento fisiológico comum, de modo que ele se alinha com a noção simplificada e unitária de alienação, ou seja, os variados tipos de alienação seriam apenas diferentes manifestações de uma mesma doença. Nesse sentido, conforme Foucault, trata-se então não de precisar fazer “diagnósticos diferenciais” entre si, como na Clínica, mas sim trata-se de ter que diagnosticar se o indivíduo está louco ou não.

Embora Pinel faça uma leitura clínica das alienações, um vínculo mais forte com o raciocínio anátomo-clínico viria a se estabelecer apenas quando a psiquiatria passaria a delimitar lesões anátomo-patológicas a partir da descrição da “paralisia geral” por Bayle em 1822. Mas, no transcorrer do século XIX e início do século XX, os limites do corpo psiquiátrico migraram constantemente, na medida em que também gradualmente se instalou um “corpo neurológico”. Enquanto o corpo neurológico é um corpo que se restringe ao doente, o corpo psiquiátrico tem a peculiaridade de não fazer parte apenas do corpo doente, mas também se aplica, ou ainda se amplia a outros territórios situados “fora” do doente.

Podemos considerar como “corpos psiquiátricos”, o corpo do psiquiatra e o corpo do doente. Além disso, o corpo psiquiátrico institucional

e o corpo de saberes psiquiátricos estão interligados aos dois primeiros corpos citados. Michel Foucault considera que é no território do corpo que se dá o estabelecimento da medicina enquanto poder social. Ao abordar o surgimento da psiquiatria, mais especificamente da psiquiatria asilar, ele acentua o estabelecimento dessa área como passando a ter legitimidade médica e mais especificamente clínica na instância “dos corpos” presentes nesse asilo.

Phillipe Pinel (1745-1826) em Bicêtre, em 1793, e em Salpêtrière, em 1795, apoiado por Cabanis, dá início à instalação dos ideais da Revolução Francesa frente aos doentes dessas instituições. Tais processos serão representados simbolicamente, ou de forma idealizada, por pinturas famosas feitas no século XIX, retratando a suposta libertação dos loucos das correntes. Tem forte associação com esses episódios o chamado “tratamento moral” iniciado por Pinel, influenciado por ingleses, principalmente Haslam.

O CORPO DO PSQUIATRA

Foucault encontra na obra *Tratado do Delírio*, de Fodéré, de 1817, no capítulo 3, intitulado “*Da escolha dos administradores, dos médicos, dos empregados e dos serventes*”, a afirmação da importância do “corpo do psiquiatra” em seu trabalho, assinalando que “um físico nobre e másculo” seria condição indispensável para se impor aos loucos, havendo entoutros detalhamentos das virtudes desse corpo, de modo que, Foucault considera que na relação psiquiátrica o médico é “essencialmente um corpo” na ordem regular do asilo. Mas, ele acrescenta que o poder aí situado não se concentra apenas em uma única pessoa, mas também está presente “nos corpos” dos vigilantes e dos serventes. Vigilantes e serventes funcionariam como olhos intermediários entre o médico e o doente.

Conforme Foucault, Fodéré acentua também a importância dos corpos cheios de força e vigor desses indivíduos, portanto apropriados à manutenção da ordem no asilo. Nesse mesmo tratado, esse autor conceituou o louco como aquele que “se crê acima dos outros”. Assim, até o início do século XIX o louco seria alguém que “se enganava”. A partir de determinado momento o que caracteriza a loucura passa a ser a irrupção de certa força, uma força não dominada e talvez não dominável que assumiria quatro formas principais: a força pura do indivíduo tradicionalmente “furioso”; a força dos instintos e paixões nos quadros considerados como “mania sem delírio”; a loucura própria das ideias, que as torna incoerentes, no quadros chamados de “mania”; a força da loucura aplicada a uma ideia particular obstinadamente reforçada, na então chamada “monomania” ou “melancolia” (Foucault, 2006).

Assim, na prática asilar procurava-se, em vez de reconhecer o erro do louco, passou-se a situar o ponto em que a loucura se deflagra em força.

Assim, a cura seria uma submissão dessa força, de modo que para Pinel, a terapêutica da loucura seria a arte de subjugar e domar o alienado. Assim que Pinel instala no fim do século XVIII e início do século XIX o “tratamento moral”, inicialmente definido na Inglaterra por Haslam. Essa prática seria mais propriamente um “enfrentamento” do que um processo de longo prazo que evidenciasse a loucura e, a partir daí, conduzisse a seu diagnóstico e tratamento. Em seu *“Tratado médico-filosófico”*, de 1800, Pinel determina as posturas e atitudes dos vigilantes de modo que possam se impor “pela presença e pelo corpo” diante do alienado, até que cada um deles agarre o doente por alguma parte de seu corpo. De modo similar, Pinel descreve a utilização de um semicírculo de ferro que, segurado de determinada forma pelo funcionário do asilo, teria a função de acuar o louco para que ele pudesse ser agarrado (Foucault, 2006).

Até fins do século XVII os asilos não eram cuidados por médicos. A partir desse período, principalmente após a Revolução Francesa, o médico passa a comandar o asilo. A marcação médica nesse local se faz e então pela “presença física do médico”; há uma “assimilação do espaço asilar ao corpo” do alienista/psiquiatra. “O asilo é o corpo do psiquiatra, alongado, distendido, levado às dimensões de um estabelecimento, estendido a tal ponto que seu poder vai se estender como se cada parte do asilo fosse uma parte de seu próprio corpo, comandada por seus próprios nervos”¹.

Foucault fala em uma assimilação “corpo do psiquiatra/lugar asilar” que se manifesta de diversas maneiras. Primeiro pela própria presença do psiquiatra na chegada do louco ao asilo, com o médico tendo uma série de características impositivas, através das quais vai ser passada a realidade daquele lugar. Em outro aspecto o corpo do psiquiatra deve estar em toda parte, conforme as características arquitetônicas do asilo definidas entre os anos 1830-1840. Assim, deve ser possível a ele alcançar com o olhar todo lugar possível e onde não o for, que possa ser comunicado a ele pelos vigilantes.

O poder do médico sobre o asilo, inicialmente, e por certa parte do século XIX, teve certo conflito com o administrador não médico, conforme atestado, de certa forma, por Pinel, ao referir-se a Pussin, de que relata ter mesmo adquirido experiência. Foucault comenta que a imposição do médico acaba se fazendo por ser o detentor do saber, de um saber impositivo. Devemos acrescentar, no entanto, que também a instalação do médico nos asilos deu-se secundariamente a uma busca da implantação da ideologia revolucionária através de Destutt e Cabanis, de modo que a imposição da “Razão”, do saber, da ciência, do enciclopedismo, do conhecimento, aliado dos ideais republicanos destinam-se a serem impostos às diversas instâncias da sociedade.

O conflito entre a diretoria médica e administração não médica também se dá no estabelecimento dos hospícios no Brasil, por exemplo, no Hospício do Rio de Janeiro e no Hospício de São Paulo, da Rua Tabatinguera, ao

1 Foucault, M. **O Poder Psiquiátrico**. Editora Martins Fontes, 2006, p. 227.

passar a ser gerenciado por Franco da Rocha. O Hospital do Juquery, construído já em período republicano, já inicia suas atividades administrado por um médico, dentro das prerrogativas da República, que procura seguir a linha das repúblicas francesa e americana.

O CORPO DO DOENTE PSIQUIÁTRICO:

Foucault assinala que a psiquiatria, no século XIX, é uma medicina onde “o corpo está ausente”, ao mesmo tempo em que se procura uma correlação com alterações orgânicas que permitam constatação e demonstração de uma “prova de realidade”. Enquanto isso não acontece, o diagnóstico diferencial em clínica entre várias doenças, em psiquiatria trata-se de apenas se há ou não doença psiquiátrica. A definição de Bayle para a paralisia geral em 1822-1826 traz a possibilidade da correlação anátomo-patológica para a psiquiatria. Concomitantemente, na prática psiquiátrica, nos sessenta primeiros anos do século XIX, três técnicas foram utilizadas pelo psiquiatra para caracterizar a doença psiquiátrica: o interrogatório, a droga e a hipnose.

O interrogatório busca “dar corpo” à doença por meio dos dados de hereditariedade, fazendo da família afetada uma espécie de “corpo fantasmático”², assim, o corpo da família inteira é o corpo da doença, que substitui o corpo anátomo-patológico. Além disso, o interrogatório busca constituir um campo de anomalias, dar veracidade aos sintomas e definir um foco patológico através da confissão.

Com o uso da droga, ou mais apropriadamente do haxixe, em 1845, Moreau de Tours procura produzir os sintomas da loucura no doente, permitindo ao psiquiatra uma apreensão interna do que se passa com o louco.

A partir da hipnose o corpo do doente passa a participar da prática psiquiátrica. O “magnetismo” do tipo mesmerismo é utilizado em Salpêtrière na década de 1820 e deixado de lado por volta da década de 1830 na França. Dá lugar a outro tipo de magnetismo tido como científico, a partir da obra de Braid intitulada *Neurhypnology, or the Rationale of Nervous Sleep* de 1843, onde o autor torna conhecido o termo “hipnotismo”. Foucault assinala que, com Broca, em torno de 1858-1859, essa prática ganha maior caráter científico, por ter operado um paciente em estado hipnótico. Durand de Gros chama a hipnose de “ortopedia intelectual e moral”, onde o hipnotizador pode exercer um domínio sobre o corpo do doente, determinando contrações musculares, relaxamentos, alterações de

2 Foucault, M. **O Poder Psiquiátrico**, pg. 352.

sensibilidade ou de funções automáticas, fazendo, de certa forma, aparecer o corpo ausente do doente psiquiátrico.

Paralelamente a isso, em torno de 1850-1860, a partir dos estudos de Duchenne de Boulogne, com a faradização de um único músculo e a conceituação dos reflexos, vai se caracterizar uma nova realidade do corpo, “quando se vai descobrir um corpo que não é simplesmente um corpo com órgãos e tecidos, mas um corpo com funções, desempenhos, comportamentos – em suma, quando se descobrir o corpo neurológico”³. O corpo neurológico diferencia-se do corpo da clínica geral constituída por Bichat-Laënnec no sentido de que este corpo clínico “funciona”, ou “é examinado” em um sistema estímulo-efeito, enquanto que no corpo neurológico ocorre o “estímulo-resposta”.

Além disso, a neuropatologia mostrou um escalonamento dos fenômenos analisados, de modo que dividiu-os em voluntário e automático, diferenciando a atitude intencional do paciente. Assim, o corpo neurológico se interpõe entre o corpo clínico do exame do tipo estímulo-efeito e o corpo psiquiátrico atingido pelo interrogatório e pela hipnose. De certo modo, o neurologista espera que, no sistema estímulo-resposta “o corpo responde” enquanto o doente se cale. Esta circunstância acabou sendo uma espécie de “cilada” que colocou a histeria dentro do campo médico e levou à manipulação médica dessa condição.

Até o estabelecimento do corpo neurológico havia dois grandes grupos de doenças: as doenças orgânicas, ou verdadeiras doenças, e as doenças mentais, que não tinham um critério clínico de validade dentro do raciocínio anátomo-patológico. As doenças clínicas se pautavam pela possibilidade do diagnóstico diferencial entre várias possibilidades e gradações, enquanto que as doenças mentais dependiam de um critério absoluto de sim/não, ou seja, doença ou não doença. Entre esses dois grupos, estabeleceram-se epistemologicamente certos quadros intermediários. Havia os quadros intermediários “válidos” e os “inválidos”. Nos válidos entravam certos diagnósticos com síndromes psíquicas e alguma manifestação física que se correlacionava com lesões encefálicas. Os quadros “inválidos” correspondiam às “neuroses”.

Neurose foi um termo criado pelo médico escocês William Cullen em 1769 para referir-se praticamente a qualquer comprometimento generalizado do sistema nervoso com sintomatologia sensitiva ou motora. Em torno da década de 1840, neurose significava manifestação motora ou sensitiva, sem lesão anatômica detectável, com etiologia desconhecida, envolvendo quadros como: epilepsia, histeria, hipocondria, paralisia agitante (depois chamada doença de Parkinson). Nesse período essas eram “doenças inválidas”. No primeiro número dos *Annales médico-psychologiques* de 1843 os redatores dizem que “é necessário ocupar-se da loucura, seria preciso também ocupar-se das neuroses, mas é muito difícil”, pois tais distúrbios são “fugidios, proteiformes, excepcionais, difíceis de analisar e

3 Idem, pg. 373.

de compreender, são banidos da observação, são afastados como se afastam da memória lembranças incômodas”⁴.

O dispositivo clínico do corpo neurológico vai possibilitar às neuroses, e entre estas mais especificamente a histeria, que sejam inseridas no contexto dos quadros clinicamente válidos, pois se apresentam com alterações sensitivas e motoras. Assim, as neuroses vão se caracterizar por um grupo de moléstias neurológicas sem substrato orgânico. Guillaín teria dito que “Charcot conseguiu afinal de contas tirar a histeria dos psiquiatras”⁵. Freud pensou de Charcot algo similar, na medida em que teria permitido aos histéricos serem reconhecidos como doentes.

Jean-Martin Charcot, discípulo de Duchenne, é nomeado diretor de Salpêtrière em 1862. Gradativamente seus estudos sobre as pacientes lá internadas vão conduzi-lo, após alguns anos, a uma forma própria de diagnosticar e lidar com a histeria, de modo que a considera como uma alteração funcional, sem lesão orgânica detectável. O estabelecimento da histeria como um quadro nosológico diferencial, com fases e manifestações específicas, ocorre em certos aspectos, a partir de um embate de tentativa de controle entre médicos e histéricos.

Além disso, Charcot identificou determinadas características que chamou de “estigmas”. Charcot toma do vocabulário religioso alguns termos, procurando caracterizar como “patológico”, de modo geral, o comportamento religioso. Assim também vai utilizar o termo “conversão” para certas manifestações corporais de quadros psíquicos. Charcot tinha tendência anti-clerical e favorável à república afastada da religião, trazendo esse pendor para seus entendimentos médicos.

O embate entre médicos e histéricos se dá no território do corpo. Ao mesmo tempo, as manifestações corporais da histeria permitem a esse doente escapar da territorialidade do asilo, na medida em que, dentro de seu diagnóstico, adquire um direito de não ser contado entre os loucos. Assim, ocorre uma troca entre psiquiatra e doente, onde este fornece ao médico os contornos da histeria e o médico lhe diagnostica uma condição que o retira da condição de loucura propriamente dita.

Assim como Duchenne de Boulogne procurou identificar a manifestação farádica de um músculo, Charcot procurou através da hipnose deter um controle sobre manifestações específicas dos doentes histéricos. Em 1872 Charcot inicia seus estudos sobre a histeria e a epilepsia e em 1878 o uso da hipnose. Por essa mesma época surge socialmente uma categoria diferente de doentes: os doentes segurados. Antes havia apenas os pagantes e os não pagantes. Essa é uma época também em que os corpos passam a ser lesionados ou mutilados pelos acidentes de trabalhos e acidentes ferroviários. Nesse sentido, surgem os doentes segurados pós-traumáticos. Dentro da questão do custo e do lucro, passou a haver a necessidade de saber se esses doentes eram simuladores, ou se tinham um problema real. Esse

4 Idem, pg. 399.

5 Idem, pg 400.

doente vai ser contraposto ao histérico internado, de modo que mutuamente serviam de contraprova um ao outro. Charcot chegava a comparar os dois tipos de doente em situações duvidosas, reproduzindo sintomas na histérica através da hipnose, demonstrando assim se o quadro do segurado seria simulação ou não.

A formulação da ideia de “trauma” ou “traumatismo” por Charcot, como uma marca psíquica doente, reforçou o uso da hipnose nos quadros histéricos. Entre esses quadros acumulam-se manifestações da esfera sexual. Mas, a certa altura, Bernheim começa a questionar se os sintomas histéricos não são induzidos pelos próprios médicos. Conforme Foucault, ao extremo da batalha entre neurologista e histérico surge um outro corpo, o corpo sexual. Diante desse quadro surgiram dois caminhos: a desqualificação da histeria como teria feito Babinski, ou a via psicanalítica desenvolvida por Freud.

Após a morte de Charcot, em 1893, seus discípulos seguem tendências diversas no sentido teórico e científico, bem como no sentido administrativo. Babinski, seu principal seguidor, será recusado na Universidade por um outro colega. Por esta razão ou por outras, em 1901 Babinski inicia uma descaracterização radical da histeria, criando um novo diagnóstico, o pitiatismo, dizendo que todo o quadro histérico se devia a sugestão do médico. Em termos de corpo, Babinski vai acrescentar outros elementos ao corpo neurológico e vai, até certo ponto, “descorporificar” a psiquiatria. No entender de Foucault, Babinski é responsável por uma espécie de “despsiquiatrização”, mais do que uma forma de “antipsiquiatria”.

O CORPO INSTITUCIONAL DA PSIQUIATRIA:

O estabelecimento da Psiquiatria como instituição, ou ainda do corpo psiquiátrico como especialidade, dá-se gradativamente no transcorrer do século XIX. Embora Pinel seja habitualmente citado como psiquiatra, ele na verdade era um “alienista” e alienismo seria seu campo de trabalho. A palavra psiquiatria passou a ser utilizada na Alemanha a partir de 1808 com Johann Christian Reil. Em 1811, Johann Christian August Heinroth estabeleceu a primeira cadeira denominada Psiquiatria em Leipzig. No entanto, embora já presente essa designação e oficialização, o corpo psiquiátrico institucional seria algo ainda em construção e elaboração em correlação com diversos fatores (Neves, 2010).

Embora bastante dependente da instituição asilar, nesse período, a psiquiatria, na medida em que busca sua validação anátomo-patológica, está em contato com os processos da ciência, da universidade, da academia. No ano de 1882, ocorre a fundação da assim considerada primeira Cadeira de Doenças do Sistema Nervoso, ou ainda da primeira Cadeira de Neurologia, por Charcot, em Paris. Dois anos antes disso, Charcot lançou o periódico

Archives de Neurologie, fazendo uso do vocábulo “neurologia” já em um contexto diferente do então quando da criação desse termo por Thomas Willis em 1664. Com a criação dessa cadeira, esse termo incorpora-se a uma disciplina institucional propriamente dita, separando-se da psiquiatria, dando a esta, portanto, características voltadas a um grupo de moléstias menos situadas dentro do entendimento de “quadros orgânicos”; uma das principais distinções da Neurologia, conforme o próprio Charcot, é a sua possibilidade de lidar com o que ele chama de “sinal localizatório”, ou seja, um sinal neurológico clínico que possa ser direcionado a uma determinada localização do sistema nervoso.

Apesar da discordância inicial de seus colegas, Charcot dá seguimento à instalação dessa nova cadeira apoiado por instâncias oficiais francesas. Sendo um apoiador da república afastada da religião, Charcot tem nesse apoio oficial também uma forma de consolidar um novo campo de estudo. Esse campo ainda terá por um bom tempo a função de estudar, diagnosticar e tratar as neuroses. O termo neurose, no transcorrer do século XX, vai passar gradativamente ao campo da psiquiatria, através da doutrina freudiana, correspondendo a alterações outras que não a maioria das originais desse campo nosológico.

Institucionalmente, a nível internacional, entre 1811 e 1882 podemos colocar como um primeiro período de estabelecimento da instituição “Psiquiatria”, após o período do Alienismo. Entre 1882 e 1918 tem-se a configuração do campo institucional neurológico, ao mesmo tempo em que, principalmente no século XX, gradativamente ganha campo a doutrina e a prática psicanalítica. Após a Primeira Guerra Mundial os territórios psiquiátrico e neurológico estarão configurados de forma mais estável e mais separada, com oscilações na Psiquiatria entre as doutrinas mais de linha psicanalítica, também consideradas como não organicistas e outras de tendência mais organicista, alinhadas ainda, de alguma forma, ao pensamento anátomo-patológico.

No que diz respeito ao Brasil, ocorre uma reforma do ensino médico em 1879, de modo que em 1881 tem início uma nova subdivisão de cadeiras no curso médico, estando entre elas a cadeira de “Psiquiatria e Moléstias Nervosas”. Na Faculdade do Rio de Janeiro, em 1883, Teixeira Brandão torna-se o primeiro psiquiatra brasileiro, na aceção do termo, responsável por essa cadeira, portanto incluindo em seu campo as moléstias nervosas, ou seja, aquelas alterações próprias do corpo neurológico.

A primeira tese no Brasil a respeito de assuntos próprios do território do Alienismo e da Psiquiatria data de 1837, de autoria do médico Silva Peixoto, intitulada *Considerações gerais sobre a alienação mental*⁶, no entanto, institucionalmente ainda não havia psiquiatria propriamente dita, como podemos ver a partir da cadeira de Teixeira Brandão. Ainda na Faculdade do Rio de Janeiro, em 1912 instala-se a primeira cadeira de Neurologia,

6 Machado, R. et al. **Da nação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Edições Graal Ltda., Rio de Janeiro, 1978.

delimitando então esse campo disciplinar no ensino e na prática médica, sob o comando de Antonio Austrégésilo, oriundo da cadeira de Psiquiatria e Moléstias Nervosas.

Em São Paulo, o primeiro psiquiatra a chegar é Homem de Mello em 1889; no início do século XX ele dá início a uma clínica psiquiátrica de natureza privativa. No entanto, é com Franco da Rocha que a Psiquiatria passa a ser instalada em São Paulo como um braço importante dos ideais republicanos. Franco da Rocha chega em São Paulo em 1891. Em 1892 começa a trabalhar no hospício e começa a discutir a necessidade de um novo estabelecimento, de onde vai resultar a construção do Juquery. Inaugurado parcialmente em 1898, o Juquery vai aos poucos incorporando novas unidades, dentro do projeto de Ramos de Azevedo. Franco da Rocha se pauta por ideias então vigentes para instituições desse tipo, com estabelecimento do tipo de colônias, uso de laborterapia, o sistema *open door*.

Franco da Rocha ainda é um médico responsável por “psiquiatria e moléstias nervosas”. Em uma tentativa frustrada de inauguração de uma Faculdade de Medicina em São Paulo em 1900 (viria a ser fundada em 1912), Franco da Rocha ficaria com a cadeira de Psiquiatria e o médico português Bittencout Rodrigues ficaria com a cadeira de Doenças do Sistema Nervoso. No entanto, isso não se efetivou, e esse processo de separação entre as áreas ocorreu mais tarde. Em São Paulo, apenas nos anos 1930 acontece uma divisão oficial disciplinar efetiva entre Psiquiatria e Neurologia. Em 1933, com a fundação da Escola Paulista de Medicina, a aula inaugural do catedrático de Psiquiatria Pacheco e Silva já delimita essa separação, na medida em que esse professor é identificado como Catedrático da Psiquiatria dessa instituição, embora as primeiras aulas dessas duas disciplinas viriam a ocorrer em 1938. Já na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo a instalação dessas disciplinas deu-se, respectivamente, em 1935 a Neurologia com o professor Enjolras Vampré e a Psiquiatria em 1936 com Antonio Carlos Pacheco e Silva.

Ao mesmo tempo em que ocorrem essas delimitações na instância do curso médico, também na organização entre os médicos têm-se a formação de sociedades. Assim, no Rio de Janeiro, em 1905, foi fundada a Sociedade de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins, que mais tarde mudou esta última designação por Medicina Legal, e depois ainda mudou a Neurologia por Neuiriatria. Em São Paulo, em 1930, com a criação da Associação Paulista de Medicina, instala-se uma Seção de Neuropsiquiatria.

O CORPO DE SABERES PSIQUIÁTRICOS:

Os primeiros registros que podem ser correlacionados ao que viria a se tornar um corpo de conhecimento dentro do campo disciplinar da Psiquiatria podem ser considerados em diversos contextos. O início do

emprego do termo “psicologia” remonta ao século XVI. O poeta e humanista croata Marco Marulic teria usado essa palavra em 1524; Melanchton, teria pronunciado oralmente esse termo entre 1530 e 1550; Rudolph Göckel ou Goclenius empregou esse termo em 1590; Otto Casmann em 1594. Vê-se que essa palavra ganha espaço em ambiente de cultura germânica. Isso continua no século XVIII quando o termo empregado por Leibniz e Christian Wolff (este entre 1719 e 1734). Na França Charles Bonnet, em 1754 é o primeiro a usar esse termo que vai se difundir a partir de Maine de Biran (Neves, 2010).

Thomas Sydenham (1624-1689), conhecido como o “Hipócrates inglês” retoma conceituações hipocráticas sobre Medicina, mais especificamente sobre observação clínica e reforça o diagnóstico hipocrático de histeria, propondo o termo “hipocondria” para o quadro de histeria em homens, já que a palavra histeria vem de *hyster* ou útero em grego. Aproximadamente contemporâneos a Sydenham, William Harvey (1578-1657) estabelece a conceituação de circulação sanguínea e Thomas Willis (1621-1675) lança extenso estudo sobre o cérebro. Estas e outras conceituações configuram elementos que vão formar uma base científica da Medicina, no mesmo século de criação das primeiras academias de ciências da Inglaterra e da França, por seus respectivos reis. Nesse mesmo século, em 1609, Felix Platter (1536-1612), ou Platerus lança o termo *alienatio* para se referir a doença mental (Foucault, 1972; Finger, 1994).

No transcorrer do século XVIII, há na Europa um processo de confinamento de indivíduos com distúrbios mentais em diferentes formas de asilamento, concomitantemente ao desenvolvimento científico de classificações as mais variadas, sistemas estes que também penetram nas classificações médicas e de doenças mentais.

Pinel não tem a mesma visão detalhista de Boissier de Sauvages, que procura aplicar às alterações mentais a noção classificatória de Lineu para animais e plantas. Pinel tem uma visão simplificada das moléstias mentais e as considera até mesmo como variações de um mesmo quadro de comprometimento mental. Pinel tem uma visão unitária da alienação mental, tal como o italiano Chiarugi. Ao preferir o termo “alienado”, em vez de louco ou insensato, Pinel procura atrair para o território médico esse indivíduo mal situado socialmente, dando a entender que o tratamento moral é que pode vir a curar o doente que está “estranho a si mesmo”, ou seja, alienado. Em sua visão unitária e simplificada desses quadros, Pinel segue a Cabanis que rejeitava as longas classificações de inspiração botânica. Este, por sua vez foi influenciado pela ideologia, termo e conceito criado por Destutt de Tracy em 1796. Essa ideologia chegada a Pinel por meio de Cabanis, vai chegar a seu sucessor Esquirol, que mantém a simplificação de seu mestre, mas substituindo o termo “alienação” por “enfermidade” em sua obra de 1838, e o termo mania sem delírio por “monomania”. Conforme Huertas, o conceito de monomania vai se enquadrar na sociedade francesa pós-revolução no século XIX, de modo que servia para caracterizar comportamentos “antiburgueses” (Huertas, 2004).

Com Jean-Pierre Falret (1794-1870), em 1864, há uma ruptura com o sistema de Pinel e Esquirol, propondo a admissão de uma maior variedade de acometimentos mentais e duvidando da existência da entidade “monomania”. Este novo “paradigma” de Falret é contemporâneo ao estabelecimento do localismo cerebral proposto por Broca, um forte elemento na construção do corpo neurológico. Desse modo, o corpo de conhecimento psiquiátrico deveria se redefinir, diante das noções de “progresso” e “evolução” que ganhavam o ambiente científico, mantendo assim sua identidade e seu espaço diante do crescimento de “outro corpo” (Huertas, 2004).

Concomitantemente aos processos ocorridos na França, nos países germânicos mantém-se certa conexão com as noções de psicologia advindas do século XVIII, de modo que em 1845 o médico austríaco Barão Ernst von Feuchtersleben (1806-1849) lançou o livro *Princípios de Psicologia Médica*, introduzindo as palavras “psicose” e “psicopatologia” e mencionando o inconsciente como força geradora de sonhos. Concomitantemente, o alemão Moritz Romberg (1795-1873) da Universidade de Berlim, escreve e publica entre 1840 e 1846 o livro *Manual de Moléstias Nervosas*. Entre 1874 e 1883 Wilhelm Wundt (1832-1920) cria em Leipzig um laboratório de Psicologia Experimental que, para alguns, passa a ser a “psicologia científica”.

Em termos de construção do corpo psiquiátrico, esses paralelos entre a construção da Neurologia e a construção da Psiquiatria podem não apenas significar uma delimitação entre um campo organicista e outro não organicista. Entre esses dois territórios temos a Psiquiatria procurando sua vinculação anátomo-patológica, sua passagem do corpo ausente ao à mente somatizada, ao soma da psique.

Freud (1856-1939) e Kraepelin (1856-1926) nasceram no mesmo ano e personificaram tendências opostas em relação aos saberes psiquiátricos. Com formação fortemente neuroanatômica e tendo seguido inicialmente Meynert em Viena, Freud vai a Paris e encontra em Charcot o início de respostas que procurava para suas indagações sobre a psique. Kraepelin, inicialmente um seguidor de Meynert, depois tornou-se professor em Munique. Suas sucessivas classificações das doenças psiquiátricas foram de grande influência, inclusive no Brasil.

No Brasil, a partir do estabelecimento da primeira Cadeira de Psiquiatria em 1881, a influência maior foi da escola francesa de Charcot, além das conceituações de outros países. Com Teixeira Brandão e com Juliano Moreira (após ter saído da Bahia), entre outros, forma-se uma escola psiquiátrica no Rio de Janeiro. Com Franco da Rocha cria-se uma escola psiquiátrica paulista. Ambas seguem as escolas europeias e algumas conceituações americanas.

Nas primeiras décadas do século XX, Franco da Rocha vai tender para a adesão a uma conceituação freudiana psicanalítica, passando a estudar também Jung nos últimos anos de vida, embora aparentemente tenha aceito alguns conceitos de Kraepelin. Antonio Carlos Pacheco e Silva, sucessor de Franco da Rocha no Juquery a partir de 1923, traz da Europa

o neuropatologista Tretiakoff, importante descobridor de correlações entre doença de Parkinson e certas estruturas cerebrais. Com Pacheco e Silva instala-se uma escola “neuropsiquiátrica”. A Neuropsiquiatria passa a ser a versão organicista da Psiquiatria, enquanto as neuroses passam a um território entre a Psicologia, a Psicanálise e a Psiquiatria. Surgem vários corpos psiquiátricos.

REFERÊNCIAS

- DESTUTT-TRACY. **Projects d'éléments d'ideologie**. Didot, Didot e Debray, Paris, 1801.
- FINGER, S. **Origins of Neuroscience: a History of Explorations into Brain Function**. Oxford University Press, 1994.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura**. Editora Perspectiva, (1972) 1978.
- FOUCAULT, M. **O Poder Psiquiátrico**. Editora Martins Fontes, 2006.
- HUERTAS, R. **El Siglo de la Clinica – para uma teoria de práctica psiquiátrica**. Novalia Electronic Editions. Madrid, 2004.
- NEVES, A.C. – **O emergir do corpo neurológico: neurologia, psiquiatria e psicologia em São Paulo a partir dos periódicos médicos (1889-1936)**. Editora Companhia Ilimitada, 2010.
- PINEL, P. **Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse applique a la medicine**. Sixième edition, tome premier, J. A. Brosson, Libraire, Paris, (1798) 1818.
- PINEL, P. **Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie**. Richard, Caille et Ravier, Libraires, Paris, 1801.

PARACELSO E AS CAUSAS DAS DOENÇAS QUE AFETAM A RAZÃO ¹

Vera Cecília Machline

Personagem renascentista a suscitar controvérsias ainda em vida, Filipe Aurélio Teofrasto Bombasto von Hohenheim (1493-1541) – mais tarde referido como “Paracelso” (isto é, maior que Celso) – hoje geralmente é lembrado pela iniciativa de substituir os quatro humores cardinais da medicina galênica (sangue, fleuma, bilis amarela e bilis negra) por “três princípios” químicos (ou seja, a *tria prima* compreendendo enxofre, sal e mercúrio), inaugurando assim uma medicina interpretada à luz da química. Com efeito, nas palavras de Allen G. Debus, Paracelso foi o pivô da “verdadeira torrente de livros sobre química e química médica” que “começou a sair das tipografias” depois de 1550. Entretanto, muitas das inovações atribuídas a Paracelso encerram prodigiosas complicações ².

Para começar, segundo Debus esclarece, “textos sobre química foram introduzidos na Europa Ocidental no século XII juntamente com outros tesouros da ciência, da filosofia e da medicina gregas”, por intermédio de traduções ou sùmulas do árabe. Esses textos – que, melhor dizendo, versam sobre alquimia – revelam que parte dos cânones químicos de Paracelso tem raízes numa teoria de metais desenvolvida no mundo islâmico do século VIII. Esta teoria fora combinada à física aristotélica dos quatro elementos primários (terra, água, fogo e ar) e das quatro qualidades elementares (quente, frio, seco e úmido), posto a última permitir transformações da matéria ³.

Adicionalmente, à semelhança da filosofia química de Paracelso, a alquimia forjada no medievo latino já estava envolvida por uma “aura de segredo e misticismo” ao compreender desde segredos do ofício metalúrgico

1 Este trabalho está vinculado a duas investigações coletivas, a saber, a pesquisa Universal CNPq “Novas perspectivas de classificação e abordagem em História da Ciência: aspectos teórico-metodológicos e técnicos para a elaboração de instrumentos adequados de busca”, e o projeto temático FAPESP “Revelando os Processos Naturais através do laboratório (Fase II): A busca por Princípios Materiais nos Três Reinos até a especialização das ciências no Oitocentos”, ambos sob a coordenação da Dra. Ana Maria Alfonso-Goldfarb.

2 DEBUS, **O Homem e a Natureza no Renascimento**, p. 17-34, correspondentes ao capítulo “A Chave Química”. Provavelmente refletindo estudos recentes, o mesmo estudioso, no início do ensaio “Paracelsus and the Medical Revolution of the Renaissance: A 500th Anniversary Celebration” integrando o catálogo PARACELSUS, **Five Hundred Years: Three American Exhibits**, p. 3 em 3-12, informa que os três primeiros nomes de Paracelso seriam Teofrasto Filipe Aurélio.

3 . Idem, p. 17-34. Para detalhes adicionais acerca das possíveis transformações da matéria sob a ótica aristotélica, bem como o desenvolvimento da teoria humoral (do tratado hipocrático “Da natureza do homem” ao comentário “Sobre os humores” e o tratado “Sobre misturas [qualitativas]” compostos por Galeno de Pérgamo), vide PADULA, A E M, WAISSE, S e MACHLINE, V C, “História das Ciências da Vida”, in BELTRAN, SAITO, & TRINDADE, orgs., **História da Ciência: Tópicos Atuais**, p. 73-100.

remontando ao Egito antigo até componentes “gnósticos, neoplatônicos e pitagóricos”. De mais a mais, a alquimia medieval igualmente já enfatizava o aprendizado por intermédio da experiência e da observação, ao invés do conhecimento livresco, disponível nos escritos dos pensadores da antiguidade clássica estendendo-se desde antes até depois da Era Comum (E.C.).⁴

A princípio, a alquimia não era considerada uma disciplina rival da física edificada por Aristóteles (384-322 a.C) ou da medicina desenvolvida por Galeno de Pérgamo (c. 129/131-c. 210). Porém, depois da tradução, em 1463, do *Corpus hermeticum* por Marsilio Ficino (1433-1499), pensadores como Heinrich Cornelius Agrippa von Nettesheim (1486-1535), John Dee (1527-c. 1608) e Giambattista della Porta (1535-1615) passaram a reputar a alquimia “uma ciência fundamental para o conhecimento da natureza.” Enquanto isso, Paracelso encontrou na alquimia um novo alicerce para a teoria médica. Este alicerce, por seu turno, “viria a ser desenvolvido numa filosofia universal da natureza validada pelas correspondências naturais ligando o homem e o mundo em redor.” Como resultado, diferentemente das propostas de Agrippa, Dee e della Porta, cujo impacto foi relativamente menor, a perspectiva de Paracelso geraria polêmicas que se estenderam por toda a Europa, tanto no que tange à medicina quanto no que se refere à filosofia natural⁵.

A profundamente religiosa filosofia química paracelsista enfeixa diversas peculiaridades. Entre outras, engloba correspondências entre o micro e o macrocosmo; analogias entre fenômenos na terra e transmutações tanto no equipamento alquímico quanto no organismo humano; a aceitação de ações à distância; a teoria da simpatia e antipatia; a rejeição de desequilíbrios humorais como causa das doenças; e a utilização de medicamentos com base em metais e minerais preparados quimicamente – o que acarretou a adoção de “uma nova classe de matéria médica”, mais violenta do que os antigos preparados galênicos, em sua grande maioria de origem vegetal⁶.

4 . DEBUS, **O Homem e a Natureza no Renascimento**, p. 17-34.

5 . *Ibid.*, p. 19-20.

6 . *Ibid.*, p. 21-34; e DEBUS, **Paracelsus and the Medical Revolution of the Renaissance**, p. 8. Uma explicação mais ampliada da filosofia química de Paracelso encontra-se no capítulo “The Chemical Philosophy”, in DEBUS, **The Chemical Philosophy**, Vol. 1, p. 63-126. A melhor biobibliografia de Paracelso continua sendo o capítulo “The life of Paracelsus”, in PAGEL, **Paracelsus**, p. 5-49, sendo que o capítulo seguinte, “The Philosophy of Paracelsus”, em p. 50-125, esmiúça peculiaridades da filosofia paracelsista.



Imagem 1



Imagem 2

Imagens 1 e 2. Gravuras retratando Paracelso aos 45 e aos 47 anos de idade, realizadas em 1538 e 1540 por Augustin Hirschvogel (1503-1553). Contrariando a preferência de Paracelso em se expressar no vernáculo alemão, as duas gravuras são encimadas pela versão latina de um de seus lemas favoritos: “Alterius non sit, qui suus esse postes” (aproximadamente, “Não siga os outros, mas a si próprio”). Fonte: Google Images.

Ainda que algumas dessas características voltem à baila, o objetivo deste trabalho é aprofundar uma faceta menos conhecida da medicina química, ou iatroquímica, de Paracelso: as causas de ordem natural das enfermidades afetando o juízo, apresentadas por esse pensador no tratado *Von den Krankheiten so die Vernunft berauben (grosso modo, “Sobre as doenças que privam o homem da razão”)*.

À semelhança da maioria dos numerosos textos redigidos por Paracelso, este estudo também veio à luz postumamente. Mais precisamente, embora escrito na primeira metade de 1520, ele foi publicado pela primeira vez na Basiléia, pelo médico paracelsista Adam von Bodenstein (1528-1577), no ano de 1567. Duas décadas mais tarde, em 1589, esse texto voltou a ser reimpresso, novamente na Basiléia. Desta feita, integrava o primeiro volume da edição de Johannes Huser, reunindo os escritos então conhecidos de Paracelso. A propósito, para dar uma ideia da profusão dos textos compostos por esse personagem renascentista, a coletânea de Huser, concluída em 1605, totaliza 13 volumes, enquanto a compilação levada a cabo por Karl Sudhoff entre 1922 e 1933 compreende 14 volumes ⁷.

Como oportunamente lembrado por George Mora, em consequência de tantos escritos, além do título enfocado aqui, observações sobre a psiquê humana encontram-se em outros textos de Paracelso. Dentre eles, destaca-se o título “Sobre a origem e a cura de doenças”, que, consoante More, contém um capítulo tratando de “insanidade”. Além dessa publicação, têm-se os livros *De Lunaticis* (“Sobre lunáticos”) e *De Generatione Stultorum* (“Sobre as causas dos parvos”), ambos integrando a incompleta *Philosophia Magna*. E, entre demais trabalhos de Paracelso a respeito de sonhos,

7 . DEBUS, *O Homem e a Natureza no Renascimento*, p. 21; e PAGEL, *ibid.*, 32.

sobressai o tratado *De Caducis*, no qual o autor sustenta que “um jogador tende a sonhar com cartas, um beberão com vinho, [e] um delinquente com roubar.”⁸

De acordo com Mora, o estudo *Krankheiten so die Vernunft berauben* distingue-se de outros escritos pelo fato de aí Paracelso, a par de rejeitar “crenças em práticas supersticiosas”, “oferecer uma explicação ‘natural’ para doenças mentais”. Esta particularidade é significativa, tendo em vista datar de 1487 o advento do *Malleus Maleficarum* (isto é, “O Martelo das Bruxas”) – pleiteando a possessão demoníaca por meio do corpo, sobretudo nas mulheres – escrito pelo dominicano Heinrich Kramer (c. 1430-1505), em (hoje debatida) parceria com o igualmente dominicano Jacob Sprenger (1436/1438-1494)⁹.

Por conta da onda quatrocentista de escritos sobre demonologia visando estabelecer uma jurisprudência teológica contra os possuídos por Lúcifer e demais agentes malignos, Gregory Zilboorg e George Henry situam Paracelso na contracorrente advinda no século seguinte, cujo maior representante é o médico Johann Weyer (c. 1515-1588). Um bom exemplo é seu *De Praestigiis Daemonum* (“Sobre as Ilusões dos Demônios”), originalmente publicado em 1563, no qual Weyer – refutando Kramer (e Sprenger) – argumenta ser bem mais provável que os acusados de possessão demoníaca padeçam de distúrbios na mente. Aliás, um ponto em comum entre Weyer e Paracelso que os historiadores fazem questão de assinalar é o abade beneditino Johannes Trithemius (1462-1516), dado este ter sido professor dos dois, assim como de Agrippa. Outra figura singular do início dos tempos modernos, Trithemius escreveu acerca dos insidiosos encantamentos perpetrados por bruxos. Por outro lado, buscou uma síntese entre a astrologia, as doutrinas da Igreja e sistemas espirituais precedentes como a Cabala, com vistas a desenvolver uma “magia teológica”¹⁰.

Zilboorg e Henry consideram que a “contribuição de Paracelso para a medicina psicológica” ainda está longe de estar “plenamente avaliada.” Concorre para isso seu “estilo [...] extremamente confuso”, facilitando equívocos. À semelhança de muitos de seus escritos, o tratado *Krankheiten so die Vernunft berauben* também é “polêmico”, uma vez que “o antigo modo de pensar frequentemente se imiscuia com [...] a maneira nova e pessoal [de Paracelso] de ver as coisas.” Trazendo a tiracolo elementos das

8 . MORA, **Paracelsus’ Psychiatry**, p. 808-810, sendo que, na p. 803, o estudioso aventa que o tratado em foco neste trabalho teria sido escrito “por volta de 1525”.

9 . *Ibid.*, p. 806-807. Por exemplo, a “Questão VI” na primeira das três partes do *Malleus Maleficarum* discute, entre outros tópicos, “porque um número maior de bruxos ocorre no frágil sexo feminino do que entre homens”. Para detalhes adicionais a este respeito, *vide* KRAMER & SPRENGER, **The Malleus Maleficarum**, p. 41-48.

10 . Para informações adicionais, *vide* os capítulos “The Blows of the Witches’ Hammer” e “The First Psychiatric Revolution”, in ZILBOORG & HENRY, **A History of Medical Psychology**, p. 144-174 e 175-244, sendo que observações sobre Trithemius ocorrem em p. 146-147 e 206-207. MORA, **Paracelsus’ Psychiatry**, p. 804, também alude a esse ilustre abade beneditino. Para detalhes suplementares acerca da hoje em princípio discrepante combinação entre demonologia e o programa de Trithemius de uma magia teologicamente legítima, *vide* os capítulos “The Demonological View” e “The Occult Vision” in BRANN, **Trithemius and Magical Theology**, p. 33-156.

tradições que ele tanto combatia, a “psicofisiologia” de Paracelso exhibe “muitas marcas do pensamento galênico e aristotélico” – conforme será visto a seguir ¹¹.

No prefácio abrindo o estudo *Krankheiten so die Vernunft berauben*, Paracelso adianta existirem na natureza “não só doenças que afligem nosso corpo e nossa saúde, mas [também] muitas outras que nos privam de uma razão saudável”, sendo que “estas são as mais graves.” Daí – continua nosso autor – ao “discorrer sobre as doenças naturais”, “não devemos nos esquecer de explicar a origem” das doenças que afetam o juízo, posto sabermos “por experiência que elas provêm da disposição do homem”. Deixando claro seu objetivo neste tratado, Paracelso alude ao clero de seu tempo, que “atribui tais doenças a seres fantasmagóricos e espíritos triplos”. Refutando tais explicações, nosso autor afirma que “a natureza é a única origem [...] dessas doenças”, que comportam “cinco tipos de perda do juízo” ¹².

O tema do Capítulo 1 é o primeiro tipo. Este, por seu turno, compreende “cinco [sub] tipos de epilepsia”, segundo o “órgão afetado”. Tais partes seriam o cérebro, o fígado, o coração e os intestinos, mais os membros superiores ou inferiores, além das mãos ou dos pés. Dentre essas variedades, as três primeiras podem ser fatais. No geral, a epilepsia ocorre em ambos os sexos, em jovens ou idosos e em pessoas saudáveis ou enfermas. Além do ser humano, a epilepsia “existe [...] em todas as criaturas viventes”, sejam animais ou vegetais, sendo que “os paroxismos” diferem de acordo com a sensibilidade da criatura. Isto se verifica porque todos os entes vivos são dotados do *spiritus vitae* – “a força vivente de todas as coisas [animadas]”, cuja manutenção depende daquilo que ingerimos. Por isso, a epilepsia pode estar “em certos alimentos”. Outra causa é a ebulição dos vapores no espírito vital, quando a disposição desse espírito é alterada ¹³.

Segundo Paracelso, “a epilepsia não é uma doença proveniente da natureza em seu curso regular, ou de má saúde do organismo ou da destruição dos humores”. Na realidade, ela tem “as mesmas causas que os terremotos, pois o movimento da terra também é o movimento do homem e é experimentado por tudo que cresce na terra”. Desse modo, se “o espírito vital ferve devido a falhas em suas propriedades, ele produz vapores que

11 . ZILBOORG & HENRY, *ibid.*, p. 195-200. Por sinal, os dois estudiosos consideram que o tratado *Krankheiten so die Vernunft berauben* teria sido composto em 1526. Reforçando os problemas mencionados por Zilboorg e Henry, DEBUS, **O Homem e a Natureza no Renascimento**, p. 25, esclarece que Paracelso não havia apresentado sua *tria prima* “especificamente como um substituto para os elementos aristotélicos.” A bem da verdade, ele tinha usado ambos os sistemas – e, muitas vezes, de maneira aparentemente contraditória.”

12 . PARACELSO. “The Diseases that deprive man of his reason, such as St. Vitus’ Dance, Falling Sickness, Melancholy, and Insanity, and their correct treatment”, tradução Gregory Zilboorg, in PARACELSO, **Four Treatises**, p. 142 em 135-212. Na p. 129-134, no ensaio introdutório abrindo sua tradução, Zilboorg estima que Paracelso teria composto esse tratado “em princípios” de 1520. Ademais, informa que esse escrito, ao vir à luz em 1567, estava inserido entre uma carta dedicatória e um pós-escrito, ambos da lavra de Bodenstein.

13 . PARACELSO. **The Diseases that deprive man of his reason**, p. 143-147. A distinção resumida no parágrafo acima ilustra a dificuldade de comparar-se a tipologia de Paracelso com a atual nosologia da epilepsia e demais males afetando a razão.

fazem todo o corpo tremer”, quando não cair, “espumejar, e [apresentar] espasmos” nos membros ¹⁴.

Abreviando uma demorada exposição, no primeiro subtipo de epilepsia, o espírito vital – que sedia a razão – “ferve apenas na cabeça”; se esse espírito “causa vapor e corrupção aí, resultam inconsciência e insensibilidade”, o que acarreta perda total do juízo. No segundo subtipo, “fermento e vapor infiltram-se no espírito vital no fígado,” e rapidamente “alcançam a cabeça e todo o corpo”. No terceiro subtipo, o espírito vital “ferve e espuma na câmara do coração, mas, exatamente como aquele tipo de terremoto que não torna o solo árido, ele é incapaz de causar envenenamento”, salvo se “as partes posteriores” sejam acometidas por tremores ¹⁵.

O mesmo se aplica quando “o espírito vital [afetado] tem suas raízes nos intestinos ou no abdômen”, uma vez que “a doença tem uma raiz a partir da qual cresce, assim como a erva tem uma semente que cai, morre e cresce novamente.” Em outras palavras, também existe “uma raiz no espírito vital [...], que gera um crescimento que causa tal doença.” Essa raiz encontra-se em todo o corpo. Porém, “permanece onde está enraizada, e não aparece em nenhuma outra parte, porque tem apenas uma raiz.” Quando “a sede” estiver nos braços, nas pernas e em suas respectivas extremidades, é “nestas partes” que a epilepsia será inicialmente sentida, sendo que a partir daí “ela irá subir por todo o corpo por meio do espírito vital.” Por último, haveria ainda um sexto subtipo: às vezes, “essa raiz está plantada no corpo,” mas é incapaz de se fixar, “porque não é muito substancial ou material.” Neste caso, “ela impregna o corpo e acomete a razão” ¹⁶.

O segundo capítulo versa sobre a mania, que “é uma transformação da razão e não dos sentidos.” Afora “sintomas” como agitação e falta de juízo, a mania “pode ser reconhecida pelo fato de que cede sozinha e a razão retorna”; além disso, “a mania pode desaparecer e reaparecer muitas vezes, ou pode nunca [mais] retornar.” Paracelso considera haver “dois tipos de mania e, da mesma maneira, duas causas: uma proveniente do corpo saudável e uma [segunda], [oriunda] de outras doenças.” As duas variedades são geradas “pela mesma matéria e do mesmo modo”. Mais precisamente, elas crescem de “um humor destilado que entra na cabeça, depois de ser misturado abaixo do diafragma, acima dos intestinos;” outra possibilidade é a “mistura ocorrer entre o diafragma e a garganta,” e ir “diretamente para a cabeça” ¹⁷.

Resumidamente, a destilação tendo lugar “abaixo do diafragma torna os pacientes quase loucos e disparatados”, dado esta mania ser “produzida de excrementos, que dissolvem e são sublimados”, às vezes “por coagulação”. A mania que cresce acima do diafragma “é acompanhada por muita pressão em volta do coração e dor no peito, porque a matéria também é destilada

14 . Ibid., p. 144-145.

15 . Ibid., p. 145.

16 . Ibid., p. 146.

17 . Ibid., p. 147-146 em 147-152.

ai”. Já a mania “que advém dos membros torna os pacientes alegres e felizes e [...] bastante descontrolados, pois nada é sentido nos órgãos internos”¹⁸.

O capítulo 3 trata “daqueles que são permanentemente insanos”, diversamente dos que são “sujeitos a ataques recorrentes”, por períodos longos ou curtos, “em conformidade com [...] o curso das estrelas.” Consoante Paracelso, há “quatro tipos de pessoas insanas: os *Lunatici*, os *Insani*, os *Vesani* e os *Melancholici*.” Os *Lunatici* “são aqueles que adquirem a doença da lua e reagem de acordo com ela.” Os *Insani* são aqueles que trazem semelhante mal “desde útero como uma herança familiar.” Os *Vesani* são aqueles “que foram envenenados e contaminados por comida e bebida”, o que os levam a perder “a razão e o juízo.” Por fim, os *Melancholici* “são aqueles que por [conta de] sua natureza perdem a razão e se tornam insanos”¹⁹.

Complicando a análise do historiador de hoje – mas longe de contradizer o que adiantara no prefácio – Paracelso observa que, afora esses quatro subtipos, há uma quinta variante: tais pessoas seriam os *Obsessi*, “que são possuídos pelo demônio”, sendo que “as várias maneiras como isso sucede são tratadas [...] em *De Spiritibus*.” Deixando claro seu recorte, Paracelso reitera que, no tratado em tela, ele está lidando com “aqueles que são insanos por natureza, e os que padecem desses quatro [sub] tipos não podem ser obcecados [entenda-se: atormentados ou possuídos] pelo demônio” e seus asseclas; isto porque “o demônio e sua malta não entram em um corpo insano”, ou “não [...] regido pela [...] razão”²⁰.

A enfermidade afetando “os lunáticos” deriva do fato de que as “estrelas têm o poder de prejudicar e enfraquecer nosso corpo e influenciar a saúde e a doença.” Elas não atuam em nós “material ou substancialmente, mas influenciam a razão, de maneira invisível e insensível, como um imã atraindo ferro, ou um escaravelho, pó, ou asfalto, fibras e madeira.” A lua possui esse “poder de atração, que arranca a razão da cabeça do homem e o priva de humores e virtudes cerebrais.” Os “lunáticos” sofrem mais na lua cheia, porque é então que seu “poder de atração está no pico”. Algo parecido ocorre na lua nova, uma vez que a lua “recém concebida tem novas virtudes que causam maior ou menor insanidade”. Entretanto, muitas pessoas “são mais insanas e frenéticas durante a lua minguante do que durante a lua crescente”. Isto se explica “porque a lua cheia já retirou o humor delas e elas sofrem mais agudamente quanto mais a lua vai minguando”²¹.

No caso dos *Insani*, a causa pode residir na “semente”, cuja “função pode ser defeituosa, ou pode ser herdada da parte do pai ou da mãe.” Outra causa de “insanidade nas pessoas” pode ocorrer “durante o desenvolvimento [do feto]”; se o poder de atração da lua estiver no auge, ela pode interferir

18 . Ibid., p. 148.

19 . Ibid., p. 152-153 em 152-157.

20 . Ibid., p. 153.

21 . Ibid., p. 153-155.

“na geração e concepção da criança,” de modo que plena “sanidade nunca pode ser restaurada”²².

Quanto aos *Vesani*, estes se dividem em quatro subcategorias. Primeiramente, há aqueles que comeram e beberam de tal maneira “que eles [...] são compelidos a amar uma mulher” – à semelhança dos animais desprovidos de razão, como os cães, que podem ser levados a amar quem lhes oferecer algum alimento. Em segundo lugar, têm-se aqueles que, ao ingerirem algum “alimento destinado a torná-los insanos”, “exibem sua natureza e sua constituição”, a exemplos dos “coléricos”, que passam a “pensar apenas em guerra”. Os pertencentes à terceira categoria “pulam e correm de um lado para o outro sem parar.” Tais pessoas “recebem sua insanidade da ingestão” de alimentos “que os impele a montar e a escalar.” Enfim, a quarta categoria, que Paracelso decide “não descrever de modo algum”, parece guardar semelhanças com algumas formas de encantamento. Igual sigilo repete-se com respeito aos *Melancholici*, que também compreendem “quatro [sub] tipos.” Nosso autor aventa apenas que, se “tais compleições [melancólicas] privam o homem da razão,” isto ocorre em virtude de esses temperamentos impelirem “o *spiritus vitae* em direção ao cérebro”, ocasionando excesso deste espírito nessa parte²³.

Um adendo no mesmo capítulo é dedicado à “Dança de São Vito”. De pronto, este nome é preterido pelo termo *chorea lasciva*, visto esta enfermidade nada ter “a ver com as obras dos santos, tal como outros males associados a indivíduos canonizados pela Igreja”. A *chorea lasciva* teria como causa “a mera opinião e ideia presumida pela imaginação, [mas capaz de] afetar aqueles que acreditam” nelas. No caso das crianças, “a causa também é uma ideia imaginada, baseada não no pensamento, mas na percepção”. Posto serem a visão e a audição bem “fortes” nas crianças, estas têm “fantasias sobre o que viram ou ouvirem.” Já nos adultos, “que não imaginam a dança, mas a ouvem e a veem, a audição e a visão tornam-se mais fortes do que a razão”²⁴.

Entretanto, são “duas causas para essa doença”, que leva as pessoas a dançarem em desregrada alegria. A primeira, de ordem natural, provém das “veias ridentes”, cujos espíritos vitais são mais propensos a esquentarem e se tornarem frenéticos. Em contrapartida, a segunda causa, caráter incidental, emana “da imaginação”, a qual instiga a alegria, que, conforme Aristóteles e Galeno, provém do coração²⁵.

22 . Ibid., p. 155-156.

23 . Ibid., p. 156-157.

24 . Ibid., p. 157-158 em 157-161. A visão e a audição (juntamente com o olfato, o paladar e o tato) constituem os “sentidos externos”. A par destes, haveria um conjunto de “sentidos internos”, os quais incluíam a faculdade da imaginação, localizados em três ventrículos dentro do cérebro. Para detalhes adicionais a respeito dessa teoria, em vigor tanto na Europa medieval quanto no mundo islâmico, e ainda em voga no Renascimento, vide GREEN, **Where did the ventricular localization of the mental faculties come from?**, em especial p. 131-133 e 141.

25 . Ibid., p. 158-159. Para um apanhado acerca da alegria e demais emoções, vide MACHLINE, “Christóbal Méndez’ medical ideas about the influence of joy and pleasure (rather than humor) upon health”, p. 119-120.

O quarto e último capítulo diz respeito à origem da enfermidade denominada *suffocatio intellectus*. Segundo Paracelso, esta modalidade provém de “doenças naturais, que tornam o homem insano.” As principais causas seriam “vermes nos intestinos”; anormalidades no útero; e permanecer de costas enquanto se dorme ou ingerir comida e bebida em excesso. Uma quarta variedade tem lugar durante o sono “e cede mediante o sono”. Portanto, tais enfermidades compreenderiam dois tipos: “um começando num estado de consciência – de modo que o paciente sabe o que está ocorrendo com ele”, enquanto que o outro tipo surge “num estado inconsciente” – proveniente “de fora”. A perda da razão também pode ser provocada por “pancadas acidentais e [outras] coisas similares como um ferimento na cabeça, que irão causar acessos de frenesi várias vezes no ano”²⁶.

O tratado *Krankheiten so die Vernunft berauben* compreende um segundo livro, no qual Paracelso propõe tratamentos para remediar, se não curar, as enfermidades descritas na anteriormente, no primeiro livro. Deveras alentada, essa parte consiste, sobretudo, de instruções sobre o preparo e a administração de medicamentos químicos, ocasionalmente precedidos de considerações terapêuticas que às vezes complementam informações constando no primeiro livro. Não obstante, mesmo essas considerações serão deixadas de lado aqui, por já terem sido discutidas por George Mora e Iago Galdston ²⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Diante do exposto acima, fica evidente que as causas naturais propostas por Paracelso para as doenças que afetam a razão comungam com características da filosofia e da medicina químicas desse pensador. Bons exemplos disto são a comparação entre o homem e outros seres viventes; a similitude entre os paroxismos epilépticos e os terremotos; a analogia entre as alterações do espírito vital e das substâncias destiladas no laboratório; e as ações à distância dos astros supraterrrestres, a começar pela lua, sobre os fluidos do organismo humano. Igualmente própria do pensamento paracelsista, malgrado estranha à atual dicotomia cindindo o natural e o sobrenatural, é a crença de Paracelso na insanidade provocada por possessão demoníaca – assunto este que, conforme lembra Mora, é esmiuçado em demais tratados, como no incompleto *De Daemoniacis et Obsessis* ²⁸.

De acordo com Erik Midelfort, certas contradições em Paracelso se explicam pelo fato de esse pensador ter uma concepção “tripartida”

26 . PARACELSO, *ibid.*, p. 161-167.

27 . *Ibid.*, p. 167-212. MORA, “Paracelsus’ Psychiatry”, p. 808 e 811; e GALDSTON, “The Psychiatry of Paracelsus”, p. 209-216 e 217-218.

28 . MORA, *ibid.*, p. 809.

e “bipartida” sobre o homem. *Grosso modo*, no modelo “tripartido”, em correspondência a três esferas do macrocosmo (terrena, celeste, e divina), o homem é dotado de um corpo e um espírito mortais, além de uma alma, que, à imagem de Deus, era imortal. Na concepção “bipartida”, o homem tem um corpo e uma alma, também interagindo entre si. Mais circunscrito, “esse sistema binário restringia o espaço de Paracelso para manobrar quando ele discutia as doenças mentais”²⁹.

Consoante Midelfort, em *Krankheiten so die Vernunft berauben*, “Paracelso pôde plenamente usufruir do espaço conceitual permitido por seu esquema tripartido”, uma vez que esse escrito “se concentra nas causas materiais de doenças mentais” afetando “a mente elementar ou animal do homem.” Daí o ecletismo desse estudo quanto às possíveis causas de insanidade, variando desde “venenos e feitiçarias, influência astral e lunar,” até “humores desequilibrados”. Em outras palavras, embora longe de trazer uma síntese das ideias psicológicas de Paracelso, esse escrito traz “um levantamento psicossomático dos males” passíveis de afligir a porção material do homem – distante de “pecado, culpa [...], ou demônios”. Talvez por isso, Paracelso se permite usar nesse tratado postulados da fisiologia aristotélico-galênica – reputada por ele “materialista”, embora essa fisiologia admitia interações entre o corpo físico e a psiquê humana, à semelhança da presente medicina psicossomática³⁰.

Retomando uma questão anteriormente levantada por Zilboorg, Mora chegou a indagar: “Como Paracelso pôde adquirir tamanho conhecimento da psicologia humana aos 30 anos de idade, quando o livro [*Krankheiten so die Vernunft berauben*] foi escrito?” Mora é o primeiro a admitir não haver “uma resposta definitiva a esta questão fundamental.” Em sua tentativa de buscar uma possível saída, o estudioso, querendo explicar o “intenso desejo de aprender” de Paracelso, voltou-se para especulações acerca da suposta misoginia de Paracelso, reforçada pela possibilidade de ele ter algum desequilíbrio endócrino lhe conferindo traços femininos, como parece sugerir o esboço de Paracelso realizado em 1528 por Hans Holbein o Jovem (c. 1497-1543), constando na Imagem 4³¹.

29 . MIDELFORT, “The Anthropological Roots of Paracelsus’ Psychiatry”, p. 67-68.

30 . Ibid., p. 70. Para informações suplementares acêrca da inter-relação entre corpo e alma no pensamento aristotélico, vide EIJK, Philip J. van der, “Aristotle’s Psycho-physiological Account of the Soul-Body Relationship”, in WRIGHT & POTTER, *Psyche and Soma*, p. 70-77 em 57-70.

31 . ZILBOORG, “Introduction”, in PARACELSO, *Four Treatises*, p. 131-132; e MORA, “Paracelsus’ Psychiatry”, p. 812. Como Mora lembra, PAGEL, *Paracelsus*, p. 29-31, traz um resumo da carta redigida pelo discípulo de Paracelso, de nome Johannes Oporinus (1507-1568), a qual, por descrever o “comportamento pouco convencional” de seu mestre, alimentou as especulações referidas no artigo de Mora.



Imagem 3



Imagem 4

Imagens 3 e 4. À esquerda, xilogravura retratando Paracelso, de autoria desconhecida, na obra *Etliche Tractatem, zum ander Mal in Truck auszganden*, publicada em 1567. À semelhança de outras imagens em publicações póstumas, esta gravura visivelmente é uma cópia da estampa realizada em 1540 por Hirschvogel, agora trazendo Paracelso circundado por símbolos alquímicos. À direita, o esboço (originalmente colorido) de Paracelso realizado por Holbein, o qual diverge da tradição iconológica inaugurada por Hirschvogel de retratar Paracelso como um homem precocemente envelhecido por ininterruptos estudos. *Fonte:* Google Images.

Em termos historiográficos, as conjecturas de Mora deixam a desejar, posto o estudioso passar ao largo de uma vasta bibliografia anterior a Paracelso lidando com as enfermidades enfocadas em *Krankheiten so die Vernunfft berauben*. Este é o caso da epilepsia, que há muito suscitou toda sorte de explicações para suas causas – segundo apurado por Owsei Temkin³².

Em adição à epilepsia, outros males afetando a razão também atraíram a atenção de antigos pensadores. Entre eles, destaca-se Cornélio Celso (c. 25 a.E.C.-c. 50 E.C.), cujo *De medicina* – primeiramente saído do prelo em Florença em 1478 – inclui no Livro III a descrição e o tratamento de algumas formas de *insania*, como melancolia e letargia. Outro nome relevante é Célio Aureliano (*floruit* século V), melhor conhecido por sua tradução do grego para o latim de dois tratados de Sorano de Éfeso (séculos I-II). Versando sobre doenças crônicas e enfermidades agudas, esses tratados foram originalmente publicados em separado, o primeiro, em 1529, na Basileia, e o segundo em 1533, em Paris. Embora mesmo o aparecimento do tratado sobre doenças crônicas seja posterior à redação do estudo *Krankheiten so die Vernunfft berauben*, não é de todo impossível que Paracelso tenha tido acesso inclusive a uma cópia manuscrita desse tratado, cujo Livro I apresenta considerações, amiúde demoradas, sobre pesadelo, epilepsia, mania, e melancolia³³.

32 . TEMKIN. *The Falling Sickness* traz um levantamento das sortidas causas atribuídas à epilepsia desde a antiguidade greco-latina até o século XIX.

33 . CELSO, *De medicina*, vol. I, p. 288-313; e CÉLIO AURELIANO, *On Acute Diseases and On Chronic Diseases*, p. 475-563. Para informações adicionais sobre estes e outros pensadores greco-

Em suma, são numerosas as fontes que poderiam ter alimentado as propostas de Paracelso para as causas naturais das enfermidades afetando a razão. Longe de desmerecer a originalidade da síntese iatroquímica buscada por Paracelso, investigar tais fontes poderia trazer novas luzes ao pensamento paracelsista.

REFERÊNCIAS

- BELTRAN, M H R, SAITO, F, e TRINDADE, L S P (Orgs.) **História da Ciência: Tópicos Atuais**. São Paulo: Editora Livraria da Física; CAPES, 2010.
- BRANN, N L. **Trithemius and Magical Theology: A Chapter in the Controversy over Occult Studies in Early Modern Europe**. Albany: State University of New York, 1999.
- CÉLIO A. **On Acute Diseases and On Chronic Diseases**. Edição e tradução Israel E. Drabkin. Chicago: The University of Chicago Press, 1950.
- CELSE, A C. **De Medicina**. Tradução W. G. Spencer. Londres: William Heinemann; Cambridge (E.U.A.): Harvard University Press, 1971-1994, 3 vols.
- DEBUS, Allen G. **O Homem e a Natureza no Renascimento**. Tradução Fernando Magalhães. Porto: Porto Editora, 2002 (versão portuguesa do título *Man and Nature in the Renaissance*, originalmente publicado em 1978).
- _____. **The Chemical Philosophy: Paracelsian Science and Medicine in the Sixteenth and Seventeenth Centuries**. Nova Iorque: Science History Publications, 1977, 2 vols.
- GALDSTON, I. The Psychiatry of Paracelsus. In: **Bulletin of the History of Medicine** 24, n. 3 (maio-junho 1950): 205-218.
- GREEN, C D. Where did the ventricular localization of the mental faculties come from? In: **Journal of History of the Behavioral Sciences** 39, n. 2 (primavera 2003): 131-142.
- KRAMER, H, e SPRENGER, J. **The Malleus Maleficarum**. Tradução, introdução, bibliografia e notas Rev. Montague Summers. Nova Iorque: Dover, 1971.
- MACHLINE, V. Christóbal Méndez medical ideas about the influence of joy and pleasure (rather than humor) upon health. In: **Revista de Humanidades: Tecnológico de Monterrey** 17 (outono de 2004): 115-128.

latinos, *vide* o capítulo “The Greeks and the Romans” in ZILBOORG & HENRY, **A History of Medical Psychology**, p. 36-92.

- MIDELFORT, H C E. "The Anthropological Roots of Paracelsus' Psychiatry." In: **Medizinhistorisches Journal** 16 (1981): 67-77.
- MORA, G. Paracelsus's Psychiatry: On the Occasion of the 400th Anniversary of His Book 'Diseases That Deprive Man of His Reason' (1567). In: **American Journal of Psychiatry**, 124 (dez. 1967): 803-814.
- PAGEL, W. **Paracelsus: An Introduction to Philosophical Medicine in the Era of the Renaissance**. 2ª. ed. Basileia e Nova Iorque: S. Karger, 1982.
- PARACELSO. **Four Treatises of Theophrastus von Hohenheim called Paracelsus**. Edição e prefácio Henry E. Sigerist. Tradução do alemão original e ensaios introdutórios de C. Lilian Temkin, George Rosen, Gregory Zilboorg e Henry E. Sigerist. Baltimore e Londres: The Johns Hopkins University Press, 1996 (título originalmente publicado em 1941).
- PARACELSO, **Five Hundred Years: Three American Exhibits**. Bethesda: The National Library of Medicine; Hahnemann University Library (Philadelphia); Washington University School of Medicine (Saint Louis), 1993.
- TEMKIN, O. **The Falling Sickness: A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginning of Modern Neurology**. 2ª. ed. Baltimore e Londres: The Johns Hopkins University Press, 1994 (estudo primeiramente publicado em 1945).
- WRIGHT, J P e POTTER, P (Orgs.). **Psyche and Soma: Physicians and metaphysicians on the mind-body problems from Antiquity to Enlightenment**. Oxford: Clarendon Press, 2000.
- ZILBOORG, G, & HENRY, G W. **A History of Medical Psychology**. Nova Iorque: W. W. Norton, 1941.

HISTERIA: CONSIDERAÇÕES HISTORIOGRÁFICAS E PERIODIZAÇÃO DAS CRISES HISTÉRICAS

Daniela Kurcgant

INTRODUÇÃO:

De maneira geral, os termos “histeria” ou “histérico” são bastante populares. Podem dizer respeito a manifestações bastante dramáticas, sob as formas de choros, gritos, risos e até “convulsões”. Podem também referir-se a estados místicos, ou a estados de excitação ou agitação. A histeria, por seus gestos expressivos e por seu sofrimento sublime provoca fascinação.

Do ponto de vista médico atual, a histeria não é mais reconhecida como uma categoria médica (OMS, 1993). Entretanto, na prática clínica, a histeria e os fenômenos histéricos têm importante relevância clínica, seja pela plasticidade dos sintomas histéricos, seja pelas dificuldades no seu diagnóstico.

Alguns autores (ROCCA, 1981; ÁVILA e TERRA, 2010) sugerem que a descrição “clássica” da histeria pode ser dividida em três grandes grupos de sintomas que incluem as manifestações agudas, os sintomas funcionais duradouros e os sintomas viscerais. As manifestações agudas consistem de crises histéricas maiores, que podem ter semelhanças com ataques ou convulsões, e crises histéricas menores, com estados de turvação de consciência, amnésias histéricas, crises de agitação psicomotora e desmaios.

Os sintomas funcionais duradouros incluem paralisias funcionais, espasmos musculares e alterações de sensibilidade. O grupo dos sintomas viscerais envolveria os sintomas dolorosos, sintomas gastrointestinais, sintomas gênito-urinários, queixas respiratórias e outros. Vale lembrar que, hoje, o que caracteriza a natureza dos fenômenos histéricos é a sua natureza psicogênica, com a exclusão de causas neurológicas e médicas.

Ao longo do tempo, o conceito de histeria passou por várias transformações. As constantes reformulações conduzidas pelos médicos multiplicaram as significações e as conotações do termo. Muito do que, em outras épocas, foi denominado histeria, não o é mais e, por outro lado, muitos dos sintomas que, atualmente, entende-se por histeria, antes eram atribuídos a outras doenças (ARNAUD, 2007).

No final do séc. XIX e a partir do séc. XX será a psicanálise que reorientará a disseminação da noção de histeria e proporrá uma explicação para a mesma, a histeria seria decorrente de um trauma psíquico provocado

por memórias reprimidas (TRILLAT, 1991). Desta forma, atualmente, existe uma forte relação entre a histeria e a psicanálise que, por sua vez, contrasta com a diminuição do interesse médico pela histeria.

Diante deste quadro, e para melhor compreendê-lo, pretende-se, neste capítulo, discutir um conceito particular de histeria que é a “crise histérica”, já acima mencionada. Entretanto, antes disso, vale a pena tecer algumas considerações sobre a historiografia da própria histeria.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES HISTORIOGRÁFICAS SOBRE A HISTÓRIA DA HISTERIA

A história da histeria e sua historiografia têm sido objeto de discussão nas últimas décadas. Vários livros e artigos médicos relatam que a origem da histeria teria ocorrido no Egito Antigo e resultaria da migração uterina (CHODOFF, 1982; GORDON *et al.*, 1984; MICALE, 1990; DEVINSKY, 1998; NG, 1999; CRIMLISK & RON, 2001; BLACK *et al.*, 2004; Bowman, 2006). O livro *Hysteria: the history of a disease*, sem tradução para o português, de Ilza Veith (1965), parece ser a fonte primária comum destes autores.

Veith (1965) chegou às suas conclusões, sobre a origem da histeria, a partir da leitura de papiros traduzidos. Um dos papiros interpretados é o papiro de Kahun que remonta à XII^a ou XIII^a dinastia do Egito Antigo, por volta de 1900 a.C., e que foi descoberto em 1889. Os rolos remanescentes, ainda que incompletos, fornecem-nos uma compreensão da prática dos médicos egípcios. O texto “ginecológico” divide-se em trinta e quatro parágrafos, e tratam de temas como infertilidade, gravidez, possíveis métodos de contracepção, complicações do parto e perturbações reprodutivas.

De acordo com Veith (1965), algumas das perturbações e manifestações descritas nos papiros estão relacionadas à histeria e estão associadas ao útero. Veith acredita ter encontrados nos referidos papiros evidências para uma histeria, tal como ela será descrita somente no século XX.

Outro ponto relevante é o fato de Veith, na sua obra, atribuir à Hipócrates a definição de histeria, entendendo que o termo seria derivado da palavra grega “hystera”, que, por sua vez, no grego antigo significa útero. A autora estabelece, assim, uma associação entre Hipócrates, o útero e a histeria, que será indiscriminadamente repetida em várias obras atuais de medicina, e em um número expressivo de artigos médicos sobre o assunto.

Segundo alguns estudiosos (TRILLAT, 1991; KING, 1998), a palavra “hystera” não figura em parte alguma nos textos hipocráticos. Este termo foi acrescentado, posteriormente, no século XIX, por Littré, tradutor dos textos

hipocráticos para o francês, todas as vezes que Hipócrates faz referência à expressão “sufocação da matriz”.

Ainda para esses autores, a “sufocação da matriz”, decorrente da mobilidade do útero no interior do corpo feminino serviria, segundo a medicina hipocrática, para explicar muitas doenças que acometiam as mulheres. Desta forma, parece que as interpretações de Veith ocorreram a partir dos textos traduzidos por Littré e este, por sua vez, interpretou os textos hipocráticos, de forma anacrônica, à luz dos conceitos médicos do século XIX.

Segundo King (1998), somente no século XVI é que a “sufocação da matriz” e as doenças próprias das mulheres, presentes nas teorias hipocráticas, vão estabelecer alguma relação com a histeria. Isso depois de um longo processo de circulação dos textos hipocráticos, com novas traduções e interpretações, o qual se estendeu, inclusive, pelo mundo árabe, durante toda a Idade Média. A “sufocação da matriz”, segundo esta autora, alcançou o século XVI como o resultado do encontro das teorias médicas grega, árabe e latina.

A historiografia linear e iatrocêntrica de Veith constrói uma narrativa da histeria na qual as sucessivas concepções sobre a histeria, ao longo dos séculos, alcançariam o seu apogeu com a definição atual. Desta forma, não se leva em conta as rupturas conceituais e as contradições presentes na história da histeria.

A histeria somente se tornará uma categoria médica, por volta do século XVIII, quando da preocupação emergente com a identificação e classificação das doenças, de acordo com as nosologias da época (ARNAUD, 2007). A importância deste diagnóstico médico pode ser ilustrada pelo número expressivo de publicações, na época. Entre 1730 e 1820, mais de cinquenta publicações médicas francesas tinham a histeria como tema principal. No mesmo período, foram publicados na Inglaterra cerca de trinta tratados sobre a histeria que também circularam na França, traduzidos ou não. Muitos destes tratados foram, rapidamente, reeditados e traduzidos para o espanhol e italiano, o que sugere uma expansão dos conhecimentos médicos por toda a Europa, inclusive com a disseminação através das academias médicas, sociedades de medicina e periódicos (ARNAUD, 2007).

Ao mesmo tempo, além dos tratados médicos sobre a histeria, surgiram os manuscritos, os artigos médicos, as aulas dos cursos de medicina e as teses dos estudantes que discutiam e reformulavam as concepções de histeria. As consultas médicas também eram outro local de difusão de idéias sobre a histeria. Finalmente, enquanto muitos estudos sobre a histeria procuravam aproximá-la da filosofia, em busca da legitimidade acadêmica, outras concepções sobre a histeria alcançavam tamanha popularidade que se tornavam um dos principais assuntos das “conversas de salão” (ARNAUD, 2007).

Desta forma, constata-se que a história da histeria não pode ser abordada como uma progressão precisa de um conceito, conforme sugere Veith (1965), Trillat (1991) e outros autores, mas, sim, de uma história

com sobreposições e descontinuidades, onde as idéias se desenvolvem no seu tempo e de acordo com suas próprias regras e papéis. Estes diferentes contextos do desenvolvimento das narrativas sobre a histeria requerem diferentes abordagens, nas quais se leve em consideração as motivações dos médicos, as suas pretensões e a quem dirigiam os seus discursos.

Vale ainda ressaltar que, segundo Arnaud (2007), a relação discriminatória entre as mulheres e a histeria somente vai se desenvolver ao final do século XVIII. Para a geração dos médicos do século XVIII, os vapores, um dos termos utilizados como sinônimo de a histeria, e as outras doenças nervosas poderiam acometer qualquer um, de qualquer gênero.

Na segunda metade do século XIX, o médico francês Jean Martin Charcot (1835-1893), na sua obra *Clinical lectures on diseases of the nervous system* (1889) ilustra e descreve a “crise histérica maior” e a “crise histero-epiléptica”. Estes eram quadros motores agudos de contorções, contraturas e convulsões de natureza histérica que poderiam vir seguidos por crise epiléptica. Embora Trimble (2001) refira que Charcot, ainda na sua época, tivesse uma preocupação em diferenciar as crises epilépticas das crises histéricas, será somente no séc. XX que esta diferenciação terá uma relevância clínica.

Nesta direção, a diferenciação entre a crise histérica e a crise epiléptica passou a ser um problema clínico, desafiando médicos e neurologistas. Vale a pena ressaltar que a diferenciação entre os dois tipos de crises deve, também, levar em conta a história dos conceitos de epilepsia e crise epiléptica (KURCGANT, 2010), mas que não são os objetivos deste capítulo. Finalmente, as crises histéricas, na sua diferenciação das crises epilépticas, passaram a ser objeto de investigação e relatos na literatura médica especializada, principalmente a partir da década de oitenta, com o advento das unidades de monitorização eletroencefalográfica (KURCGANT, 2010). As crises foram denominadas, além de crises histéricas, de crises histero-epilépticas, e, mais tardiamente, crises pseudo-epilépticas ou crises não-epilépticas psicogênicas. Longe de esgotar o assunto, almeja-se discutir e propor uma periodização dessas crises.

METODOLOGIA:

Segundo o pensador Georges Canguilhem (1904-1995), a ciência não trata de um objeto natural, mas configura-se essencialmente como um discurso, ou seja, um conjunto de proposições articuladas sistematicamente. Entretanto, trata-se de um tipo específico de discurso, um discurso que tem a pretensão de verdade (CANGUILHEM, 1977).

Para Canguilhem, é justamente esta característica de racionalidade, de veracidade do conhecimento científico, que explica porque a história da

ciência não pode ser descritiva ou factual. A história da ciência diz respeito à pesquisa da verdade, da normatividade interna do discurso científico e, portanto, a história da ciência deve ser uma história conceitual porque o conceito exprime primordialmente essa normatividade (MACHADO, 2006).

Nesta direção, para se investigar o conceito de crise histórica e dos conceitos dela derivados, foi realizada uma extensa pesquisa em artigos médicos de seis periódicos especializados em Neurologia e Psiquiatria no período entre 1910 e 2005. Foram escolhidos seis periódicos, três da área de Neurologia, a saber, *Neurology*, *Epilepsia*, *Seizure* e três de Psiquiatria, a saber, *British Journal of Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry* e *The Journal of Nervous and Mental Disease*.

A escolha dos periódicos obedeceu dois critérios. O primeiro deles foi a relevância no meio acadêmico em que se privilegiou a produção acadêmica norte-americana e inglesa em função da vigorosa influência que exercem no meio científico da Psiquiatria mundial. Em segundo lugar, optou-se pelos periódicos, cujos artigos, de forma sistemática e específica, abordam o tema das crises e que, por sua vez, passam a influenciar as condutas clínicas no meio neurológico e psiquiátrico.

Para tanto, a partir das palavras-chaves: *hysterical seizures*, *pseudoseizures*, *non-epileptic seizures*, *psychogenic seizures*, *psychogenic attacks*, *hysterical attacks*, *non-epileptic attack disorder*, *functional seizures*, *hysteroepilepsy*, *pseudoepilepsy*, *hysterical epilepsy*, *pseudoepileptic attacks*, foram levantados 178 artigos que, de alguma forma, discutem o conceito.

Vejamos, então, como se traduz, nestes periódicos, a trajetória do desenvolvimento conceitual nas suas principais bases discursivas, agrupadas aqui em períodos relativamente distintos em seus pressupostos epistemológicos e construções conceituais.

INÍCIO DO SÉCULO XX – DECLÍNIO DA HISTERIA E DAS CRISES HISTÓRICAS:

As primeiras décadas do século XX foram promissoras para a medicina, de maneira geral. Entretanto, o mesmo não ocorreu com a histeria e a epilepsia. Se nas décadas anteriores a epilepsia e a histeria ocupavam um papel central para a neurologia, isto mudou, e outras doenças neurológicas se tornaram mais importantes (SHORVON, 2007). A única publicação sobre o assunto ocorreu no *Epilepsia*, em 1910, *The borderline of epilepsy*, escrito pelo proeminente neurologista inglês William Turner (1910) que discute os limites entre as crises epilépticas e as crises históricas.

No início do século XX, com exceção de um círculo muito restrito de conhecedores das teorias de Freud, pouco se falava em histeria. As pacientes histéricas, que antes eram encontradas nos corredores dos manicômios, não mais existiam. Os motivos deste declínio são, ainda hoje, desconhecidos (TRILLAT, 1995). Segundo Lennox (1955), depois do estabelecimento do Eletroencefalograma, na *La Salpêtrière*, a prevalência da histeria não mais alcançava a proporção “epidêmica” de antes.

AS GRANDES GUERRAS MUNDIAIS – O RESSURGIMENTO DA HISTERIA:

Com a proximidade da I Guerra Mundial, as doenças mentais e neurológicas tornaram-se, cada vez mais importantes e a histeria, que se pensava desaparecida, ressurgiu. A teoria psicanalítica justificava-se ao explicar as causas psicológicas envolvidas com os sintomas histéricos que surgiam com a guerra. Para a maior parte das autoridades, os sintomas histéricos eram a expressão neurológica do “choque” emocional, e o tratamento proposto era a psicoterapia, por vezes mais persuasiva, através do uso de choques elétricos (TRILLAT, 1995).

De acordo com Palmer (2001), o termo “shell-shock”, como nenhum outro termo, anterior ou posterior a ele, conseguiu “encapsular os custos psicológicos da guerra”. A psicopatologia do “shell-shock” incluía um “trauma emocional” que produzia um “choque mental” que variava entre uma leve sensação de tontura até um estado de estupor que, por sua vez, poderia acarretar um quadro de amnésia, dissociação da personalidade e sintomas histéricos, como as crises histéricas.

Este diagnóstico, e suas variações, rapidamente espalharam-se entre os soldados, os oficiais médicos, alcançando, inclusive, a sociedade civil. Indivíduos que nunca estiveram na guerra, passaram a receber este diagnóstico. O “shell-shock” foi o diagnóstico psiquiátrico mais desejado entre os soldados da ativa. Entretanto, em função da sua imprecisão diagnóstica e das custosas pensões dele decorrentes, este diagnóstico foi desencorajado pelos militares ingleses e americanos, durante a II Grande Guerra (PALMER, 2001).

Strecker (1944), presidente da Associação de Psiquiatria Americana, observou que, durante a II Grande Guerra Mundial, houve um aumento da epilepsia e da histeria entre os soldados, quando comparado à primeira I Guerra Mundial, e salientou que novas técnicas e drogas hipnóticas poderiam ajudar os soldados a aliviarem seus medos e sofrimento (STRECKER, 1944). De fato, no *American Journal of Psychiatry* ocorre um aumento no número de estudos sobre hipnose, inclusive os relacionados à diferenciação

das crises epilépticas e histéricas (PETERSON et al., 1950; SCHWARTZ et al., 1955). Desta forma, estabelece-se uma relação entre as guerras e o ressurgimento das crises histéricas.

AS CRISES HISTÉRICAS – AS DÉCADAS DE 1960 E 1970:

Nas décadas de 1960 e 1970 são publicados, nos periódicos de Psiquiatria, oito artigos que tratam das crises relacionando-as a quadros de “histeria”, enquanto somente um único artigo sobre o assunto é publicado em um periódico de Neurologia (LISKE e FORSTER, 1964).

Nesta época, causou surpresa quando dois estudos (ZIEGLER et al., 1960; MERSKEY e TRIMBLE, 1979) observaram que grande parte das pacientes com histeria, incluindo a chamada histeroepilepsia, não apresentavam personalidade histórica. A personalidade histórica, por sua vez, era caracterizada por um padrão excessivo de emocionalidade e por uma busca incessante de chamar a atenção das outras pessoas sobre si, nos vários contextos sociais. As pacientes, mulheres na sua maioria, teriam um comportamento provocativo, infantil, ou sedutor e uma tendência a teatralizar suas experiências de vida (GUNDERSON e PHILLIPS, 1995).

Stefanis et al. (1976), no seu artigo, encontram uma tendência de redução na incidência da histeria entre as mulheres, incluindo as crises histéricas. Segundo os autores, apesar da histeria continuar sendo uma doença predominantemente feminina, houve um aumento no número de homens. Chodoff (1982), por sua vez, defendia que a histeria era marcada por pressões históricas e culturais. Para este autor, o distúrbio de personalidade histórica nada mais era do que uma caricatura do feminino.

O exame dos artigos sugere algumas considerações sobre o período. Em primeiro lugar, chama a atenção não somente o número representativo de artigos nos periódicos de Psiquiatria, mas, também a preocupação com a “positividade” do diagnóstico, no que concerne à histeria. A presença do termo “histeria” garantia a detecção dos fenômenos psicopatológicos, mas alguns autores (RAMANI et al., 1980; CHODOFF, 1982) temiam que o uso indiscriminado e, por vezes, pejorativo dos termos histeria, personalidade histórica e histeria conversiva, não só retirassem deles sua utilidade clínica, mas, principalmente, conduzissem a raciocínios clínicos equivocados e preconceituosos.

Em segundo lugar, os artigos do período apontam não somente um declínio da prevalência da histeria entre as mulheres, mas também um crescimento entre os homens. Existe, sim, uma afirmação da presença dos fenômenos históricos, mas não mais associado somente ao sexo feminino.

Em terceiro lugar, busca-se uma separação entre a histeria e o distúrbio de personalidade histérica. A ampla lista de sintomas e comportamentos, assim como sua variância ao longo dos séculos, revelam a fragilidade do diagnóstico de distúrbio de personalidade histérica (ALAM e MERSKEY, 1992), que facilmente poderia resvalar em diagnósticos equivocados e preconceituosos. A clara separação entre a histeria e o distúrbio de personalidade histérica será nebulosa, nas décadas seguintes, com as mudanças nos sistemas de classificação dos distúrbios mentais.

CRISE NÃO-EPILÉPTICA PSICOGÊNICA – DÉCADA DE 1980:

No ano de 1980 ocorre a publicação da terceira edição do manual de classificação dos distúrbios psiquiátricos da Associação de Psiquiatria Americana, o que acarretou mudanças profundas na Psiquiatria americana e mundial. No *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM III* (APA, 1980) os termos “histeria” e “neurose” são retirados (GUNDERSON e PHILLIPS, 1995) e o termo “crise histérica” não mais é utilizado. Na diferenciação das crises epiléticas, os neurologistas passam a utilizar muitos termos, tais como “crises pseudo-epiléticas”, “crises psicogênicas”, e muitos outros. A fim de evitar preconceitos e facilitar o raciocínio clínico, os neurologistas americanos passam a denominá-la “crise não-epilética psicogênica” (GATES, 2000).

A partir da década de 80, o número de artigos sobre as crises não-epiléticas psicogênicas nos periódicos de Psiquiatria reduz-se drasticamente (quatro artigos), a despeito do crescimento expressivo do número de artigos, nos periódicos de Neurologia (14 artigos). Destaca-se, nesse período, o surgimento do vídeo-EEG, recurso tecnológico de diagnóstico que impactou fortemente o diagnóstico de não-epiléticas psicogênicas e deslocou para a área da Neurologia o interesse no assunto. As discussões iniciadas no âmbito da Psiquiatria, nas décadas de 60 e 70, sobre a histeria foram abruptamente interrompidas.

Um dos problemas na classificação diagnóstica das não-epiléticas psicogênicas, a partir do DSM-III, diz respeito à “motivação” para a produção dos sintomas. Este aspecto torna-se de difícil apreensão quando o conceito de “inconsciente” não é mais utilizado. Introduzido pela psicanálise, o “inconsciente” foi, implicitamente, retirado do DSM-III, ao serem eliminados os termos “histeria” e “neurose”, completamente embasados na epistemologia freudiana. O DSM-III, ao mesmo tempo em que mantém em sua nosografia o termo “conversão”, obstaculiza seu desenvolvimento conceitual ao excluir o mecanismo e a teoria a ele subjacentes.

Ainda na década de 80, são publicados vários estudos que, através de testes psicológicos (KRUMHOLZ e NIEDERMEYER, 1983; WILKUS et al., 1984; SACKELLARES et al., 1985; VANDERZANT et al., 1986; HENRICHs et al., 1988; WILKUS e DODRILL, 1989; PAKALNIS et al., 1991; McDADE e BROWN, 1992; LANCMAN et al., 1993) e entrevistas padronizadas (Stewart et al., 1982) procuram avaliar a personalidade, as funções cognitivas e os diagnósticos psiquiátricos dos pacientes com não-epilépticas psicogênicas.

O desenvolvimento de todo um aparato psicométrico e estatístico não esgota, por um lado, a psicopatologia das não-epilépticas psicogênicas e, por outro lado, segundo Berrios e Marková (2006), as conseqüências da aplicação de sistemas psicométricos à clínica psiquiátrica ainda esperam por uma criteriosa investigação.

CRISES NÃO-EPILÉPTICAS PSICOGÊNICAS, ABUSO E DISSOCIAÇÃO – DÉCADA DE 1990:

A partir da década de 90 perpetua-se a preocupação com a padronização dos diagnósticos psiquiátricos relacionados à crise e os pacientes passam a receber múltiplos diagnósticos psiquiátricos; inicia-se, assim, a era da “comorbidade psiquiátrica” (JAWAD et al., 1995; BOWMAN e MARKAND, 1996; LESSER, 1996; KRUMHOLZ, 1999; DEVINSKY, 1998; ETTINGER et al., 1999; SILVA et al., 2001; MÖKLEBY et al., 2002; SZAFLARSKI et al., 2003; BINZER et al., 2004; D’ALESSIO et al., 2006; TESTA et al., 2007).

Quando os diagnósticos psiquiátricos passaram a ser formulados a partir de critérios operacionais, empiricamente delimitados e “ateóricos”, tornou-se possível que um mesmo paciente recebesse dois, três ou mais diagnósticos psiquiátricos. Em outras palavras, na ausência de um fundo psicopatológico, que ajude na compreensão e na explicação do conjunto de sintomas e do sofrimento do paciente, o diagnóstico psiquiátrico e neurológico passou a ser baseado somente na descrição dos sintomas e comportamentos que, por sua vez, estão listados e agrupados, nas várias categorias nosológicas, facilitando, assim, o múltiplo diagnóstico.

Esta ênfase no múltiplo diagnóstico tem implicações sobre as não-epilépticas psicogênicas. Kirmayer & Santhanam (2001), em um estudo de corte antropológico, mostraram que os processos culturais e sociais podem influenciar a histeria em, pelo menos, dois aspectos. Um primeiro diz respeito à crença que o paciente desenvolve sobre estar doente, envolvendo-se, assim, com exames e tratamentos. O segundo aspecto inclui as respostas da família, do sistema de saúde e do sistema social frente à doença.

O múltiplo diagnóstico, tal como oferecido pela clínica psiquiátrica atual, facilita para que a pessoa em sofrimento mental encontre uma classificação para seus males que a “legitime” como doente, aumentando a crença do paciente na sua doença. Mais do que isso, o próprio anúncio das doenças pode fornecer elementos para a formação dos sintomas dos pacientes, na medida em que podem ser incorporados através da cultura (BERRIOS e MARKOVA, 2006).

Por outro lado, o múltiplo diagnóstico, neste contexto, aumenta também a crença da família na doença do paciente e amplia, iatrogenicamente, os vínculos do paciente com o sistema de saúde. A especialização médica e a pobreza da relação médico-paciente corroboram com este processo.

Outra mudança relevante observada na década de 90 foi a emergência freqüente na literatura da associação entre os diagnósticos de crises não-epilépticas psicogênicas e história de abuso nas biografias dos pacientes (BETTS e BODEN, 1992; CARTMILL e BETTS, 1992; ALPER et al., 1993; BOWMAN e MARKLAND, 1996; ROSENBERG et al., 2000; ŞAR et al., 2004; BROWN et al., 2005).

Passam também a ser mencionados os diagnósticos de transtorno do estresse pós-traumático e os transtornos dissociativos. Estas associações merecem ser discutidas porque, conforme aponta o estudo de Van Merode (1997), a relação entre as crises não-epilépticas psicogênicas e qualquer evento de natureza sexual não fora anteriormente mencionada nos artigos médicos. Somente a partir da década de 90 é que se inicia uma proliferação de artigos nesta direção. O próprio conceito de abuso, conforme aponta Hacking (2000), tem uma história recente.

Longe de desqualificar a gravidade do evento e a relevância de se considerar os efeitos psíquicos de qualquer forma de violência física ou sexual, o fato é que, nas últimas duas décadas o abuso ficou em evidência nos artigos sobre as crises não-epilépticas psicogênicas, trazendo para o contexto médico os relatos de violência. Segundo Ian Hacking (2000), a noção de abuso surgiu, a partir da década de 1960, nos EUA, quando, gradualmente, foi se estabelecendo a relação entre o abuso infantil e o sexo. O abuso foi um conceito criado e moldado que, para além dos efeitos sobre o desenvolvimento das crianças e adolescentes, interagiu com a comunidade científica, a mídia e a sociedade.

A partir da década de 80, o abuso foi se constituindo como a pedra angular de um distúrbio mental que passou a ter proporções epidêmicas, nos EUA, o distúrbio de múltipla personalidade. Este distúrbio foi objeto de um número enorme de pesquisas, artigos médicos, seminários e aparecimentos na mídia.

Desta forma, fica estabelecida uma relação temporal entre o surgimento do “abuso”, como objeto de investigação, na década de 80, e as pesquisas sobre o abuso no contexto das crises não-epilépticas psicogênicas, na década de 90. Se, por um lado, as investigações sobre as causas e mecanismos das crises não-epilépticas psicogênicas foram fortemente influenciadas, direta

ou indiretamente, pelas pesquisas sobre abuso e transtorno de múltipla personalidade, por outro lado, não deixa de ser intrigante que tenham sido tão pouco estudadas pela Psiquiatria no período imediatamente anterior à emergência destas condições clínicas. Esta situação deixa clara influência de fatores de diferentes naturezas sobre a vitalidade dos diagnósticos psiquiátricos.

No mesmo sentido, há também, a partir da década de 90, uma retomada do interesse pela dissociação no contexto das crises não-epilépticas psicogênicas (KUYK et al., 1996; ALPER et al., 1997; FRANCIS e BAKER, 1999; PRUETER et al., 2002). A dissociação permaneceu silenciosa, no contexto da Psiquiatria, até a década de 80, quando do surgimento, no DSM-III, do transtorno de múltiplas personalidades e do transtorno de estresse pós-traumático (APA, 1980).

Segundo Ellenberger (1994), foi Pierre Janet (1859-1947) quem primeiro propôs que o psiquismo não é uma unidade e que determinados fatores podem conduzi-lo a uma ruptura e conseqüente “dissociação”. Segundo Pereira (2008), o próprio Freud sentiu-se ameaçado por Janet ao tomar contato com a sua tese de filosofia, apresentada em 1889, na qual Janet sustentava que fenômenos mentais inconscientes estariam na base dos estranhos sintomas da dissociação presentes na histeria.

O desconhecimento dos fenômenos dissociativos no âmbito da Psiquiatria e a retirada da histeria dos manuais de classificação contribuíram para a pulverização dos fenômenos histéricos e da histeria que foram distribuídos ao longo de uma série de categorias médico-nosológicas. Por outro lado, a história do conceito de crise histérica e de crise não-epiléptica psicogênica apontam para discursos que buscam a legitimidade científica, mas que apresentam rupturas e obstáculos e que são influenciados pela cultura.

REFERÊNCIAS

- ALAM, C.N, MERSKEY, H. The development of the hysterical personality. In: **History of Psychiatry**. 1992; 3(10)135-65.
- ÁVILA, L.A, TERRA, J.R. Histeria e somatização: o que mudou? In : **J Bras Psiquiatr**. 2010; 59 (4): p. 333-340.
- ALPER K, DEVINSKY, O ; PERRINE, K ; LUCIANO, D ; VAZQUEZ, B ; PACIA, S ; RHEE E. Dissociation in epilepsy and conversion nonepileptic seizures. In: **Epilepsia**. 1997; 38 (9): p. 991-7.
- ALPER, K; DEVINSKY, O; PERRINE, K; VAZQUEZ, B; LUCIANO, D. Nonepileptic seizures and childhood sexual and physical abuse. In: **Neurology**. 1993; 43: p. 1950-3.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)**. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1980.
- ARNAUD, S.M. **Narratives and politics of a diagnosis: the construction and circulation of hysteria as a medical category, 1730-1820** [tese]. New York: The City University of New York; 2007.
- BERRIOS, G.E; MARKOVÁ, I.S. Symptoms – historical perspective and effect on diagnosis. In: Blumenfeld M, Strain JJ. In: **Psychosomatic medicine**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- BETTS, T; BODEN, S. Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part II. Previous childhood sexual abuse in the aetiology of these disorders. In: **Seizure**. 1992; 1:27-32.
- BINZER, M; STONE, J; SHARPE, M. Recent onset pseudoseizures-clues to aetiology. In: **Seizure**. 2004; 13:146-155.
- BLACK, D.N; SERITAN, A.L; TABER, K.H; HURLEY, R.A. Conversion hysteria: lessons from functional imaging. In: **The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences**. 16: 245-246; 2004.
- BOWMAN, E.S. Why conversion seizures should be classified as a dissociative disorder. In: **Psychiatric Clinics of North America**. 29: 185-211; 2006.
- BOWMAN, E.S e MARKAND, O.N. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. In: **Am J Psychiatry**. 1996; 153(1): 57-63.
- BROWN, R.J; SCHRAG, A; TRIMBLE, M.R. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. In: **Am J Psychiatry**. 2005; 162: 899-905.
- CANGUILHEM, G. **Ideologia e racionalidade nas ciências da vida**. Tradução de Emília Piedade. Lisboa: Edições 70, 1977.
- CARTMILL, A; BETTS, T. Seizure behaviour in a patient with post-traumatic stress disorder following rape. Notes on the aetiology of 'pseudoseizures' [case report]. **Seizure**. 1992; 1: 33-6.
- CHARCOT, J.M. **Clinical lectures on diseases of the nervous system**. Vol 3. Londres: New Sydenham Society; 1889.
- CHODOFF, P. Hysteria and women. In: **Am J Psychiatry**. 1982; 139 (5): 545-51.
- CRIMLISK, H.L e Ron M.A. Conversion hysteria: history, diagnostic issues, and clinical practice. In: HALLIGAN, P.W e DAVID, A.S (eds.). **Contemporary approaches to the study of hysteria: clinical and theoretical perspectives** (pp. 165- 177). Oxford: Oxford University Press; 2001.
- D'ALESSIO, L; GIAGANTE, B, ODDO, S; SILVA WW, Solís P, Consalvo D, Kochen S. Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. In: **Seizure**. 2006; 15: 333-9.

- DEVINSKY, O. Nonepileptic psychogenic seizures: quagmires of pathophysiology, diagnosis, and treatment [editorial]. In: **Epilepsia**. 39 (5): 458-462; 1998.
- ELLENBERGER H. **Histoire de la découverte de l'inconscient**. Paris: Fayard; 1994.
- ETTINGER, A.B; DEVINSKY, O; WEISBROT, D.N, Ramakrishna RK, Goyal A. A comprehensive profile of clinical, psychiatric, and psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. In: **Epilepsia**. 1999;40(9):1292-8.
- FRANCIS, P e BAKER, G.A. Non-epileptic attack disorder (NEAD): a comprehensive review. In: **Seizure**. 1999; 8: 53-61.
- GATES, J.R. Epidemiology and classification of non-epileptic events. In: Gates, J.R e Rowan, A.J (Ed.). **Non-epileptic seizures**. 2nd ed. Boston: Butterworth-Heinemann; 2000. p.3-14.
- GORDON, N; KRAIUHIN C; Kelly, P; Meares R. The development of hysteria as a psychiatric concept. **Comprehensive Psychiatry** 25: 532-537; 1984.
- GUNDERSON, J.G; PHILLIPS, KATHERINE, A. Personality disorders. In: Kaplan, Harold, I; Sadock, Benjamin, J (Eds.). **Comprehensive textbook of psychiatry**, 6th ed. Baltimore: Williams e Wilkins. 1995. p.1425-1461.
- HACKING, I. **Múltipla personalidade e as ciências da memória**. Rio de Janeiro: José Olympio Editora; 2000.
- HENRICHs, T.F ; TUCKER, D. ; FARHA, J ; NOVELLY, R.A. MMPI indices in the identification of patients evidencing pseudoseizures. In: **Epilepsia**. 1988; 29 (2): 184-7.
- JAWAD, S.S.M; JAMIL, N, CLARKE, E.J; LEWIS, A, Whitecross S, Richens A. Psychiatric morbidity and psychodynamics of patients with convulsive pseudoseizures. In: **Seizure**. 1995; 4:201-6.
- KING, H. **Hippocrates' woman, reading the female body in Ancient Greece**. New York: Routledge; 1998.
- KIRMAYER LJ, SANTHANAM R. The anthropology of hysteria. In: Halligan P, BASS C, MARSHALL J. (eds.). **Contemporary approaches to the study of hysteria**. Oxford: Oxford University Press; 2001, p. 251-70.
- KRUMHOLZ A, NIEDERMEYER E. Psychogenic seizures: a clinical study with follow-up data. In: **Neurology**. 1983; 33: 498-502.
- KRUMHOLZ A. Nonepileptic seizures: diagnosis and management. In: **Neurology**. 1999; 53(Suppl 2):76-83.
- KURCGANT, D. **Uma visão histórico-crítica do conceito de crise não-epiléptica psicogênica** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

- KUYK, J e VAN DYCK, R, SPINHOVEN P. The case for a dissociative interpretation of pseudoepileptic seizures. In: **J. Nerv Ment Dis.** 1996; 184 (8):468-74.
- LANCMAN, M.E; BROTHERTON, T.A; ASCONAPÉ, J.J, PENRY, J.K. Psychogenic seizures in adults: a longitudinal analysis. In: **Seizure.** 1993;2:281-6.
- LENNOX, W.G. The reign of the uterus. In: **Epilepsia.** 1955; 4 (1): 91-98.
- LESSER, RP. Psychogenic seizures. In: **Neurology.** 1996; 46 (6): 1499-507.
- LISKE, E; FORSTER, F.M. Pseudoseizures: a problem in the diagnosis and management of epileptic patients. In: **Neurology**, v.14, p.41-49. 1964.
- MACHADO, R. **Foucault, a ciência e o saber.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2006.
- MC DADE, G e BROWN, S.W. Non-epileptic seizures: management and predictive factors of outcome. In: **Seizure.** 1992; 1:7-10.
- MERSKEY, H e TRIMBLE, M. Personality, sexual adjustment, and brain lesions in patients with conversion symptoms. In: **Am J Psychiatry.** 1979; 136 (2):179-82.
- MICALE, M.S. Hysteria and its historiography: the future perspective. In: **History of Psychiatry.** 1:33-124; 1990.
- MÖKLEBY K; BLOMHOFF S; MALT U.F; DAHLSTRÖMA, TAUBÖLL, E; GJERSTAD, L. Psychiatric comorbidity and hostility in patients with psychogenic nonepileptic seizures compared with somatoform disorders and healthy controls. In: **Epilepsia.** 2002; 43(2):193-8.
- NEMIAH, J.C. Dissociative disorders. In: KAPLAN, H.I e SADOCK, B.J (Eds.). **Comprehensive textbook of psychiatry**, 4th ed. Baltimore: Williams e Wilkins. p.1281-1293; 1995.
- NG BY. Hysteria: a cross-cultural comparison of its origins and history. In: **History of Psychiatry.** 10:287-301; 1999.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- PAKALNIS, A ; DRAKE Jr., M.E, PHILLIPS, B. Neuropsychiatric aspects of psychogenic status epilepticus. In: **Neurology.** 1991; 41:1104-6.
- PALMER, I.P. War-based hysteria – the military perspectives. In: HALLIGAN, P.W e DAVID, A.S (eds.). **Contemporary approaches to the study of hysteria: clinical and theoretical perspectives** (pp. 12-35). Oxford: Oxford University Press; 2001.
- PEREIRA, M.E.C. Pierre Janet e os atos psíquicos inconscientes revelados pelo automatismo psíquico das históricas. In : **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.** 2008; 11 (2): 301-9.

- PETERSON, D.B ; SUMMER, J.W ; JONES, G.A. Role of hypnosis in differentiation of epileptic from convulsive seizures. In: **Am J Psychiatry**. 1950; 107: 428-31.
- PRUETER, C; SCHULTZ-VENRATH, U; RIMPAU, W. Dissociative and associated psychopathological symptoms in patients with epilepsy, pseudoseizures, and both seizure forms. In: **Epilepsia**. 2002; 43(2):188-92.
- RAMANI, S.V; QUESNEY, L.F; OLSON, D; GUMNIT, R.J. Diagnosis of hysterical seizures in epileptic patients. In: **Am J Psychiatry**. 1980; 137(6):705-709.
- ROCCA, R.E. La psiconeurosis histérica y sus limites psicopatológicos y clínicos. In : **Acta Psiquiat Psicol Amer Lat**. 1981; 27(3):209-218.
- ROSENBERG, H.J ; ROSENBERG, S.D, WILLIAMSON, P.D ; WOLFORD, II GL. A comparative study of trauma and posttraumatic stress disorder prevalence in epilepsy patients and psychogenic nonepileptic seizure patients. In: **Epilepsia**. 2000; 41 (4): 447-52.
- SACKELLARES, J.C; GIORDANI, B; BERENT, S; SEIDENBERG, M; DREIFUSS, F.E; VANDERZANT, C.W; BOLL, T.J. Patients with pseudoseizures: intellectual and cognitive performance. In: **Neurology**. 1985; 35: 116-9.
- ŞAR, V; AKYÜZ, G; KUNDAKÇI, T; KIZILTAN, E; DOĞAN, O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. In: **Am J Psychiatry**. 2004; 161: 2271-6.
- SCHWARTZ, B.E; BICKFORD, R.G; RASMUSSEN, W.C. Hypnotic phenomena, including hypnotically activated seizures, studied with electroencephalogram. In: **J Nerv Ment Dis**. 1955; 122 (6): 564-74.
- SHORVON, S. The early history (1909-1961) of Epilepsia, the journal of the International League Against Epilepsy, and its echoes today. In: **Epilepsia** 2007; 48 (1): 1-14.
- SILVA, W ; GIGANTE, B, SAIZAR, R ; D'ALESSIO, L ; ODDO, S ; CONSALVO, D ; SAIDON, P ; KOCHEN, S. Clinical features and prognosis of nonepileptic seizures in a developing country. In: **Epilepsia**. 2001; 42 (3): 398-401.
- STEFANIS, C; MARKIDIS, M; CHISTODOULOU, G. Observations on the evolution of The hysterical symptomatology. In: **Br J Psychiatry**. 1976; 128: 269-75.
- STEWART, R.S; LOVITT, R; STEWART, R.M. Are hysterical seizures more than hysteria? A research diagnostic criteria, DSM-III, and psychometric analysis. In: **Am J Psychiatry**. 1982; 139 (7): 926-9.
- STRECKER, E. The leaven of psychiatry in war and in peace [editorial]. In: **Am J Psychiatry**. 1944; 100:1-2.

- SZAFLARSKI, J.P; HUGHES, C; SZAFLARSKI, M; FICKER, D.M; CAHILL, W.T; LI, M; PRIVITERA, M.D. Quality of life in psychogenic nonepileptic seizures. In: **Epilepsia**. 2003; 44 (2): 236-42.
- TESTA, S.M; SCHEFFT, B.K; SZAFLARSKI, J.P; YEHN, H.S, PRIVITERA, M.D. Mood, personality, and health-related quality of life in epileptic and psychogenic seizure disorders. In: **Epilepsia**. 2007; 48 (5): 973–82.
- TRILLAT, E. Conversion disorder and hysteria. In: BERRIOS, G e PORTER, R (eds.). **A history of clinical psychiatry: the origin and history of psychiatric disorders**. London/ New Brunswick (New Jersey): The Athlone Press; 1995, p.433-41.
- TRILLAT, É. **História da histeria**. São Paulo: Editora Escuta; 1991.
- TRIMBLE, M.R. Non-epileptic seizures. In: HALLIGAN, P.W, DAVID, A.S (eds.). **Contemporary approaches to the study of hysteria: clinical and theoretical perspectives** (pp. 143-154). Oxford: Oxford University Press; 2001.
- TURNER, W. The borderline epilepsy. In: **Epilepsia**. 1910; A2(2):101-110.
- VANDERZANT, C.W; GIORDANI, B; BERENT, S; DREIFUSS, F.E; SACKELLARES, J.C. Personality of patients with pseudoseizures. In: **Neurology**. 1986; 36: 664-8.
- VAN MERODE, T; DE KROM, M.C.T.F.M E KNOTTNERUS, J.A. Gender-related differences in non-epileptic attacks: a study of patients' cases in the literature. In: **Seizure**. 1997; 6: 311-5.
- VEITH, I. **Hysteria: the history of a disease**. Chicago: University of Chicago; 1965.
- WILKUS, R.J e DODRILL, C.B. Factors affecting the outcome of MMPI and neuropsychological assessments of psychogenic and epileptic seizure patients. In: **Epilepsia**. 1989; 30 (3): 339-347.
- WILKUS, R.J; DODRILL, C.B; THOMPSON, P.M. Intensive EEG monitoring and psychological studies of patients with pseudoepileptic seizures. In: **Epilepsia**. 1984; 25 (1): 100-7.
- ZIEGLER, F.J; IMBODEN, J.B; Meyer, E. Contemporary conversion reactions: a clinical study. In: **Am J Psychiatry**. 1960; 116:901-10.

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE: HISTÓRIA DO DIAGNÓSTICO

Gustavo Bonini Castellana
Daniel Martins de Barros

INTRODUÇÃO:

A história da definição, conceituação, diagnóstico e clínica dos chamados *Transtornos da personalidade* nos colocam frente a um campo de imbricações ímpar entre o saber médico, psicológico, social e filosófico, que nos remete à reflexão sobre as implicações dos elementos socioculturais no estabelecimento da autoridade e legitimidade do saber médico em cada momento histórico. (STARR, 1991)

Entre as diversas postulações críticas habitualmente associadas a este diagnóstico estão, de um lado, os potenciais abusos cometidos pela medicina ao enquadrar comportamentos humanos excêntricos ou anormais dentro das categorias patológicas. Sabe-se que a psiquiatria é um campo particularmente sensível a esta tendência, por contar com variáveis pouco objetiváveis para o estabelecimento de seus critérios diagnósticos.

Quando se trata do diagnóstico de Transtornos da personalidade, a questão se torna ainda mais delicada, já que existe aqui uma dificuldade psicopatológica incomum para seu diagnóstico. Considerando o conceito de personalidade como um padrão global de ser, agir, pensar, sentir que já são únicas de cada indivíduo, fica evidente a dificuldade em encontrar a característica patológica em algo que se é singularmente e desde sempre. Diversos psiquiatras, amparados pela psicopatologia fenomenológica de Karl Jaspers (JASPERS, 2000), vêm tentando ao longo de todo o século XX melhor equacionar esta questão.

Em que pesem as abundantes críticas à atual nosografia psiquiátrica, cotidianamente, nos prontos-socorros e consultórios médicos, constata-se a presença de indivíduos que, com seu modo singular de relacionar e de ser no mundo, “sofrem ou fazem sofrer a sociedade” (SCHNEIDER, 1943), fortalecendo o uso de tais categorias diagnósticas. Sabe-se, no entanto, que a validade clínica de um diagnóstico não é suficiente para sua validade e utilização, e que os valores e interesses da sociedade são fundamentais para o estabelecimento da legitimidade do saber médico. (STARR, 1991)

Tais elementos têm sido pouco estudados dentro da história da medicina, em especial na psiquiatria, onde a implicação sociocultural

sobre os diagnósticos é ainda maior. No presente artigo tentamos resgatar as origens do conceito de Transtorno de personalidade com enfoque nos referenciais históricos que permearam o surgimento e consagração deste conceito.

Partiremos das noções primeiras de temperamento na Grécia Antiga, passando pela construção do conceito de personalidade no século XIX, para finalmente chegarmos às descrições e definições de personalidades patológicas - modernamente denominadas transtornos da personalidade - no século XX. Examinaremos as condições socioculturais de surgimento deste diagnóstico e seu estabelecimento como entidade psicopatológica consagrada na medicina. Por fim, apontaremos as permanências e rupturas deste percurso histórico na prática médico-psiquiátrica do século XXI.

TEMPERAMENTO: DA TEORIA DOS HUMORES DE HIPÓCRATES À FILOSOFIA DE KANT NO SÉCULO XIX:

Hipócrates (século IV - V A.C.), desenvolveu a teoria dos humores corporais para explicar os estados de saúde e doença. Em sua dissertação intitulada “Sobre a natureza humana” deduz dos quatro elementos primários do universo, terra, ar, fogo e água, quatro qualidades: calor, frio, úmido e seco, as quais foram relacionadas a quatro humores corporais: sangue, fleuma, bile branca e bile negra. O equilíbrio adequado entre estes humores determinaria a saúde, e o desequilíbrio causaria a doença (STRELAU, 1998; RIBEIRO JR., 2005).

Baseado na teoria de Hipócrates, Galeno desenvolveu a primeira tipologia do temperamento, descrita em sua monografia “*De Temperamentis*”, onde distinguiu e descreveu nove temperamentos: quatro temperamentos primários relacionados à dominância de uma das quatro qualidades descritas por Hipócrates; quatro temperamentos secundários, derivados do pareamento entre as qualidades, e um temperamento resultado da mistura estável das quatro qualidades, considerado como temperamento ideal (STRELAU, 1998).

Os quatro temperamentos primários estabelecidos e descritos por Galeno, são conhecidos entre teóricos e leigos, sendo nomeados de acordo com os humores predominantes no corpo: 1) tipo sangüíneo, caracterizado por indivíduos atléticos e vigorosos, nos quais o humor corporal predominante era o sangue; 2) tipo colérico, indivíduos facilmente irritáveis, nos quais predominava a bile amarela; 3) tipo melancólico, indivíduos tristes e melancólicos que exibiam excesso de bile negra; e 4) tipo fleumático, indivíduos cronicamente cansados e lentos em seus movimentos, que possuíam excesso de fleuma (ITO, 2002).

A teoria dos humores foi muito influente, a ponto de notarmos seus reflexos na linguagem cotidiana até hoje, quando falamos que um sujeito está mau humorado, ou que sua reação foi biliosa. Apesar disso, foi sendo abandonada progressivamente em favor das teorias “morais” em oposição às orgânicas, dando origem ao que Janet chamou de período metafísico da personalidade, no qual os escritores buscavam separar a personalidade de uma substância, e que se estendeu até fins do século XVIII (BERRIOS, 1996).

A partir do início do século XIX no entanto, novamente houve um movimento de retorno à busca dos determinantes orgânicos da personalidade, sendo possível observar uma releitura da tipologia estabelecida pelos antigos gregos nas teorias de temperamento de estudiosos alemães como Immanuel Kant e Wilhelm Wundt. Immanuel Kant, em 1798, publicou sua “Antropologia”, na qual descrevia sua teoria de temperamento. Considerava este constructo como um fenômeno psicológico, compreendido por traços psíquicos determinados pela composição do sangue, que estaria relacionada a facilidade ou dificuldade da coagulação sanguínea e também sua temperatura. Kant distinguiu quatro tipos de temperamento considerando a composição sanguínea e usando critérios de energia de vida, que oscilam da excitabilidade à sonolência, além de características do comportamento dominante como emoção versus ação: 1) *sangüíneo*, caracterizado pela força, rapidez e emoções superficiais; 2) *melancólico*, designado pelas emoções intensas e vagarosidade das ações; 3) *colérico*, rapidez e impetuosidade no agir; e 4) *fleumático*, caracterizado pela ausência de reações emocionais e vagarosidade no agir (STRELAU, 1998; ITO, 2002).

DA FILOSOFIA À PSICOLOGIA: A CONSTITUIÇÃO DO CONCEITO DE PERSONALIDADE:

De acordo com Berrios (1996), “personalidade” começou a vida como uma palavra filosófica. Aquinas mencionava isso como a condição ou modo de aparência de uma pessoa. O termo foi psicologizado por Hume e Kant, e o processo completado por Maine de Biran e J. S. Mill. Durante a maior parte do século XIX, no entanto, personalidade era usado para se referir aos aspectos subjetivos do self e portanto tinha um significado diverso do adotado nos dias de hoje.

Berrios, buscando por livros do século XIX em transtornos, variações e alterações da personalidade, mostra que seus autores não concebiam tipos de personalidade no sentido atual; ao invés disso, eles analisavam os mecanismos de consciência do self, e fenômenos referentes à desintegração da consciência tais como sonambulismo, anestesia histérica,

escritos automáticos, alucinações, personalidades múltiplas, e transtornos da memória. “Isto sugere que, naquele tempo, escritores clínicos e experimentais compartilhavam a visão de que personalidade era equivalente ao self interno. Durante o início do século XX, esforços foram feitos para escapar desta abordagem estreita sugerindo que mudanças patológicas na consciência refletiam alterações na percepção da personalidade mais do que na personalidade em si mesma”, esclarece.

Ainda de acordo com o autor, havia duas teorias psicológicas durante o século XIX. A Psicologia das capacidades considerava a mente como um conjunto de poderes, capacidades e funções; a mais popular sendo uma divisão tripartite entre intelectual, emocional e conativa (volitiva). O associacionismo, primeiramente proposto por Hobbes, Locke e outros filósofos britânicos, incluía a suposição de que a mente é um quadro vazio e que o conhecimento origina-se de simples idéias (obtidas pelos sentidos) ou de combinações de simples idéias através de regras de associação. No final do século XIX, Thomas Reid e outros filósofos escoceses, assim como Kant, expressaram uma preferência por versões diferentes da Psicologia das competências, sendo seu principal argumento o de que a experiência sozinha não poderia explicar todo o conhecimento, isto é, de que estruturas inatas eram necessárias. No começo do século XIX ambas as teorias psicológicas competiam pela supremacia. A Psicologia das competências inspirou a frenologia, uma visão que deu ascensão para as primeiras tipologias da personalidade. O associacionismo, por sua vez, foi instrumental para o desenvolvimento da psicofísica e quantificação em psicologia. Ambas contribuíram para a criação de conceitos como traços, tipo e caráter.

A passagem da filosofia para a psicologia ganhou força com o trabalho do psiquiatra alemão Emil Kraepelin, para quem os sintomas mentais eram explicáveis por causas orgânicas e genéticas, propondo mudar de uma visão da psiquiatria que ele denominou sintomática para a visão clínica. Influenciado por Morel, ele resgatou o termo “personalidades psicopáticas”, atribuindo-lhes contudo uma causa hereditária, em linha com a teoria da degenerescência, influenciando profundamente os psiquiatras a partir de então. (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2010).

“PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS”: SURGIMENTO DE UMA NOVA CATEGORIA DIAGNÓSTICA :

O conceito de psicopatia remonta sua origem a diversas descrições clássicas entre os psicopatologistas do século XIX: “*manie sans delire*” de Pinel e a “*moral insanity*” de Prichard. Identifica-se ainda em Morel e

Lombroso descrições clínicas muito semelhantes à psicopatia. Lombroso, no final dos anos 1880, propôs sua teoria do “delinquente nato”, sugerindo uma correlação entre personalidade e tendência inata ao crime. O criminoso nato seria alguém marcado por certos estigmas na estrutura facial e na simetria corporal (HENRIQUES, 2009).

Na literatura psiquiátrica, atribui-se frequentemente a Koch o emprego do termo “psicopático”, que o citou pela primeira vez em sua obra *As Inferioridades Psicopáticas*, de 1891. Portanto, deve-se à escola de psiquiatria alemã, por meio de Koch, a introdução do termo “psicopatia” na sua acepção moderna (HENRIQUES, 2009).

Vale ressaltar que, no século XIX, a expressão “psicopata” era utilizada pela literatura médica em seu sentido amplo, para designar os doentes mentais de modo geral, não havendo ainda uma ligação entre a psicopatia e a personalidade anti-social. Na Alemanha oitocentista, contudo, essa expressão foi paulatinamente adquirindo um sentido mais restrito, na medida em que ela foi sendo acoplada pela psiquiatria germânica aos conceitos de “personalidade” e “constituição” (HENRIQUES, 2009). As tipologias negativas de Kraepelin acerca das “personalidades psicopáticas” contribuiriam para o direcionamento do conceito de psicopatia rumo ao anti-social. (idem).

Kurt Schneider adotou a nosografia kraepeliniana relativa às personalidades psicopáticas, renegando, contudo, as denominações de tipos com base em características socialmente negativas. À semelhança de Gruhle, Schneider concebia a psicopatia como uma variação a partir da média, que tanto poderia ter um caráter negativo (anti-social) quanto um positivo (gênio). Apesar de também enfatizar o valor da disposição constitucional em detrimento das experiências e vivências pessoais na patogenia da psicopatia, ele a concebia como sendo o fruto de desvios quantitativos, e não como uma manifestação mórbida em si mesma. Para Schneider, as personalidades psicopáticas seriam subtipos de personalidades anormais (variações estatísticas da média normal), com a peculiaridade de sofrerem ou fazerem sofrer a sociedade com sua anormalidade. (SCHNEIDER, 1943).

CLASSIFICAÇÕES ATUAIS DOS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE: PERMANÊNCIAS HISTÓRICAS :

As classificações atuais utilizadas e reconhecidas mundialmente para o diagnóstico dos transtornos mentais são definidas pela 4ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV TR) da *American Psychiatric Association* (APA) e pela 10ª edição da Classificação

Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS).

De acordo com a CID-10,

“este agrupamento compreende diversos estados e tipos de comportamento clinicamente significativos que tendem a persistir e são a expressão característica da maneira de viver do indivíduo e de seu modo de estabelecer relações consigo próprio e com os outros. Alguns destes estados e tipos de comportamento aparecem precocemente durante o desenvolvimento individual sob a influência conjunta de fatores constitucionais e sociais, enquanto outros são adquiridos mais tardiamente durante a vida (...) Eles representam *desvios extremos ou significativos* das percepções, dos pensamentos, das sensações e particularmente das relações com os outros *em relação àquelas de um indivíduo médio de uma dada cultura*. Tais tipos de comportamento são geralmente estáveis e englobam múltiplos domínios do comportamento e do funcionamento psicológico. Frequentemente estão associados a sofrimento subjetivo e a comprometimento de intensidade variável do desempenho social.” (OMS, 1993).

De forma semelhante, o DSM-IV define os Transtornos da personalidade como:

“(...) padrões persistentes no modo de perceber, relacionar-se e pensar sobre o ambiente e sobre si mesmo exibidos em uma ampla faixa de contextos sociais e pessoais. Apenas quando são inflexíveis e mal-adaptativos e causam prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativo, os traços de personalidade configuram um Transtorno de Personalidade” (APA, 2002).

Em relação especificamente ao diagnóstico de psicopatia, o DSM-IV descreve-o como sinônimo de Transtorno da personalidade antissocial, a qual é definida da seguinte forma: “(...) um padrão invasivo de desrespeito e violação dos direitos dos outros, que inicia na infância ou começo da adolescência e continua na idade adulta. Este padrão também é conhecido como Psicopatia, Sociopatia ou Transtorno de Personalidade Dissocial” (APA, 2002).

Para a CID-10, o transtorno é caracterizado

“por um desprezo das obrigações sociais, falta de empatia para com os outros. *Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas*. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas

punições. Existe uma baixa tolerância à frustração e um baixo limiar de descarga da agressividade, inclusive da violência. Existe uma tendência a culpar os outros ou a fornecer racionalizações plausíveis para explicar um comportamento que leva o sujeito a entrar em conflito com a sociedade.” (OMS, 1993).

Dessa forma, seja na definição dos Transtornos da personalidade ou especificamente de Transtorno da personalidade antissocial, pela CID-10 ou pela DSM-IV, fica inequívoca a participação até os dias de hoje das referências culturais e sociais para o estabelecimento de seus critérios diagnósticos. Tais fatores ficam claros na descrição proposta pela CID-10 para os Transtornos da personalidade: “desvios extremos ou significativos (...) em relação àquelas de um indivíduo médio de uma dada cultura”, e na definição dos Transtornos da personalidade antissocial, como “um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas”. (APA, 2002; OMS, 1993).

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE: INTERFACES DA RELAÇÃO DA PSQUIATRIA COM A SOCIEDADE:

Se desde sempre houve sujeitos que se desviavam da média, com comportamentos que, por serem raros, eram ditos anormais, nem sempre esses sujeitos foram considerados objeto de atenção da medicina, não se falando, à época, em doença, menos ainda em doença mental. No século XIX e início do século XX, após a grande transição social que acompanhou a progressiva urbanização e consolidação dos Estados soberanos, como por exemplo as unificações alemã e italiana, surge a necessidade cada vez maior de o Estado exercer algum tipo de controle sobre as pessoas, aumentando sua ingerência e intervenção no dia-a-dia da comunidade (MACHADO, 1978).

Diante de tal demanda para o adequado funcionamento da máquina estatal, como uma extensão do contrato social em que o cidadão abre mão da plena liberdade em função da segurança, nascem as “polícias”: inicialmente não encarada como sinônimo de policiamento ostensivo, mas sim como um conjunto de conhecimentos e práticas administrativas para organizar a sociedade, alocando os recursos nos lugares certos para que a sociedade crescesse, para o bem-estar dos cidadãos e estruturação social.

As polícias passam então a englobar o controle dos números de pessoas, nascimento e morte; combate aos vícios, estímulo da maternidade, intervenções urbanas, supervisão das profissões de saúde e criação de uma autoridade médica. O conceito de polícia médica, surgido não por

acaso na Alemanha, levará então a medicina para o seio da sociedade, e especialmente no meio urbano, eleito como alvo da atenção médica por predispor a uma série males. As condições de moradia, de alimentação, os vícios, a ociosidade, a aglomeração, o amor ao jogo, o desregramento social que viceja na cidade é doentio, e se a sociedade dá ensejo ao adoecimento, é sobre ela que o médico terá que atuar. É a época dos médicos geógrafos, urbanistas, criminólogos, biólogos, demógrafos, que abordarão a urbe em seus componentes naturais, urbanísticos e insitucionais, para aniquilar as ameaças: surge o conceito de periculosidade e sua prevenção (MACHADO, 1978).

Dessa relação de servir ao poder instituído a medicina ganha legitimidade, datando também dessa época o estabelecimento dos limites da profissão médica, sua regulamentação, definição de escolas aptas a formar médicos e das pessoas autorizadas a exercer esse ofício. Só para exemplificar, no Brasil, ainda em 1922, no Congresso Nacional dos Práticos, debatia-se a identidade da profissão médica, buscando delimitar seu campo de atuação e diferenciar de outras práticas de cura (BONELLI, 2002) - eis aqui uma persistência histórica clara nos infindáveis debates sobre as leis do ato médico.

O foco da atenção muda, com esse movimento, da doença para a saúde, e o médico, até então atuando sobretudo de forma reativa, já que as pessoas procuravam um profissional somente quando adoeciam, tendo em mente medicina exclusivamente curativa, passa atuar de maneira preventiva. Com o progressivo conhecimento sobre as causas das doenças e suas possibilidades de prevenção, a medicina assume um papel proativo, orientada para a cidade e para o bem estar dos cidadãos produtivos (MACHADO, 1978).

Uma vez que se enxergue a saúde do ponto de vista da relação do indivíduo com a sociedade, fica claro que aqueles sujeitos que diferem da norma no seu modo de ser e estabelecer relações serão considerados “não saudáveis”. A psiquiatria estenderá seus conceitos de doença, então, para além dos alienados, passando a englobar em seus sistemas de classificação os anormais. Não apenas as pessoas que, por uma quebra com a realidade, como os psicóticos, ou por qualquer outro processo que incida sobre eles, como a depressão ou a demenciação, mas todos aqueles refratários à disciplina, quer sejam criminosos recorrentes, prostitutas, jogadores ou quem apresente um comportamento anormal, adentram a esfera da doença mental.

Tanto é assim que o trabalho seminal onde se definem os conceitos de “transtornos da personalidade” como os conhecemos hoje veio à luz no livro “Personalidades psicopáticas”, de Kurt Schneider, originalmente publicado em 1923 (SCHNEIDER, 1943). Schneider é literal ao tratar do tema da personalidade: ela se constituiria dos “sentimentos e as tendências não corpóreas e a vontade”, e quando se desvia da média é chamada personalidade anormal. O autor frisa que não há aqui qualquer juízo de valor, senão uma variação da faixa mediana dos sentimentos e comportamentos individuais. No entanto, quando essa variação é de tal sorte que as pessoas que as

apresentam “sofrem ou fazem sofrer a sociedade”, aí então são alcunhadas “personalidades psicopáticas”. Salta aos olhos o fato de ser a relação com a sociedade elemento essencial para tal diagnóstico, no início do século XX, justamente quando a saúde era definida pela adequada integração social.

A figura 1 mostra como, pesquisando uma base de dados de pouco mais de 5 milhões de livros, vê-se claramente que o termo “*personality disorder*” só começa a aparecer na literatura a partir da segunda década do século XX, aumentando sua ocorrência lentamente até os anos 80, quando, apresenta um salto cujo pico se dá pouco antes do início do século XXI, quando apresenta uma nova inflexão. Não deixa de ser tentador especular se tal diagnóstico estaria perdendo algo de sua função original com as transformações pelas quais a sociedade vem passando.

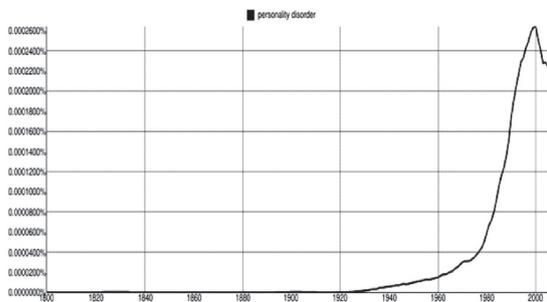


Figura 1: Pesquisa do termo “*personality disorder*” na base de dados “*google n-gram viewer*”.

CONCLUSÕES:

A história do diagnóstico de *Transtorno da personalidade* nos revela que o saber médico e, em especial, o psiquiátrico, não é isento das influências socioculturais do contexto onde se insere. Tal característica não destitui a relevância dos fatores biológicos e psicológicos no desenvolvimento dos transtornos mentais, apenas revela que a legitimidade do saber médico se constitui a partir também das demandas políticas, ambientais e sociais de seu tempo.

A Psiquiatria passou a gozar, nas últimas décadas, de novo *status* junto à sociedade e às demais áreas da Medicina, graças, em parte, à melhora nas condições de tratamento. Vale lembrar, em tempo, que a psiquiatria praticada antes do surgimento dos psicotrópicos era ainda marcada por limitados recursos terapêuticos - ao que se pode atribuir o farto desenvolvimento da

psicopatologia nesta época, quando, devido a falta de tratamentos eficazes para os transtornos, as manifestações psicopatológicas se mantinham intactas por longos períodos.

Com a introdução dos psicotrópicos na década de 60, a clínica psiquiátrica passou a sofrer mudanças radicais, com melhora substancial na qualidade do tratamento prestado e no prognóstico dos transtornos mentais, constituindo assim uma ruptura marcante na história do tratamento psiquiátrico. O avanço das técnicas de genética e de neuroimagem têm dado um novo fôlego na busca de tratamentos biológicos ainda mais eficazes, consolidando esta nova condição.

No entanto, o diagnóstico psiquiátrico conserva ainda, de forma intacta ao longo de todos estes anos, como tentamos demonstrar estudando os *Transtornos da personalidade*, a sua interface com a cultura, a sociedade e seus valores. Tal interrelação exige do psiquiatra a mínima articulação de seu saber com as áreas da filosofia e da história da medicina, a fim de evitar o isolamento de seu conhecimento em um viés organicista (BERGERET, 1991), o que certamente limitaria a sua capacidade de compreensão e intervenção frente àqueles que sofrem de transtornos mentais.

Dessa forma, se por um lado percebemos uma ruptura histórica com a mudança dos paradigmas de tratamento das doenças mentais, percebemos, por outro, uma permanência histórica da interface do diagnóstico psiquiátrico com as outras áreas do conhecimento humano.

Acreditamos ser esta uma permanência irredutível da psiquiatria. Abordamos neste capítulo a história do diagnóstico dos *Transtornos da personalidade* por nos parecer ser a área da psiquiatria, e talvez de toda a medicina, onde esta interface com as demandas socioculturais do seu tempo se revela de maneira mais evidente, mas certamente tais relações podem e devem ser estabelecidas em outras áreas da Psiquiatria e da Medicina, sendo este um exercício epistemológico imprescindível sempre que estiver em pauta o estabelecimento de novas nosologias médicas.

REFERÊNCIAS

- APA. **DSM IV TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BERGERET, J. **Personalidade Normal e Patológica**. . Porto Alegre: Artes Medicas, 1991.
- BERRIOS, G. E. **The history of mental symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century**. Cambridge University Press, 1996
- BONELLI, M. D. Os médicos e a Construção do profissionalismo no Brasil. **Historia, ciencias, saude**, 9 (2), 2002.

- HENRIQUES, R. P. De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, 12, 2009.
- ITO, P. Diferenças individuais: temperamento e personalidade; importância da teoria. In: **Rev. Estudos de Psicologia**, 19, p. 91-100, 2002.
- JASPERS, K. **Psicopatologia Geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia**. 8a ed. Sao Paulo: Atheneu, 2000.
- MACHADO, R. **Da nação da Norma: a Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde** 10ª rev. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- RIBEIRO Jr., W. **Hipócrates, in H.F. Cairus & , Textos hipocráticos - O doente, o médico e a doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- SCHNEIDER, K. **Las personalidades psicopaticas**. 1ª ed. Madrid: Ediciones Morata, 1943.
- SHINE, S. **Psicopatia**. Sao Paulo: Casa do psicólogo, 2000.
- STARR, P. *La transformacion social de la medicina en los Estados Unidos de America*. Mexico: Biblioteca de la salud, 1991.
- STRELAU, J. **Temperament: a psychological perspective**. New York: Plenum. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Antisocial Personality Disorder: Treatment, Management and Prevention. Leicester (UK): British Psychological Society; 2010. (NICE Clinical Guidelines, No. 77.)

JACQUES LACAN - DA PSIQUIATRIA À PSICANÁLISE: UMA ESCOLHA PELO INCONSCIENTE

Sandra Arruda Grostein

O objetivo deste trabalho é resgatar, na trajetória de Jacques Lacan, um debate presente no âmbito da Saúde Mental nos anos 60 do século XX na França e também no Brasil, sobre a importância do conceito freudiano de Inconsciente na prática das psicoterapias. Jacques Lacan, psiquiatra e psicanalista francês (13/04/1901 a 9/09/1981), foi autor de fundamental importância para a difusão da psicanálise no mundo. Em sua biografia destaca-se a coincidência do momento em que iniciava a carreira médica com o interesse pela psicanálise, que ganhava impulso considerável em todos os setores do pensamento francês ¹.

Em 13 de abril de 1901, nasceu, em Paris, Jacques Marie Émile Lacan, filho mais velho do casal Alfred e Émile Lacan, que tiveram, além dele, mais três filhos, dois meninos e uma menina, sendo que o segundo faleceu um mês depois do nascimento. Sua vida escolar se deu no colégio *Stanislas*, “onde eram admitidos os melhores rebentos das famílias da alta e média burguesia católica” ². Foi neste ambiente que Lacan recebeu uma formação clássica, onde Descartes ocupava lugar privilegiado, fazendo jus à divisa do brasão do colégio: “Francês sem medo, cristão sem mácula” ³.

Lacan optou por estudar medicina e seguir a psiquiatria num momento em que a psicanálise estava muito presente no ambiente intelectual francês no qual havia “de um lado, a via médica, cujos pioneiros criavam em 1925 o grupo da Evolução Psiquiátrica, e a seguir em 1926, a Sociedade Psicanalítica de Paris e, de outro, a via das vanguardas literárias e filosóficas” ⁴.

Nos anos em que se dedicou à formação psiquiátrica, não sem antes ter se especializado em neurologia, estudou em Saint-Anne ⁵, e estagiou na enfermaria especial da Chefatura de Polícia ⁶. Depois disso, passou dois anos no hospital Henri-Rousselle, onde recebeu o diploma de médico legista; em 1930 fez mais um estágio, que durou dois meses, na clínica de Burgözli ligada à Universidade de Zurique ⁷.

1 ROUDINESCO, Jacques Lacan: Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento, p. 31.

2 Idem.

3 Ibid.

4 Ibid.

5 Hospital Saint-Anne, centro manicomial e o local onde Lacan proferiu posteriormente durante dez anos os seus primeiros seminários.

6 Local onde eram recebidos os doentes urgentes e perigosos, e onde Gáetan Gatian de Clérambault foi o médico-chefe até 1934, a quem Lacan homenageia dizendo ser este seu único mestre em psiquiatria.

7 ROUDINESCO, Jacques Lacan: Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento, p. 31.

Elisabeth Roudinesco, em sua biografia, postula que o ano de 1931 foi importante para o futuro de Lacan, pois ele entrou em contato com as propostas surrealistas, em particular a tese de Salvador Dalí sobre a paranoia:

“Ele começou a efetuar uma síntese, a partir da paranoia, de três domínios do saber: a clínica psiquiátrica, a doutrina freudiana e o segundo surrealismo. Essa síntese se apoiava sobre um notável conhecimento de filosofia — Spinoza, Jaspers, Nietzsche, Husserl e em particular Bergson, — lhe permitirá elaborar a tese de medicina, que será sua grande obra da juventude. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec La personnalité*, virá à luz no inverno de 1932 e fará de seu autor um chefe de escola”⁸.

Essa obra já foi considerada por alguns autores uma das últimas grandes teses da psiquiatria contemporânea, constituindo uma das primeiras incursões de Jacques Lacan no campo propriamente psicanalítico. Nela há uma crítica a grande parte da tradição psiquiátrica à luz do debate emergente entre as correntes organogênicas e as psicogênicas, a partir da perspectiva freudiana.

A tese subdivide-se em três grandes partes: Posição Teórica e Dogmática do Problema, O caso Aimée, ou a paranoia de autopunição e, finalmente, um apêndice de uma exposição crítica do método de uma ciência da personalidade e de seu alcance no estudo das psicoses.

Para o propósito do presente texto, vamos nos ater à parte II — a análise de um caso de paranoia, o conhecido caso Aimée, onde se ressalta, no mecanismo de autopunição presente no caso, a importância do conceito freudiano de inconsciente para o entendimento do mesmo.

O caso:

1 - O atentado:

“No dia 10 de abril de 193..., às oito horas da noite, a Sra. Z., uma das atrizes mais apreciadas pelo público parisiense, chegava ao teatro onde se apresentaria. Foi abordada, na porta de entrada dos artistas por uma desconhecida que lhe fez a seguinte pergunta: ‘A senhora é que é a Sra. Z?’ A interrogante estava vestida corretamente com um casaco com golas e punhos debruados de pele, usava luvas e levava uma bolsa; nada, no tom da pergunta, suscitou a desconfiança da atriz. Ela respondeu afirmativamente e, com pressa de terminar, quis passar. A desconhecida então, diz a atriz, mudou de feição, tirou rapidamente de sua bolsa uma faca e, com o olhar injetado de ódio, levantou seu braço contra ela. Para

8 Ibid., 48.

aparar o golpe, a Sra. Z agarrou a lâmina diretamente com a mão e seccionou, assim, dois tendões fletores dos dedos”⁹.

2 – Consequências:

Esta senhora foi posteriormente conduzida à prisão e depois internada numa clínica cujo relatório concluía: “a paciente sofre de delírio sistematizado de perseguição à base de interpretações com tendências megalomaniacas e substrato erotômico”¹⁰. É, portanto, nesta clínica que Lacan a observa e a acompanha durante um ano e meio. De tais observações surgiu seu estudo de caso utilizado na tese, e que dá suporte à sua afirmação “de como a psicose de nossa paciente foi realizada pelos mecanismos de autopunição que prevalecem na estrutura de sua personalidade”¹¹.

3 - Discussão teórico-clínica:

Ao apresentar seus argumentos, Lacan se baseia na observação de que organismos vivos com reações vitais totais são orientados para a harmonia do conjunto¹², enquanto que, em seres humanos, parte dessas reações ganha sentido considerando o papel primordial do meio social em seu desenvolvimento. Suas funções vitais sociais seriam caracterizadas por funções de personalidade “que na representação do sujeito estão polarizadas entre o ideal subjetivo do eu e o juízo social de outrem”¹³. Apresenta como a maioria dos fenômenos de personalidade são conscientes e revelam um caráter intencional e um sentido. Toma o sentido em suas duas acepções: significação e orientação¹⁴. Exemplifica que, mesmo a imagem, considerada o fenômeno mais simples da consciência, pode se desdobrar em símbolo ou desejo e, quando estiver relacionada a uma ação, torna-se percepção e vontade ou, ainda, como síntese última, é considerada o juízo¹⁵. Ele ressalta que as intenções conscientes são criticadas por seu caráter ilusório, tanto pelos físicos quanto por moralistas que lançam dúvidas sobre o sentido de todos os fenômenos psicológicos, e acrescenta que, por mais ilusórias sejam as intenções, elas obedecem a certas leis. É nesse contexto que apela à psicanálise para sustentar sua argumentação:

“O mérito desta nova disciplina que é a psicanálise, é ter nos ensinado a conhecer essas leis, a saber: aquelas que definem a relação entre o sentido objetivo de um fenômeno de consciência

9 Lacan. *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade, seguido de, Primeiros escritos sobre a paranoia*, p. 147.

10 Ibid, p. 148.

11 Ibid., 243.

12 Lacan. *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade, seguido de Primeiros escritos sobre a paranoia*, p. 243.

13 Ibid.

14 Ibid.

15 Ibid.

e o fenômeno objetivo a que corresponde: positivo, negativo, mediato ou imediato, essa relação é, com efeito, sempre determinada. Não há mesmo nas condutas inconscientes e nas reações orgânicas o que, à luz dessas pesquisas, não possa ser revelado como evidentemente provido de um sentido psicogênico (condutas organizadas inconscientes; fuga para a doença, com seu duplo caráter de autopunição e de meio de pressão social; sintomas somáticos das neuroses)”¹⁶.

Ele então se pergunta se a psicanálise, como método de interpretação, não poderia ser eficaz também no domínio da psicose, uma vez que este “já deu suas provas em outra parte”¹⁷.

Lacan, ao retomar a discussão sobre o caso clínico propriamente dito, indaga sobre como conceber a cura bruscamente apresentada por Aimée no vigésimo dia de sua detenção, quando a psicose manifesta pelo delírio se curou. Apela à máxima antiga de que “a natureza da cura nos demonstrará a natureza da doença” para sustentar a hipótese da “existência e o imenso alcance dos mecanismos psíquicos de autopunição”, que podem se traduzir em condutas complexas ou reações elementares, mantendo a inconsciência do sujeito quanto à sua finalidade, dirigidos contra as tendências vitais do indivíduo¹⁸. Argumenta que a psicanálise engendrou os determinismos autopunitivos e o sentimento de culpa com a teoria da gênese do superego. Dessa maneira, explica o sentido do delírio. Conclui que quando atinge a Senhora Z, isso não alivia o delírio como em alguns casos de crimes passionais, ao contrário isto acontece depois de vinte dias de prisão, o objeto que ela atinge só tem valor simbólico não proporcionando desta maneira nenhum alívio, contudo, “pelo mesmo golpe que a torna culpada perante a lei, Aimée atinge a si mesma, e quando ela o compreende, sente então a satisfação do desejo realizado: o delírio, tornado inútil, se desvanece”¹⁹.

Desenvolve no capítulo II da parte II da tese: “de como ao conceber esses mecanismos autopunitivos, segundo a teoria freudiana, como certa fixação evolutiva da energia psíquica chamada libido, dá-se conta das correlações clínicas mais evidentes da personalidade dos sujeito”²⁰. Desta maneira articula o caso, o mecanismo de autopunição, identificado por ele como responsável pelo desaparecimento das manifestações psicóticas do delírio e o “metabolismo de uma energia psíquica chamada libido”²¹. Ele se propõe a demonstrar o alcance científico da doutrina freudiana ao relacionar os distúrbios mentais à evolução da libido, na medida em que esta parece corresponder à experiência dos fenômenos da personalidade cujo fundamento orgânico é dado pelo desejo sexual, trazendo à psicologia uma

16 Ibid, 244.

17 Lacan. **Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade, seguido de, Primeiros escritos sobre a paranoia**, p. 243.

18 Ibid

19 Ibid.

20 Ibid.

21 Ibid, 251.

noção energética, cuja base biológica é dada pelo metabolismo do instinto sexual²².

Alcança seu objetivo ao atribuir ao mecanismo de autopunição o determinismo da psicose e para explicá-lo utiliza-se de conceitos psicanalíticos onde a fixação narcísica e a pulsão homossexual são oriundas de pontos evolutivos da libido quase equivalentes à gênese do superego, produzindo segundo a teoria um fraco processo regressivo e explicando a benignidade relativa e o potencial de cura da psicose de Aimée.

Para concluir esta rápida passagem pela tese de Lacan cabe retomar a afirmação feita por ele que a psicanálise enquanto teoria e método assume seu triplo valor ao supor o controle dos fatos através da “classificação natural, de indicação prognóstica e de sugestão terapêutica”²³.

Este debate que aparece timidamente em sua tese vai tomando proporções bem mais importantes na medida em que Lacan vai se firmando cada vez mais no campo da psicanálise, um outro momento importante desta escolha está registrado no VI Colloque de Bonneval promovido por Henri Ey em 1960 sobre o tema do Inconsciente. Henri Ey apresenta no prefácio a lógica seguida para estabelecer os temas e os debatedores numa série de Jornadas dedicadas ao tema do Inconsciente. A primeira em agosto de 1942, aconteceu para dar suporte a um projeto seu de escrever um livro sobre “*Histoire Naturelle de La Folie*”, mas que acabou não acontecendo restando apenas algumas notas deste primeiro encontro. A segunda em 1943 - Journées de Bonneval - se dedicou ao debate dos diferentes pontos de vista onde foram confrontados os dele, Henri Ey e os de J. Ajuriaguerra e H. Hécaen, sobre a Neurologia e a Psiquiatria. Somente na terceira jornada da série em 1946, é que se dá a importante discussão entre Lacan e Henri Ey, onde aparecem as discordâncias relativas à “*Psychogenèse des Psychoses et des névroses*”. A quarta, em 1950, foi dedicada ao tema de *l'Hérédité*. A quinta, em 1957, girou em torno dos problemas de *la Schizophrénie*. No entanto, a publicação dessas jornadas anteriores não tiveram o mesmo destino que a obra conhecida do VI Colloque de Bonneval ocorrido em 1960 publicado em 1966 na mesma data da publicação da única obra escrita de Lacan — *Écrits*.

O colóquio aconteceu numa sequência de seis temas apresentados por dois ou três expositores e debatidos também por dois ou três debatedores. Na primeira parte se discutiu “O inconsciente e as pulsões”; a segunda, da qual Lacan participa como debatedor, foi dedicada ao inconsciente e a linguagem; a ela voltaremos para apresentar os argumentos em questão. Na terceira, temos um debate entre Neurobiologia e Inconsciente; na quarta parte, o Inconsciente e problemas psiquiátricos; na quinta, O inconsciente e a Sociologia e, para terminar, “O inconsciente e o pensamento filosófico”.

22 Lacan. **Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade, seguido de, Primeiros escritos sobre a paranoia**, p. 253.

23 *Ibid*, p. 262.

Lacan debate com bastante firmeza os trabalhos apresentados por Jean Laplanche e Serge Leclaire, cujo título é “L’Inconscient”: Une Étude Psychanalytique, onde eles abordam a questão do sentido e da letra a partir do texto “Critique des fondements de La Psychologie “ de Georges Politzer, publicado em 1928, o qual eles se propõem a examinar.

Jean Laplanche e Serge Leclaire partem de uma questão colocada por Politzer: “O inconsciente é um sentido ou é uma letra?” Afirmam que o autor responde com “um radicalismo do sentido que pode retomar no seu conjunto a descoberta freudiana ao eliminar o realismo do inconsciente”²⁴ e que a hipótese metapsicológica do inconsciente vai se contrapor a duas grandes oposições: a abstração e o realismo²⁵.

Lacan em sua intervenção busca definir em seus próprios termos o conceito de inconsciente tal qual Freud propôs. Diz que “o inconsciente é um conceito forjado a partir daquilo que opera para a constituição de um sujeito”²⁶ ou ainda, que o inconsciente não é algo que na realidade psíquica possa se definir como não tendo o atributo da consciência²⁷.

Para Lacan, seria melhor que a psicanálise se aprofundasse mais nas questões éticas e teológicas seguindo uma via a qual não se pode evitar, pois a ciência reivindica sua responsabilidade pela presença do inconsciente nesse campo. Ele se refere à posição que cada um de seus alunos ocupa nesse debate, ou como cada um se situa em relação ao tema. Acrescenta a importância da condição estabelecida pela psicanálise de que o psicanalista faz parte do conceito de inconsciente uma vez que é a ele que se dirige a mensagem. O debate se dá em torno do conceito, pois o próprio Freud substituiu a sua primeira versão do aparelho psíquico subdividido em três sistemas – o consciente, o pré-consciente e o inconsciente –, por outro modelo do Id, Ego e Superego. O inconsciente, relembra Henri Ey, “deixa de ser uma província autônoma, ele nada mais é do que uma qualidade, despossuída de seu status que lhe conferia uma autoridade quase institucional”²⁸. Essa mudança de referência está associada a quanto seu percurso foi definido pela relação dele, no início de sua carreira, à equipe do fisiologista Brucke que, com Helmoholtz e C. Ludwig, formava uma força importante antivitalismo na fisiologia e se apresentavam como “propagandistas apaixonados do fisicalismo”²⁹.

Nesse Colóquio dedicado ao conceito de Inconsciente, os organizadores fazem notar que o tema do inconsciente dentro dos movimentos das ideias e dos pensamentos da época em que Freud apresenta sua versão, era uma preocupação bastante difundida e a intuição de sua existência, inclusive com o pressentimento de sua importância e de sua associação a conflitos, já havia sido apresentado por vários outros antes dele³⁰. Eles destacam, no

24 Ey, *L’Inconscient*, p. 96.

25 Ibid.

26 Ibid, 159

27 Ibid.

28 Ey, *L’Inconscient*, p. 21.

29 Ibid, 19.

30 Ibid, 18.

entanto, que Freud foi capaz de melhor apresentar o conceito, pois, além de sua experiência clínica, ele também se sustentava nas “folhas” de Schelling e da filosofia Natural, e se deixou influenciar por Schopenhauer e finalmente por Goethe em sua inspiração na interrogação sobre as “forças naturais do mundo”³¹.

Lacan, no entanto, é bastante crítico ao dizer que o Inconsciente antes de Freud não é consistente, pois não passa de “*in-noir*”, daquilo que no senso comum se agrupa em torno do termo “*noir*”. Para apoiar sua argumentação recolhe oito definições de inconsciente pré Freud, a saber:

“inconsciente da sensação (efeitos de contrastes ou de ilusão óptica); inconsciente do automatismo que se desenvolve no hábito; o coconsciente da dupla personalidade; emergências ideativas de uma atividade latente que se impõe orientada na criação do pensamento; a telepatia, que podemos reportar a esta última definição; o passional, que ultrapassa nosso caráter; a hereditariedade reconhecida nos dons naturais; o inconsciente racional ou inconsciente metafísico que implica a presença de espírito”³².

Afirma, portanto, que os psicanalistas confundem com o obscurantismo quando associam o inconsciente com o instintual ou arcaico ou primitivo. E propõe que o sujeito e o Outro são respectivamente domínios que servem para substantivar a tese sobre o Inconsciente, que está entre os dois em ato, isto é o Outro como dimensão para que a fala se afirme como verdade de um lado, e o sujeito cartesiano, de outro³³.

Para completar esse ensaio, nos utilizaremos do texto “A Ciência e a Verdade”, que conclui obra escrita de Lacan, *Écrits*, a partir de outra visada com a ciência de sua época através da Antropologia Estrutural e da Linguística, na atualização dos fundamentos do que Freud havia proposto como o Inconsciente e as suas relações com as doenças Nervosas. Nesse texto, Lacan recorre a Descartes e ao seu famoso *cogito* para justificar a divisão entre o pensamento e a existência, referência que busca também no texto freudiano, encontrando-a na passagem da primeira para a segunda tópica³⁴. Propõe, portanto, que a psicanálise opera sobre um sujeito e faz coincidir o sujeito da psicanálise com o da ciência. Afirma, pois, haver sujeitos que se diferenciam de qualquer manifestação de individualidade empírica³⁵. Lacan, ao retomar Descartes, recupera no *cogito* a divisão entre o saber e a verdade própria ao sujeito da psicanálise.

31 Ibid.

32 Ibid, 159.

33 Ey, *L’Inconscient*, p. 164.

34 As duas tópicas freudianas: a primeira (1900-1920) propõe um aparelho psíquico composto de três elementos, o consciente, o pré-consciente e o inconsciente. A segunda (1920-1939) altera este aparelho para a intervenção de três instâncias: o Id, o Ego e o Superego.

35 Milner, *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*, 32.

O objetivo de Lacan ao retomar o “*Discurso do Método*” para bem conduzir a própria razão e procurar a verdade nas ciências não é refazer os passos de Descartes, mas ressaltar que a origem do sujeito em Descartes e em Freud é a mesma, explicitando que este sujeito é dividido e não pode nem ser identificado, nem representado como unidade.

Ao estabelecer um paralelo entre o sujeito racional de Descartes e o sujeito dividido da psicanálise, “um sujeito tomado em sua divisão constitutiva”³⁶, ele participa do debate de sua época, conceituando esta divisão a partir do estruturalismo e da linguística.

Uma das referências em Freud em que encontramos a descrição dessa divisão é o texto de 1924, “*Perda da realidade na neurose e na psicose*”³⁷, que diz: “a divisão do psíquico em o que é consciente e o que é inconsciente constitui a premissa fundamental da psicanálise e somente ela torna possível a esta compreender os processos patológicos da vida mental, que são tão comuns quanto importantes, e encontrar lugar para eles na estrutura da ciência”³⁸.

A divisão entre consciente e inconsciente, premissa fundamental da psicanálise, se desdobra numa outra divisão, a percepção e o conhecimento, para concluir com uma fenda no ego, como processo de defesa. Os três artigos selecionados por Lacan, no texto a “*Ciência e a Verdade*”, para tratar da questão da divisão do sujeito, o sujeito do inconsciente, apresentam os argumentos freudianos relativos a essa divisão, isto é, a percepção de um fato e sua transformação em conhecimento sofre desdobramentos diferentes, em patologias diferentes. Um dos mecanismos é conhecido por “rejeição”: o sujeito rejeita o que foi percebido ao não tomar conhecimento daquilo que foi objeto da percepção.

Freud marca que há ao menos duas maneiras de negar, rejeitar a realidade, a neurótica e a psicótica. Na neurose, o destino daquilo que foi percebido e “rejeitado”; é a amnésia, mas não total, apenas parcial, dando origem a uma outra realidade, uma realidade psíquica resultante dos registros parciais. Na psicose, o destino daquilo que foi percebido é uma interferência na própria realidade, criando efetivamente uma nova realidade, com manifestações sintomáticas, como as alucinações.

Além da premissa de que a concepção do eu em Freud é diferente do que foi proposto anteriormente, Lacan estabelece a relação do inconsciente freudiano e o eu nos seguintes termos:

“o inconsciente escapa totalmente a um círculo de certezas no qual o homem se reconhece como eu. É fora deste campo que existe algo que tem todos os direitos de se expressar por [eu]³⁹ e que demonstra este direito de vir à luz expressando-se a título de [eu]

36 Lacan, *Escritos: A Ciência e a Verdade*, p. 870.

37 Freud, *A perda da realidade na neurose e na psicose*, p. 229.

38 Freud, *A perda da realidade na neurose e na psicose*, p. 229.

39 A tradução do português utiliza-se da grafia [eu], para se referir ao *Je* em francês e o eu, para o *moi*.

. Justamente aquilo que é o mais não-reconhecido no campo do eu numa psicanálise, formula-se como sendo o [eu] propriamente dito. Tudo se organiza numa dialética em que o [eu] é distinto do eu”⁴⁰.

É a partir da conhecida crise de 1920⁴¹, que Freud diante dos impasses da clínica, introduziu “as noções suplementares, necessárias para manter o princípio do descentramento do sujeito”⁴².

Esta visão do sujeito descentrado, cindido, é inteiramente coerente com a noção de sujeito vigente, na época, nos outros campos estruturalistas das ciências do homem. “Esse sujeito é, de certo modo, uma ficção, que só tem existência em virtude de sua dimensão simbólica, do significante”⁴³. Lacan se apropria desta visão de sujeito, também para criticar os caminhos que a corrente americana da psicanálise seguia nos anos 50 e 60 do século XX, ao defender “a existência do ego autônomo”⁴⁴.

Em outro texto bastante importante “A instância da letra no inconsciente freudiano”⁴⁵ Lacan associa o descentramento do sujeito como efeito do próprio significante que remete o sujeito para outro significante, e que é portanto produto da linguagem que fala nele, diferentemente do sujeito falante. O inconsciente torna-se, então, efeito de linguagem, de suas regras de seu código. Vale lembrar que o *cogito* filosófico é que favorece esta “miragem que torna o homem moderno tão consciente de suas incertezas sobre si mesmo”⁴⁶.

É fato que a aproximação que Lacan estabeleceu entre o conceito de inconsciente e a linguagem teve consequências importantes, como no sentido de buscar uma aproximação da psicanálise com a ciência desta época, apoiando-se em Saussure e Jakobson. Além disso, possibilitou “assegurar-lhe outra garantia que lhe permitiu rematar com êxito a sua iniciativa de sedução e de ambição científica: aquela proporcionada pela antropologia estrutural e, portanto, por Lévi-Strauss”⁴⁷.

O movimento estruturalista obteve a adesão de uma grande parte dos intelectuais na França dos anos 60 do século XX, agrupando em torno destes preceitos Lévi-Strauss, Foucault, Lacan entre outros⁴⁸.

40 Lacan, **O Seminário livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**, p. 15.

41 As duas tópicas freudianas, a primeira (1900-1920)- é uma proposta de um aparelho psíquico composto de três elementos, o consciente, o pré-consciente e o inconsciente. A segunda tópica (1920-1939) altera este aparelho para a intervenção de três instâncias - Id, Ego e Superego.

42 Lacan, **O Seminário livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**, p. 19.

43 Dosse, **História do Estruturalismo**, p. 183.

44 Lacan, **O Seminário livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**, p. 19.

45 Lacan, **Escritos: A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud**, p. 496.

46 Ibid.

47 Dosse, **História do Estruturalismo**, p. 151.

48 Ibid.

As estruturas elementares de parentesco ⁴⁹, obra que foi considerada a “pedra angular nas fundações do programa estruturalista” ⁵⁰ questiona “em que consistem as estruturas mentais para as quais apelamos e cuja universalidade acreditamos poder estabelecer ⁵¹?

A noção de reciprocidade entre o eu e o outro, e “o que dá ao objeto seu valor é a relação com o outro” ⁵² marcam a passagem da natureza para a cultura buscando um “deslocamento possível pelo encontro com a linguística estrutural” ⁵³.

A pesquisa desenvolvida por Lévi-Strauss buscava através de paradigmas básicos dos sistemas fonológicos, ultrapassar os fenômenos, estabelecer as relações métricas, visando à construção de leis gerais ⁵⁴. A partir da proibição do incesto, Lévi-Strauss retira algumas consequências, e, com a união dos sexos, ele retira outras.

No detalhamento das regras de parentesco e sua articulação com a comunicação, propõe que a “união dos sexos é objeto de uma transação cuja responsabilidade é assumida pela sociedade, trata-se de um fato social” ⁵⁵; que a “comunicação das mulheres entre os grupos se dá graças as regras de parentesco” ⁵⁶; que a “comunicação de bens e serviços acontece a partir das regras econômicas” ⁵⁷ e que a “comunicação de mensagens ocorre por meio das regras da linguística” ⁵⁸.

Retira dessas observações duas consequências fundamentais para o entendimento das articulações lacanianas quanto ao sujeito do inconsciente, isto é “o sistema de parentesco é uma linguagem” ⁵⁹ e postula “a existência de uma correspondência formal entre a estrutura da língua e a do sistema de parentescos” ⁶⁰. Vem daí, portanto, a afirmação lacianiana de que o “Inconsciente é Estruturado como uma Linguagem” e, conseqüentemente, as terapias pela palavra – “*The Talking Cure*” – visam uma reorganização dessa estrutura.

Durante os dez primeiros anos de seu ensino, Lacan fez o que à época era conhecido como “retorno a”, neste caso, retorno a Freud, cujo percurso visava retomar a ortodoxia freudiana que havia se desviado, segundo ele, no trabalho dos pós-freudianos. Evidentemente, isso não se deu sem muito debate e discórdia. Para Freud, o conceito de objeto em psicanálise está associado ao de pulsão, e, supostamente, só pode ser submetido aos testes críticos da clínica, uma vez que não corresponde a fatos observáveis. A pulsão, para Freud, é um conceito-limite entre o psíquico e o somático, e

49 Lévi-Strauss, **As estruturas elementares do parentesco**.

50 Dosse, **História do Estruturalismo**, p. 183.

51 Lévi-Strauss, **As estruturas elementares do parentesco**, p. 72.

52 *Ibid.*, 62.

53 *Ibid.*

54 *Ibid.*

55 *Ibid.*

56 *Ibid.*

57 *Ibid.*

58 *Ibid.*

59 *Ibid.*, p. 55.

60 *Ibid.*

tem por referenciais a fonte (*Drang*) – processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo; a pressão – quantidade de força que ela representa; a finalidade – que é sempre a satisfação; e o objeto – a coisa através da qual a pulsão atinge sua finalidade.

Se a pulsão é algo construído, como propõe Freud, ela é diferente do instinto, na medida em que se trata de uma montagem entre realidades heterogêneas. Nesse artifício, há uma visada em direção ao *Drang* que se apoia nos orifícios do corpo. Há, portanto, algo próprio às pulsões que não encontra um objeto para satisfazê-las, mas produz um movimento de ir e vir a partir desta fonte (*Drang*) de estimulação constante aos orifícios do corpo. Como não há objeto que satisfaça à pulsão, é o próprio movimento que, ao fazer um giro, contorna algo, e é este algo contornado que Lacan chama objeto “*a*”⁶¹.

Estamos diante do seguinte: o sujeito funciona como dividido entre consciente e inconsciente e o objeto fica definido como uma falta; trata-se, pois, do objeto definido como um furo, uma falta. É a função da falta: Lacan sublinha a importância de se fazer surgir a falta. Esta falta define uma estrutura necessária para que o corte determine o campo próprio ao sujeito, de um lado, e, de outro, o furo de onde se origina certo tipo de objeto, o único a reter aquilo que se chama objeto da ciência e como tal pode ser uma espécie de causa⁶². O exemplo utilizado inúmeras vezes por Lacan é o do vaso. O utensílio dos rituais sagrados dá forma ao vazio, constitui o espaço e ao mesmo tempo o vazio em seu interior.

Conclui que o *status* desse objeto é o da falta e só pode ser definido em termos estruturais, que respondem pela *causa do desejo*. O objeto *a* está associado à causa do desejo que se constitui a partir de uma diferenciação dos objetos pulsionais.

Se Freud diferencia a sexualidade humana do instinto animal, é para concluir que, no campo da sexualidade, não existe um objeto que satisfaça ao mesmo tempo a necessidade, a demanda e o desejo.

Foi, portanto, por esse caminho que Lacan se distanciou cada vez mais do modelo psiquiátrico e foi construindo passo a passo sua trajetória na psicanálise, incluindo o conceito de inconsciente como aquele capaz de sustentar as diferentes posições que o sujeito dividido pela linguagem em sua relação com o Outro social responde às exigências pulsionais advindas da falta de um objeto que as satisfaça. Dessa maneira, os diferentes sintomas se formam e, para tratá-los, será necessário apelar ao discurso psicanalítico.

61 Lacan, *Seminário. Livro 12: O Objeto da Psicanálise*, Aula de 18/05/1966. (inédito).

62 *Ibid*, Aula de 8/12/1965.

REFERÊNCIAS

- ALFONSO-GOLDFARB, A.M, & BELTRAN, M.H.R. (orgs). **Escrevendo a História da Ciência: Tendências, Propostas e Discussões Historiográficas**. Editora Livraria da Física; Educ; Fapesp, São Paulo, 2004.
- DOSSE, F. **História do Estruturalismo: O Campo do Signo**. v. 1, Edusc, Bauru, SP, 2007.
- DOSSE, F. **História do Estruturalismo: O Canto do Cisne**. v. 2, Edusc, Bauru, SP, 2007.
- EY, H (direction). *L'Inconscient*. VI^e Colloque de Bonneval. Desclée de Brouwer, Paris, 1966.
- FREUD, S. **A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. v. 19, Imago, Rio de Janeiro, 1976.
- GROSTEIN, S.A. **A ciência e a verdade: A psicanálise proposta como uma ciência no texto de Jacques Lacan**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.
- LACAN, J. **De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité; suivi de, Premiers écrits sur la paranoïa**. Éditions Du Seuil, Paris, 1975.
- LACAN, J. **O Seminário livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Zahar, Rio de Janeiro, 1985.
- LACAN, J. **Escritos**. Zahar, Rio de Janeiro, 1998.
- LACAN, J. **Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade, seguido de, Primeiros escritos sobre a paranoïa**. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2011.
- LÉVI-STRAUSS, C. **As estruturas elementares do parentesco**, Vozes, Petrópolis, RJ, 2008.
- MARINHO, M.G.S.M.C. Intelectuais e Saber Médico: História da Psiquiatria e das Práticas Médicas no “Fundo Pacheco e Silva”. In: **Centenário Simão Mathias: Documentos, Métodos e Identidade da História da Ciência** – Seleção de Trabalhos, PUC-SP Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 213.
- MILNER, J.C. **A Obra Clara: Lacan, a Ciência, a Filosofia**. Zahar, Rio de Janeiro, 1996.
- MOTA, A. Eugenia e as Especialidades Médicas em São Paulo nos Anos 1930. In: **Centenário Simão Mathias: Documentos, Métodos e Identidade da História da Ciência** – Seleção de Trabalhos, PUC-SP Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009, p. 45.
- POLITZER, G. **Critique des fondements de la psychologie**. Quadrige, Paris, 1968.
- ROUDINESCO, E. **Jacques Lacan: Esquisse d'une vie, histoire d'un système de pense**. Fayard, Paris, 1993.
- ROUDINESCO, E. **Jacques Lacan: Esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento**. Companhia das Letras, São Paulo, 1994.

MANICÔMIO JUDICIÁRIO DA BAHIA: DA CONSTITUIÇÃO A PRÉ-REFORMA PSIQUIÁTRICA ¹

Maria Fernanda Tourinho Peres

“A história do homem e da terra tinha assim uma intensidade que lhe não podia dar nem a imaginação nem a ciência, porque a ciência é mais lenta e a imaginação mais vaga, enquanto o que eu ali via era a condensação de todos os tempos... Os séculos desfilavam num turbilhão, e, não obstante, porque os olhos do delírio são outros, eu via tudo o que passava diante de mim, desde essa cousa que se chama glória até essa outra que se chama miséria”. (Memórias Póstumas de Brás Cubas, Machado de Assis).

DA ACEITAÇÃO DO PERIGO AO SEU DESLOCAMENTO:

Dentre os dois locais que vêm se constituir como locais da loucura no Brasil, a cadeia foi a primeira a ser construída. A primeira Casa de Audiência e Câmara de Salvador foi construída já em 1549, sendo que não possuía ainda dependência para presos. Em 1551, constrói-se a Casa de Cadeia e Câmara e, em 1681, iniciam-se as obras da nova cadeia, local onde, até meados do século XIX, os loucos eram aprisionados (OTT, 1981). Somente no início do século XVIII é construída, no Hospital São Cristóvão, uma enfermaria para loucos, “(...) num declive do terreno, entre a cisterna e a borda do barranco que sustenta a cidade alta de Salvador” (BASTOS, 1982, p. 4).

Segundo Amarante (1984), o projeto de emergência da psiquiatria brasileira deu-se quando, com a chegada da família real no início do século XIX, a loucura passa a ser objeto de intervenção do Estado. As cidades cresceram e mudanças econômicas e sociais se estabeleceram,

1 Este texto integra a dissertação de mestrado da autora, intitulada “Doença e Delito – relações entre prática psiquiátrica e poder judiciário no hospital de custódia e tratamento de salvador, Bahia”, defendida no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia em 1997, sob orientação do prof. Dr. Antônio Nery Filho. Para realização do trabalho a autora contou com bolsa de Mestrado do CNPq e da CAPES em momentos distintos do curso. Para esta publicação poucas alterações de revisão foram feitas, de modo que este capítulo reproduz, quase que na íntegra, o capítulo da dissertação de mestrado intitulado “A metamorfose revisitada e a constituição do Manicômio Judiciário”.

necessitando-se então de medidas de controle social. Naquele período, foram criadas a Escola de Cirurgia e Medicina e a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (JACOBINA, 1982, p. 40), que, com forte inspiração francesa, buscavam a consolidação científica da medicina. Como parte desse processo, surge o projeto de psiquiatrização, numa tentativa de transformar a loucura em objeto de intervenção médica. Forma-se uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, para fazer um diagnóstico da situação dos loucos na cidade, no qual a *periculosidade* é destacada como evidência da necessidade de um espaço social próprio para a reclusão e o tratamento (MACHADO, 1978, p. 376).

O asilo surge, então, como solução às duas problemáticas, que se definem como centrais, para a constituição da estratégia psiquiátrica no Brasil: o perigo representado pelo louco e as péssimas condições das instituições que até então funcionavam como local de reclusão. O controle do “doido” é o que dizia Sigaud (1835, apud MACHADO, 1978, p. 377), deveria ser realizado pela polícia médica - assim como as medidas de higiene pública - principalmente dos loucos pobres:

“A polícia médica deve se dirigir prioritariamente àqueles que circulam livremente pelas ruas, podem enfurecer-se e repentinamente cometer atos homicidas (...). O louco faz seu aparecimento como perigoso em potencial e como atentado à moral pública, à caridade e à segurança. A loucura é perigo a ser evitado nas ruas da cidade. Liberdade e loucura são antônimas” (MACHADO, 1978, p. 377).

E em que se baseavam os médicos brasileiros para justificar “cientificamente” essas alegações? Segundo Machado (*Op. Cit.*), os trabalhos produzidos no Brasil acerca da loucura tinham uma forte influência de autores estrangeiros, dentre os quais havia uma forte predominância dos franceses e, especificamente, das ideias de Esquirol. No entanto, em um momento no qual a monomania já vinha sendo questionada e a noção de degeneração já havia surgido para tomar seu lugar; em um momento no qual o alienismo vinha sendo criticado e a medicina organicista já começava a se afirmar, esses dois polos - unidos, é verdade, pela noção de periculosidade e por um objetivo político comum, como nos disse Castel (1978) - apareciam juntos na produção brasileira.

A loucura como um fenômeno moral - com predomínio das paixões sobre a inteligência e das condutas sobre as ideias - chega ao Brasil elegendo a monomania, e tudo o que nela estava implicado, como conceito privilegiado para justificativa de nossa estratégia alienista: a loucura-perigo, a loucura-lúcida pediam uma estratégia de controle específica e um corpo de especialistas para sua identificação.

“(…) considerando-os tanto como perigosos quanto injustiçados, como criminosos em potencial e como vítimas indefesas. Paradoxo que não pode ter como solução simplesmente privar o louco de liberdade, isolar a loucura da sociedade (...). Para ele (o alienista), o lugar do louco não é a rua, nem a prisão, mas o hospício. A loucura se trata não com liberdade, nem com repressão, mas com disciplina”. (MACHADO, 1978, p.379).

A monomania, estatuto científico do perigo do louco, “(...) verdadeiro tipo de loucura” (CARNEIRO DA ROCHA, 1858 *apud* MACHADO, 1978 p. 400), vem ocupar então, para nós, um lugar privilegiado, por representar a condensação de tudo aquilo que servia para pedir uma estratégia de controle específica: dentre os monomaniacos, privilegiavam-se ainda os monomaniacos instintivos, os quais “(...) matam sem motivos, sem paixão por uma tendência inexplicável, invencível (...)” (ALBUQUERQUE, 1858, *apud* MACHADO, 1978, p. 401). Além de mostrar o louco como perigoso e patologizar comportamentos desviantes, a monomania - “(...) reunião bizarra do delírio e da razão” (CARNEIRO DA ROCHA, *apud* MACHADO, 1978, p. 400), “(...) forma da loucura que mais dificuldades oferece para ser diagnosticada (...)” (ALBUQUERQUE, 1858, *apud* MACHADO, 1978, p. 401) tornava esse louco-lúcido aparentemente normal, não podendo mais ser detectada pelo leigo. Necessitava-se de um corpo de especialistas para o seu diagnóstico e esse lugar será ocupado pelos médicos que, com o seu “(...) saber, e a serviço da autoridade social, [passarão] a distinguir o normal e o patológico, como também a verdade da loucura e seu simulacro, o louco e o simulador” (MACHADO, 1978, p.403).

Precisava-se, entretanto, de um dispositivo institucional e de uma tecnologia, para o tratamento dos loucos brasileiros. Até então, era a cargo da Santa Casa e nas prisões que eles se encontravam, o que impossibilitava uma abordagem verdadeiramente terapêutica. As críticas à situação dos loucos nesses espaços de reclusão surgiam como argumento para a criação do asilo no Brasil voltando-se, em sua maioria, às faltas de condições terapêuticas: o louco, nos porões da Santa Casa, não era considerado doente, não recebia o tratamento moral e não existia a figura do médico especialista para dar ao tratamento uma conotação médica. O hospital da Santa Casa, argumentavam, “(...) pode segregar o louco, retirá-lo do convívio social quando se mostra perigoso - e neste sentido o louco está num hospital como em uma prisão - mas é incapaz de atingir sua loucura” (MACHADO, 1978, p. 423)

Um ponto importante nesse processo de constituição do asilo - e da estratégia alienista - no Brasil é que, embora tenha sido constituído, em parte, a partir de críticas direcionadas à Santa Casa, num primeiro momento, contou com o apoio fundamental do provedor dessa instituição no Rio de Janeiro, José Clemente Pereira, o que, para Machado (1978), representava uma coincidência entre os objetivos das duas modalidades assistenciais e de controle social. Dessa forma, o provedor da Santa Casa direcionava críticas

à situação dos alienados, que correspondiam à opinião dos alienistas e, num ofício dirigido ao ministro do Império, chegou a afirmar José Clemente: “Parece que entre nós a desgraça da perda do uso das faculdades intelectuais se acha qualificada de crime atroz, pois é punida com a pena de prisão que, pela natureza do cárcere em que se executa, se converte na de morte!”

² O asilo, então, viria a ser criado sob a administração da Santa Casa de Misericórdia.

Podemos dizer que o processo brasileiro de exclusão da loucura em muito se assemelha ao europeu. Da mesma forma, os loucos, inicialmente excluídos sem especificidade, ganharão o estatuto da doença e sua exclusão será, nesse segundo momento, cientificamente justificada, imposta como uma indicação clínica. Essa passagem da loucura à doença mental, no Brasil, parece ter-se dado em resposta a demandas de diversos estratos da sociedade brasileira: a população, protestando contra o livre trânsito dos doidos nas ruas e clamando por ordem e paz social; denúncia de maus-tratos aos loucos junto aos marginais, o que poderia ser chamado de um apelo humanitário; e a recém-criada Sociedade de Medicina, que, em busca do monopólio sobre a loucura e em nome do saber psiquiátrico, participava dos protestos, alegando a necessidade de um tratamento específico para os loucos.

Podemos identificar o marco da assistência psiquiátrica brasileira no ano de 1852, quando foi inaugurado o Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, ao qual seriam destinadas pessoas de todo o Império, seguindo-se a construção de outros asilos em São Paulo, Pernambuco e Bahia (1874 - Asilo São João de Deus). Um ponto importante a ser destacado é que a construção das instituições psiquiátricas no Brasil precedeu o surgimento da psiquiatria como campo de saber médico especializado. Mesmo com a questão da cura e do tratamento tendo sido colocada como um dos motivos para a sua criação, a medicina estava totalmente desvinculada dessa instituição, tanto no que se refere às indicações para internamento, tratamento e alta, quanto às questões administrativas, estando tudo subordinado às irmãs de caridade. O poder institucional sobre os hospícios estava a cargo da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia com a participação ativa da irmandade de São Vicente, um dos setores mais conservadores do clero (AMARANTE, 1984, p.75).

O Hospício D. Pedro II seguia, no Brasil, os preceitos do tratamento moral e, conseqüentemente, do isolamento terapêutico. Este se justificava tanto diante da concepção da loucura, enquanto distúrbios das paixões causados pelas pressões impostas pela civilização, quanto como estratégia de tratamento, o qual, para se realizar, deveria separar, a princípio, o louco de sua família, que “(...) causa, acirra e confirma a alienação mental” (MACHADO, 1978, p. 430). Priorizou-se, num primeiro momento, o isolamento do louco pobre, que vagava nas ruas, ameaçando a sociedade

2 Ofício do conselheiro José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa, dirigido ao ministro do Império, Cândido José de Araújo Vianna. In: Santa Casa da Misericórdia, documento 3. APUD Machado, Roberto et al. Op. cit, p. 427

com seu furor imperceptível. Dessa forma, o isolamento era também uma medida de proteção social.

Segundo Jacobina (1982), o asilo constitui-se no primeiro passo para a formação do Aparelho de Cuidado Psiquiátrico (ACP) no Brasil, dando-se, na segunda metade do século XIX, o primeiro surto de expansão do confinamento asilar, com a exigência de construção de asilos em outros centros urbanos. A assistência psiquiátrica Brasileira, nos primeiros quarenta anos, pode ser chamada de empírica e leiga. Respondia às demandas básicas da sociedade, num momento em que a economia agrária de trabalho escravista não justificava investimentos terapêuticos. A medicina mental ocupava um lugar secundário, sendo subordinada à atuação das religiosas. Nessa fase inicial, um dos grandes problemas dos asilos brasileiros era a superlotação, iniciando-se um movimento de críticas por Teixeira Brandão, com o surgimento de propostas de reformas na assistência psiquiátrica.

As críticas dos médicos voltavam-se para todos os aspectos da estratégia de normalização da loucura que vinha se conformando - desde a organização arquitetônica e o mal aproveitamento do espaço nos asilos; a subordinação de sua atuação às religiosas; a “(...) incompetência, ignorância e maldade dos enfermeiros” e a falta de autonomia no que se referia aos procedimentos de internação e alta -, apontando para a necessidade de uma lei que legitimasse sua atuação e de uma assistência que ficasse a cargo do Estado.

“(...) A internação do alienado deve possuir um fundamento legal que evite o perigo das seqüestracões arbitrárias: a medicina deve impregnar a legislação e a justiça. O que é denunciado pelos médicos é exatamente o que escapa a seu controle: são os obstáculos institucionais e mesmo jurídicos a uma gestão intrinsecamente médico-administrativa” (MACHADO, 1978, p.448-49).

O Regimento Interno do hospício, datado de 1858, especificava a população a que era destinado: os loucos curáveis. No entanto, parece-nos que a periculosidade potencial dos doentes operou como um determinante decisivo para a especificação dessa população, uma vez que os “(...) que podiam viver inofensivos no seio da família” não deveriam ser internados. No entanto, aos poucos, a população internada foi perdendo a especificidade - ou o fator que servia como especificador foi-se tornando inoperante - e este fator foi apontado pelos médicos como uma das causas para a falência da estrutura asilar. A homogeneidade deveria ser restabelecida para que o asilo funcionasse como um espaço terapêutico e, dessa forma, pediam reformas: os agitados - que nos acessos de fúria eram recolhidos às casas-forte, que “(...) trazem a idéia de uma cadeia antiga para todas as sortes de criminosos (...)” (MOURA E CÂMARA, 1877-1878, apud MACHADO, 1978, p. 453) -, os epiléticos - que “(...) já são, pela natureza terrível de seu mal, terríveis, traiçoeiros e perigosos (...)” (*idem*) -, os imundos - cuja

imundície dos corpos desdobra-se em perversão moral - e os simuladores - que apresentam alta periculosidade e estão geralmente implicados com a justiça criminal - deveriam ser separados e colocados em instituições específicas. A periculosidade dos doentes, que alguns anos antes havia servido para justificar a estratégia alienista, surge agora como ponto central na argumentação para medicalização do espaço asilar, através da retirada de tais doentes perigosos.

No entanto, mais do que reformas internas, seria necessário legitimar o mandato social da psiquiatria e, para isso, os psiquiatras pediam maior poder de decisão, não só dentro do asilo, mas, principalmente, no que se referia às admissões e altas dos doentes do Hospício D. Pedro II. O juiz de órfãos, o chefe de polícia, a família do doente e a administração da Santa Casa atuavam nesse processo em um desequilíbrio de forças: ao médico cabia um papel secundário.

“(…) A crítica à insuficiência e ineficácia do hospício aponta para a exigência de multiplicação de instituições articuladas que sejam escudadas por uma lei dando aos hospícios a exclusividade de seqüestração dos loucos. Importante é criar hospícios e hospícios de características diferentes (...), hospícios para curáveis, para incuráveis, para os loucos que cometem crimes. Importante é criar uma lei que regule a situação do louco na sociedade” (MACHADO, 1978, p. 477).

Foi também na segunda metade de século XIX que se iniciou, na Bahia, o debate sobre a necessidade de se criar um asilo de alienados. Com forte influência do alienismo francês, o asilo na Bahia surgiu, então, como solução para o problema da loucura. Até então, os loucos em nossa terra continuavam nas prisões e na enfermaria a eles destinada no Hospital São Cristóvão, enfermaria que, segundo Bastos (1982, p.4), apresentava uma taxa de letalidade que excedia o dobro das outras. Os alienados eram “(...) confinados num recinto subterrâneo do edifício, em 10 únicos quartos escuros, úmidos, sem vista para o exterior, sem ocupação ou diversão, que chegava a abrigar 20 a 30 alienados (...)”. Os enfermeiros usavam técnicas contensivas: “O encarceramento, a cadeira de força, os grilos, os enlaços e até a fustigação” (idem, p.5). Outra prática que começou a se instaurar, nessa época, foi o envio de loucos ao Asilo D. Pedro II, prática que permaneceu até a inauguração do Asilo São João de Deus (BASTOS, 1982, p. 6; JACOBINA, 1982, p. 50). No entanto, mesmo com a desativação da enfermaria dos loucos no Hospital São Cristóvão, eles continuaram sendo internados até 1893, em enfermarias gerais.

Em julho de 1866, surgiu a Gazeta Médica da Bahia, que se configurava como um espaço importante de defesa dos princípios da racionalidade, do alienismo francês e de crítica à situação dos loucos. Já naquela época, iniciou-se a negociação para a construção do asilo, que viria a ser inaugurado

apenas em 24 de julho de 1874. Dessa forma, nasceu o asilo da Bahia, como um “(...) produto da união contraditória entre a Santa Casa - fração do aparelho religioso - e o aparelho médico em constituição.” (JACOBINA, 1982, p. p.56). O asilo surgiu como estratégia médica para o controle do social, onde os médicos exerciam um mandato político de repressão à loucura e, além disso, percebiam o seu papel para o desenvolvimento da psiquiatria enquanto prática médica. No entanto, em uma definição do Asilo São João de Deus dada por Silva Lima, vemos que o cuidado médico dado aos doentes não aparecia de forma clara. A assistência psiquiátrica ainda era incipiente e formava-se a psiquiatria enquanto especialidade médica. Tomemos suas palavras: o asilo era

“(...) abrigo de caridade aos desherdados da razão, e onde muitos a possam recobrar (...) refúgio para os miseros que a sociedade e as famílias por necessidade repelem de seu seio para segurança e traqüilidade d’eles(...)escola prática para um d’aquelles ramos do conhecimento médico que em nossos dias figuram entre os mais altos interesses” (SILVA LIMA *apud* JACOBINA, 1982,p.57)

É interessante vermos como esse discurso, representante do discurso médico da época, mostra como foi se conformando o sujeito da loucura no século XIX, sujeito esse marcado pela falta de razão, “pérola do espírito humano”, “perfeito equilíbrio de todas as faculdades”. O louco, marcado pela falta, sujeito que se definia pela negatividade, pela ausência, encontrou nos manicômios judiciários seu porto final. O asilo, local de caridade para os repelidos da sociedade, ocupa uma zona de limite, uma posição que é dupla em sua origem. A psiquiatria, enquanto “(...) instância definidora do estatuto do louco como doente e como incapaz (...) como sujeito a ser tratado e protegido (...)” (Machado, 1978, p. 482) usa para isso o argumento da periculosidade.

A partir das propostas do alienismo francês, os psiquiatras baianos estruturaram a assistência aos alienados. Desse modo, a noção de isolamento terapêutico trazia, além da finalidade de cura, a finalidade de exclusão social. O asilo, local privilegiado para o restabelecimento da razão, deveria ser uma reprodução da vida em sociedade, tendo sido adotadas práticas disciplinares e morais “mais brandas”, o sistema de liberdade vigiada, além de condições favoráveis de habitação e alimentação. O trabalho ocupava um lugar de destaque na proposta do tratamento moral, principalmente o trabalho agrícola, como procedimento terapêutico e como forma dos alienados colaborarem no sustento do asilo (JACOBINA, 1982, p. 79).

Os loucos que eram recusados na Santa Casa eram recolhidos à Casa de Correção, junto com “(...) os criminosos pelo inaudito crime de terem perdido a razão” (TOURINHO, *apud* JACOBINA, 1982, p. 79). A situação, segundo Tillemon Fontes, permaneceu mesmo após a construção do Asilo São João de Deus, pois, em 1894, registrava-se a entrada anual de mais

de 100 alienados nas casas de correção, o que representava, na época, mais de 10% do total de presos, evidenciando-se como “(...) a sociedade civilizada e christã desembarçava-se d’aquelles que para ella constituíam um embaraço, um perigo, uma vergonha” (MONTEIRO *apud* JACOBINA, 1982). Essa situação é fonte de críticas e questionamentos por parte dos médicos, numa tentativa de transformar a loucura em objeto de intervenção, marcando o sujeito da loucura com a noção de irresponsabilidade:

“Em nome de que lei e de que princípios continua-se a depositar em cárceres miseros doentes, quando as prisões são feitas para reos, para aquellos cujos crimes especificados em lei os tornam nocivos à sociedade”. (FONTES *apud* JACOBINA, 1982, p. 95).

Se, naquele momento, eles reclamavam pela guarda desses doentes, em um momento próximo reclamarão o seu afastamento. Loucura e crime vêm-se constituir em uma realidade incômoda para a psiquiatria, e os doentes mentais criminosos, em um outro objeto, em um outro sujeito, que se vai conformando, também, no final do século XIX.

Afirmava-se já no Brasil a medicina positiva e científica e, com as descobertas da bacteriologia, imunologia e neurologia, a situação começou a se modificar, iniciando-se um segundo período, quando começou a estabelecer-se a chamada psiquiatria científica. Os alienistas, revestidos por ideais positivistas e republicanos, aspiravam pelo reconhecimento legal por parte do Estado, para legitimar e autorizar uma intervenção mais ativa no campo da doença mental. O início da nova fase pode ser marcado pela entrada dos médicos no hospital e na assistência pública. Em 1890 o Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro, foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia, passando a ser subordinado à administração pública, e responder sob uma nova designação de Hospício Nacional de Alienados. Criou-se a Assistência Médico-Legal aos Alienados - primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República. João Carlos Teixeira Brandão - professor titular de psiquiatria na Faculdade de Medicina - assumiu a direção das duas instituições, tendo, em sua forma de trabalho, forte adesão à psiquiatria francesa. As ideias de Teixeira Brandão respondiam às necessidades históricas da época em questão: justificavam - sob a forma de indicação clínica - a exclusão dos inadaptados - constituídos em grande parte por estrangeiros e desempregados - e a ampliação dos asilos.

Um ponto a ser destacado é que a existência dos ditos loucos-criminosos passou a representar um problema para a psiquiatria em formação. Se, por um lado, os alienistas criticavam a presença dos loucos nas casas de correção, alguns recusavam a presença dos loucos-criminosos nos asilos. E estes seres, corporificação do duplo papel da psiquiatria, habitantes lunáticos da terra-de-ninguém, ganharam um local específico, instituição que surgiu para ficar no limiar ambíguo da psiquiatria e da justiça penal, “(...) complexos dispositivos de segurança (...)imensas construções

custodiais que o século XIX, cauçado na ação sistemática de médicos e juristas, nos legou(...)" (CARRARA, 1989, p.74). Já em 1870, Dr. Moura e Câmara, então diretor do Hospício D. Pedro II, solicitou a separação dos loucos agitados e perigosos, que se constituíam em um obstáculo para medicalização completa dos asilos, por exigirem práticas repressivas e violentas. Em 1896, Teixeira Brandão, motivado por um caso difícil que envolvia um provável louco-criminoso, enviou um ofício ao ministro da Justiça, no qual se pronunciava sobre a questão, solicitando a construção de um Manicômio Criminal, que seria destinado aos alienados perigosos, alienados criminosos e aos condenados que enlouqueciam nas prisões (CARRARA, 1989, p.83).

"O avultado número de alienados criminosos e condenados alienados remetidos nestes últimos tempos ao Hospício Nacional, por ordem da autoridade superior, obriga-nos a solicitar providências do poder público no sentido de obstar a continuação desta prática e aprovar as medidas necessárias para a reclusão e tratamento desses enfermos. Com efeito, não dispondo a Assistência de pavilhões especiais onde os possa acomodar, nem pessoal em número suficiente para vigiá-los e impor-lhes a violência, à administração não resta outro recurso senão seqüestrá-los com os demais enfermos, com o prejuízo da ordem e da disciplina exigíveis em estabelecimentos dessa natureza" (BRANDÃO, 1897 *apud* CARRARA, 1989, p. 84).

A presença desses doentes reaproximava loucura e transgressão e, para Carrara (1989, p. 83), "(...) O que repugnava o médico era essa confusão entre crime e loucura simbolizada, no centro do asilo, pelas celas ou casas-fortes (...)". Mais do que isso, esses seres ambíguos comprometiam o sucesso do tratamento moral e a sensibilidade social, que diferenciava crime e loucura. Carrara levanta também a existência de questões de ordem moral, uma vez que

"(...) às famílias dos alienados e aos próprios doentes, repugna a convivência com indivíduos que atraíram sobre si a indignação pública, que já se celebrizaram por atentados de toda espécie, que se tornaram maculados, enfim, por crimes atrozes." (CARRARA, 1989, p.85).

A marca do crime soma-se à da loucura: os seres ambíguos deveriam, então, ser desvinculados do Hospício Nacional. É interessante notarmos, ainda, como esses doentes vêm marcados, não só pelo crime, mas, pela rejeição: rejeição social, rejeição médica, rejeição judicial. Até a identidade de doente é questionada, assim como a identidade de criminoso. Esses

novos personagens, que surgiram no discurso médico, marcados pela impossibilidade, penetram na imprensa leiga.

Vamos ver algumas manchetes da época, referentes ao crime que tanto incomodou Teixeira Brandão (CARRARA, 1989, p. 73): “Drama de Sangue - mania de perseguição” (Jornal do Brazil, 1896), “Loucura e Sangue” (O paiz, 1986). A noção de crime e loucura como entidades próximas ou complementares aparece de forma clara. Os jornais afirmavam a doença do assassino, enquadrando-o no quadro descrito por Esquirol há alguns anos e que deu início a um grande debate, na França, entre a psiquiatria e a justiça criminal: monomania de perseguição. O Paiz refere-se ao assassino: “perigoso louco (...) vítima da hereditariedade, inexorável e temível”. Crime e loucura juntos transformam o doente em perigo, esfumaçam e dispersam, dão origem a um outro que ninguém mais reconhece.

É interessante vermos ainda como esses alienados vão aparecendo no discurso médico, tomando como exemplo este mesmo caso trabalhado por Carrara. O “perigoso louco” é submetido a uma, ou melhor, mais de uma pericia, sendo a primeira realizada pelos médicos do Gabinete de Medicina e Polícia (CARRARA, 1989, p. 79), que, segundo Carrara, apesar de hesitarem diante da lucidez do assassino, concluem que se tratava de um “(...) louco hereditário, sofrendo da mania dos perseguidos-perseguidores”. Apesar da lucidez, ele é considerado doente. O que, então, serve como delimitador da loucura? Que novo é esse que surge de um discurso médico-jurídico-popular, que é louco mas é lúcido, que é assassino mas é doente, e por isso irresponsável, deixando então de ser assassino? Considerado como louco, embora lúcido, foi encaminhado para o Hospício Nacional, de onde conseguiu fugir. Viria a ser reavaliado, agora por Teixeira Brandão, que conclui não se tratar de um louco, mas de um degenerado com defeito moral congênito, que, por não poder ser legalmente considerado louco, não poderia ficar no hospício. No entanto, esse não-louco (degenerado) também não podia ser considerado normal, nem responsável por seu crime. Nem louco, nem saudável; nem responsável, nem irresponsável. O que são?

Outras razões são ainda apontadas por Carrara (1989) para a necessidade de construção de um manicômio criminal: razões de ordem legal, pois a figura do louco criminoso trazia não só a ideia de uma loucura violenta, mas a de uma criminalidade que deixa de ser unicamente transgressora moral ou legal. A esta somam-se as razões de ordem científica ou clínica, pois se reconhecia, com base nos estudos de psiquiatria e antropologia criminal, que o móvel do delito era de natureza biológica. Essa ideia de naturalização ou biologização do crime preocupava Brandão, no sentido de criar-se uma tendência de enviar ao asilo todos os criminosos. O Manicômio Judiciário surgia como solução para o problema, afastando, não só dos demais doentes, mas de todo o meio médico, os seres ambíguos da loucura- criminalidade.

As ideias de Brandão sobre a necessidade de construção de um Manicômio Criminal, no entanto, não era consensuais em toda a classe médica. Em um artigo publicado n’*O Brasil Médico*, o Manicômio Judiciário era apresentado como uma casa de correção disfarçada e, sobre a associação

crime-loucura, o autor afirmava que estas são “(...) duas ideias antagônicas que se repelem e que não devem ser proferidas por lábios de médicos, nem de juristas. Ou o indivíduo é louco ou criminoso; não se podem associar ideias aniagônicas” (apud CARRARA, 1989, p.87). Nesta assertiva, vemos a ideia de inimputabilidade e irresponsabilidade dos doentes mentais, mostrando que, quando um indivíduo é louco, “(...) quem fala moral e legalmente por seus atos é a moléstia”. Vemos aí mais uma negação, a do sentido do ato, marcando o sujeito da loucura criminalidade. Para o autor, aos manicômios criminais deveriam ser destinados os alienados aparentemente sadios, aqueles que apresentam

“(...) um defeito em sua organização cerebral, quase sempre congênito (...) que dá lugar a aberrações da esfera moral que trazem como consequência fatal a prática de atos delituosos (...) incapaz de render homenagem ao justo e ao bem e execrar o mal (CARRARA, 1989, p.89-90).

No entanto, colocava-se contrário à ideia de construção de um manicômio, sendo favorável à separação desses degenerados dentro do próprio hospício, em locais específicos. Esses “loucos morais”, “(...) cuja peculiaridade era menos a de serem loucos criminosos que a de serem loucos-lúcidos (...)” e, por isso mesmo, resistirem ao tratamento, causando rebeliões, fugas e agressões, não eram aceitos pelos alienistas. O delírio deixava de ser a marca distintiva da loucura, num processo de patologização do comportamento. Surgia então, no Brasil, a figura dos “mal-definidos degenerados, regressivos, criminosos natos, loucos-lúcidos, monomaníacos, loucos morais”, os

“(...) que, não sendo propriamente loucos, não podiam ser plenamente responsáveis pelos seus atos (...) habitantes de uma paradoxal região entre a responsabilidade e a irresponsabilidade penal, entre a culpa e a inocência, (...) a sanidade ou a doença, (...) anormais, mas não doentes, (...) merecedores mais de repulsa que de piedade” (CARRARA, 1989, p. 104).

Discutia-se ainda sobre a responsabilidade dos loucos (lúcidos e loucos), a adequação de irem a julgamento e a questão da internação judicial. A esse respeito dizia Teixeira Brandão (apud CARRARA, 1989, p. 99): “(...) seria um absurdo submeter-se a tratamento um enfermo alienado e outorgar aos juízes de fato o direito de resolver questões científicas”. Além disso, para Teixeira Brandão, aceitar a internação judicial “(...) era aceitar a submissão perigosa dos peritos aos juízes, dos asilos aos tribunais”. O Manicômio Judiciário foi construído, e os loucos-criminosos, inicialmente o pilar da assistência alienista, deslocaram-se para fora do campo médico.

A PERICULOSIDADE NA LEGISLAÇÃO PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Em 1903, foi entregue a Juliano Moreira a direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados e a gestão do Hospício Nacional. Adepto da objetividade, de técnicas biológicas e bioquímicas, a par dos avanços da anatomopatologia e da neurologia, Juliano Moreira surgia para enquadrar a psiquiatria ao modelo médico geral, do diagnóstico clínico e laboratorial, explicando as origens, não só das doenças mentais, mas de aspectos éticos, étnicos e políticos de eventos sociais. Com Juliano Moreira, deu-se a legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional, através da promulgação do Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, Lei Federal de Assistência aos alienados (BRASIL, dec. 1132/1903), que propunha a reorganização da assistência psiquiátrica. No artigo 1º estabelecia a população que deveria ser internada no hospício: “Art, 1º. O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, compromete a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”. Dessa forma, era legalizado o mandato social da psiquiatria e a estratégia alienista mostrava-se mais como uma estratégia de controle social, para manutenção da ordem e da norma, do que uma intervenção puramente médica, para o tratamento de doentes. Mais uma vez, o louco perigoso, que comprometia segurança das pessoas, surgia como figura central para a conformação da assistência a alienados, a qual se vinculava à desordem pública e ao perigo que o alienado mental representava às pessoas.

Além de definir o perfil do alienado que deveria compor a população internada, a Lei regularizava o procedimento de admissão, a qual “(...) só se tornará efetiva (...) depois de provada a alienação” (Art 1º. Parag, 1), conferindo ao médico um papel decisivo nesse processo, mesmo que a internação fosse solicitada por uma autoridade pública ou pela família do alienado (Art. 2º. Parag, 1). Regulamentava ainda os termos do tratamento em domicílio (Art. 3º.) e a alta de pacientes internados, que se daria mediante a solicitação daquele que pediu a internação, “(...) salvo em caso de perigo iminente ara a ordem pública ou para o próprio enfermo” (Arts, 6º. e 7º.), o que seria julgado pelo diretor do hospício. Além disso, tornava obrigatória a construção de manicômios judiciários nos estados ou de pavilhões específicos para loucos-criminosos nos hospícios, proibindo a reclusão dos alienados em cadeias públicas ou entre os criminosos comuns. É o que dizem os artigos 10 e 11:

“Art 10. É proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos.

Paragrapho único. Onde quer que não exista hospício, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada

a este fim, até que possa ser transferido para algum estabelecimento especial.

Art 11. Enquanto *não possuírem* os estados manicômios criminaes, os alienados delinquentes e os condenados alienados, somente poderão permanecer em asylos *públicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem.*”

No mesmo ano, foi criada a seção Lombroso do Hospício Nacional, com essa finalidade. No entanto, permanecia a posição de que eles não deveriam permanecer nos asilos, mas sim ser transferidos para prisões ou postos em liberdade (CARRARA, 1989, p. 102).

Dessa forma, através da legalização da Assistência a Alienados, foram reformulados os termos da relação entre a família, a justiça, a administração e o hospício, conferindo ao médico um papel predominante no controle social da loucura, respondendo às solicitações dos alienistas e transformando “(...) a reclusão, em si negativa, em bem, em proteção do homem enlouquecido. A psiquiatria faz da seqüestração um ato não arbitrário (...) Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido” (MACHADO, 1978, p. 482/484). A periculosidade da loucura, pilar da estratégia alienista, define o paciente, os termos da internação, do tratamento, do uso de medidas coercitivas e da alta.

No mesmo período, Oswaldo Cruz subia à direção dos serviços de Saúde Pública. Assim, “(...) a Saúde pública e a Psiquiatria dão-se as mãos na tarefa comum de sanear a cidade, remover a imundície e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade”. (RESENDE, 1994, p. 45). À psiquiatria, nessa união, cabia um papel secundário de limpar as cidades, “(...) recolher as sobras humanas do processo de saneamento, encerrá-las no asilo e tentar, se possível, recuperá-las de algum modo” (idem).

A Assistência a Alienados, segundo as disposições do Decreto n. 1.132, fazia do hospício o lugar da loucura no Brasil. No entanto, como vimos anteriormente, a estrutura asilar vinha sendo criticada pelos médicos, não só pela sua falta de autonomia, enquanto poder de decisão - o que foi reformulado com a lei -, mas, também, pela população que se encontrava internada: heterogênea, descaracterizava o asilo enquanto instituição terapêutica. Os alienistas pediam uma heterogeneidade institucional para homogeneizar a população do asilo. Seria necessário criar estabelecimentos especiais para doentes também especiais.

Começava a crescer no Brasil o entusiasmo pelas colônias agrícolas, não apenas por serem consideradas como tendo eficácia terapêutica, mas por se encaixarem bem às demandas políticas e ideológicas da época e por incorporarem-se à tradição agrária brasileira. Foram, então, criadas na maioria dos estados brasileiros, como complemento a hospitais tradicionais já existentes - ficando as colônias responsáveis pelos resíduos de crônicos

que as instituições urbanas produziam em quantidade crescente - ou como opção terapêutica única, assistindo os loucos, em todas as fases de seu tratamento. A ideia era recuperar o paciente através do trabalho agrícola e devolvê-lo à comunidade como cidadão útil, podendo-se considerar a criação das colônias agrícolas como uma primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 1984; JACOBINA, 1982). O Decreto n. 8.834, de 11 de julho de 1911 (BRASIL, Dec. 8834/1911) e o respectivo Regulamento da Assistência a Alienados viriam legalizar a heterogeneidade institucional no cuidado da loucura:

“Art 1. A assistência pública a alienados (...) é destinada a socorrer as pessoas que carecem de tratamento em virtude da alienação mental.

Art 2. Para esse fim, a União manterá no Distrito Federal: O Instituto de Neuropatologia, destinado à admissão dos enfermos suspeitos de alienação mental, o Hospital Nacional de Alienados e as Colônias de Alienados para homens e para mulheres.

§ 1. Installadas as colônias, poderão os respectivos diretores crear, na periphéria das mesmas, serviços de assistência heterofamiliar;

§ 2. Logo que seja possível, fundará a União colônias para ébrios habituaes e epilépticos”.

Dessa forma, o asilo abria um espaço para observação e diagnóstico da loucura, prevenindo-se contra os simuladores e dissimuladores, que tanto incomodavam por seus constantes envolvimento com a Justiça e pela sua alta periculosidade. Aquele no qual se verificasse a inexistência de doença mental, “(...) seria posto em liberdade, salvo aviso prévio da autoridade que o enviou” (BRASIL, Dec. 8834/1911, Cap. IV, Art. 45, P.2). Os epilépticos - traíçoeiros e perigosos - e os ébrios, em breve, ganhariam também um lugar específico. Um outro ponto a ser considerado, nessa reestruturação da Assistência aos Alienados no Brasil, é que ela expande-se para além dos muros dos asilos, que deixam de ser o único local da loucura. Os crônicos, “(...) os alienados indigentes [e aqueles] capazes de entregar-se à exploração agrícola e a outras pequenas indústrias”, seriam transferidos, pelo diretor geral, para as colônias (BRASIL, Dec. 8834/1911, Cap. XI, Art. 74.). Não podemos, no entanto, deixar de ressaltar aqui a contradição que esse modelo trazia: os doentes das colônias agrícolas seriam devolvidos a uma realidade externa que estava longe do modelo de sociedade rural. A economia cafeeira passava por dificuldades e já se implantava no país um modelo de economia industrial. As comunidades agrícolas, então, passam a funcionar segundo os moldes das instituições psiquiátricas clássicas: excluindo os doentes do convívio social. Além disso, as condições da assistência ao doente mental permanecem, por longo período, as mesmas (JACOBINA, 1982). A lei de 1911, no entanto, não colocaria ainda o Manicômio Judiciário

entre as instituições especiais da estratégia alienista. Referia-se aos loucos criminosos apenas no Título III - Disposições gerais, art. 173: “É proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos”.

Psiquiatras e magistrados continuavam a lutar pela construção do Manicômio Criminal. Após o assassinato, em 1919 da mulher de um senador da República por um degenerado, a imprensa iniciou uma forte campanha em prol da construção dos manicômios judiciários e, em 21 de abril de 1920, “(...) (é) lançada a pedra fundamental do primeiro asilo criminal brasileiro, inaugurado no dia primeiro de maio do ano seguinte.” (CARRARA, 1989, p. 106), marco da segunda reforma na assistência psiquiátrica brasileira (JACOBINA, 1982), cujo regulamento viria a ser aprovado em 25 de maio de 1921 através do Decreto nº 14.831, o qual o define como

“(...) uma dependência da Assistência a Alienados do Distrito Federal, destinada a internação:

1- Dos condenados que, achando-se recolhidos às prisões federaes, apresentarem symptomas de loucura.

11 - Dos acusados que pela mesma razão devam ser submetidos á observação especial e tratamento.

111 - Dos delinquentes isentos de responsabilidade por motivo de a.ffectção mental, quando, a critério do juiz, assim o exija a segurança pública (BRASIL, Regulamento, 1921).”

Estabeleciam-se ainda os termos da admissão, que seria feita por ordem do ministro da Justiça, ou por mandato judiciário. Nesse estabelecimento, o poder do médico resumia-se a um poder de observação, para sugerir uma provável transferência a outras instituições, caso hovesse “(...) cessado a phase de aggressão impulsiva (...) declarado definitivamente o estado de demência dos que apresentam probabilidade mínima de reacções perigosas [ou] cessado o delírio que deu motivo à tntemação” (idem). O “destino do paciente” ficava a cargo da autoridade que “ordenou a internação”. O lado terapêutico aparecia indiretamente no artigo 2º, em poucas palavras: “Cada um dos internados terá uma ficha e um promptuário psiquiátrico”. Dessa forma, os loucos-criminosos e os criminosos que enlouquecem sofrem um primeiro deslocamento, este ainda dentro da Assistência a Alienados: dos asilos, saem os manicômios Criminais. Em momento posterior o deslocamento será maior e mais decisivo: sairão os manicômios judiciários a Assistência a Alienados, passando a fazer parte do Sistema penitenciário.

Em 1923, Gustavo Riedel criou a Liga Brasileira de Higiene Mental, que, buscando constituir-se como um movimento de intervenção no espaço social, executava ações de “(...) características eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas” (AMARANTE, 1984, p.78). A psiquiatria, agindo

em defesa do Estado, exercia uma ação de controle rigorosa, reivindicando maior poder de intervenção. Propunha-se a estabelecer modelos ideais de comportamento, recuperar raças e constituir coletividades sadias. Duas novas reorganizações da assistência, não mais a alienados, mas a “psychopatas”, serão ainda sancionadas, através do Decreto n. 5.148-A, de 10 de janeiro de 1927, e, posteriormente, do Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. Fiquemos, inicialmente, com o decreto de 1927, quando, mais uma vez, o doente perigoso aparece em primeiro lugar para justificar a assistência:

“Art 1. A pessoa que, em consequência de doença mental, congênita ou adquirida, attentar contra a própria vida ou a de outrem, perturbar a ordem ou offender a moral pública será recolhida a estabelecimento apropriado para tratamento”.

As altas, também, mais uma vez apareciam vinculadas ao perigo potencial que o enfermo representava:

“Art 4. Salvo caso de iminente perigo para a ordem pública, para o próprio enfermo ou para outrem, não será recusada sua retirada de qualquer estabelecimento, quando requerida por quem pediu a sua admissão.”

Com relação aos “psychopatas delinquentes” e a reclusão de “psychopatas” nas cadeias públicas (BRASIL, Dec. 5.148-A/1927, Arts, 7º. e 8º.), mantinham-se as mesmas recomendações apresentadas no Decreto n.1.132. Os manicômios judiciários, parte integrante da assistência a psicopatas, contariam para a composição de seu quadro de pessoal com um psiquiatra-diretor, um assistente, um zelador, um escriturário, um amanuense e três cobradores (BRASIL, Dec. 5.148-A/1927, Art, 17º), além de internos que estivessem cursando o 4º e 5º anos da Faculdade de Medicina (BRASIL, Dec. 5.148-A/1927, Art, 20º):

No entanto, as principais modificações ocorridas na assistência podem ser melhor percebidas com base no seu regulamento, aprovado em 23 de maio de 1927, através do Decreto n. 17.805, notando-se as influências da Liga Brasileira de Higiene Mental. A Assistência a Psychopatas tinha por fim “estudar os problemas relativos à hygiene mental e á psycho-physiologia normal ou mórbida, applicadas ás diversas atividades sociais, no intuito de fixar os meios mais efficazes de organizar a prophylaxia das perturbações nervosas e mentaes” (BRASIL Dec. 17.804/1927, v. II, Art. 1º). Para isso, contava a assistência com o Instituto de Psicopatologia - para os suspeitos de perturbação mental, enviados pela polícia para confirmação diagnóstica. Aí, eram realizadas ainda as aulas da Faculdade de Medicina e experiências no setor de psicologia experimental - o Hospital Nacional, o Manicômio

Judiciário, colônias -, para onde seriam transferidos do Hospital Nacional os psicopatas indigentes e os pensionistas na sessão de assistência heterofamiliar - “asylos-colônias” - para ébrios, epiléticos e atrasados mentais -, serviço de assistência familiar, ambulatórios e serviços clínicos abertos. Dessa forma, ampliava-se a assistência psiquiátrica - não apenas pela heterogeneidade institucional e pela assistência pós-asilo (destinada aos crônicos indigentes nas colônias) -, mas, para o espaço social mais amplo através das diversas atividades sociais, assistência familiar, ambulatórios e serviços abertos, “(...) especialmente destinados à prophylaxia das doenças mentais”. A assistência compreendia também uma fase pré-asilar.

Ao Manicômio Judiciário cabiam os mesmos regulamentos do Decreto n. 14.831, de maio de 1921, acrescentando-se a especificação das atividades dos funcionários. Ao diretor, cabia a fiscalização e coordenação dos serviços clínico- psiquiátrico-legais e administrativos, devendo ainda realizar estudos - ou coordenar a realização - de antropologia criminal e psiquiatria clínica e médico-legal. O manicômio deveria se transformar, também, em local de produção de saber, saber que justificasse sua especificidade enquanto instituição de assistência. Foi no decreto de 1934, no entanto, que percebemos uma maior penetração da liga, cujo presidente seria membro integrante do Conselho de Proteção aos Psicopatas, - encarregado de prestar proteção legal, estudar os problemas sociais relacionados à proteção aos psicopatas, auxiliar órgãos de propaganda de higiene mental e cooperar com organizações públicas ou particulares. (BRASIL, Dec. 24.559/1934). À Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental caberia, além do tratamento e proteção legal, estender suas ações aos predispostos à doença mental e aos egressos de estabelecimentos psiquiátricos, realizando atividades de higiene psíquica e profilaxia dos psicopatas.

No entanto, a legislação versava predominantemente sobre as internações, alta e concessão de licenças nos estabelecimentos psiquiátricos³. As internações poderiam ser feitas em estabelecimentos abertos, fechados ou mistos, ou em seções especiais de hospitais gerais, asilos de velhos, casas de educação e outros estabelecimentos de assistência social, públicos ou privados. É interessante notar que, mesmo nos estabelecimentos abertos, o comportamento e, mais especificamente, o perigo representado pelos psicopatas, aparece como determinante das Internações. Esses estabelecimentos eram destinados, dentre outros, aos que “(...) por motivo de seu comportamento”, e os que “(...) suspeitos de doença mental ameaçarem a própria vida ou a de outrem, perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública”, e que concordam com a hospitalização, caracterizando a internação como voluntária. Nos serviços fechados, a periculosidade aparece de forma

3 Ao serviço de profilaxia mental cabe o Art 25, parágrafos 1 e 2, que definem suas atribuições: promover o “(...) estudo das causas” das doenças mentais no Brasil e estabelecer-se como “(...) centro especializado para vulgarização e aplicação dos preceitos da higiene preventiva”. Para realização dessas atividades, ou, “(...) para segurança dessas finalidades”, elegem os estrangeiros como população-alvo: todos os estrangeiros que viessem ao Brasil deveriam realizar um exame de sanidade, especialmente aqueles que requereram naturalização. Além disso, os estrangeiros portadores de doença mental, se não fossem casados com brasileiros ou não tivessem filhos no Brasil, seriam repatriados.

ainda mais clara. A esses estabelecimentos seriam destinados aqueles que “(...) por suas reações perigosas, não deva, permanecer em serviços abertos” e os que são internados por “(...) ordem judicial ou forem enviados por autoridade policial ou militar com nota de detidos, ou à disposição da autoridade judiciária”.

A internação seria feita mediante ordem judicial ou mediante requisição da autoridade policial, por solicitação do próprio paciente, familiar, curador, tutor, diretor de hospital, diretor ou presidente de sociedade de assistência social, chefe de dispensário psiquiátrico ou “algum interessado”, sempre acompanhada de atestado médico, exceto quando a solicitação fosse feita por autoridade judicial. O paciente admitido deveria ser imediatamente examinado pelo médico de plantão, o qual deveria, em suas anotações, “(...) ressaltar a natureza de suas reações perigosas evidentes ou presumíveis (Art. 16)”. A concessão de altas e licenças também deveria levar em consideração o perigo representado pelo doente.

Dessa forma, a Assistência a Psicopatas, mantendo a periculosidade como elemento central de sua intervenção e admitindo pacientes que fossem detentos, por determinação judicial e da autoridade policial, confundia-se com o Manicômio Judiciário, ao qual o presente decreto reserva apenas o parágrafo 3 do artigo 11: “A internação no Manicômio Judiciário far-se-á por ordem do juiz”.

A assistência psiquiátrica no Brasil, portanto, aparece voltada predominantemente ao doente perigoso, o qual ameaça a ordem e a tranquilidade públicas. A doença parece-nos secundária na legislação psiquiátrica brasileira e, assim a periculosidade, mais do que um conceito jurídico que opera na loucura-criminosa acha-se resente de forma generalizada, justificando a internação psiquiátrica.

O MANICÔMIO JUDICIÁRIO DA BAHIA

Foi na década de 20 que se construiu, na Bahia, o primeiro lugar específico para os doentes mentais delinquentes, que, a partir de então, passaram a ser internados no Pavilhão “Manoel Vitorino” do Hospital Juliano Moreira (antigo Asilo São João de Deus). Segundo Rubim de Pinho, este pavilhão era “(...) O pior pavilhão do hospital (...) era infecto, sem arejamento, sem iluminação”⁴. Naquela época, vivíamos um processo de reformulações no sistema penitenciário, lideradas pelo Dr. Madureira Pinho, secretário da Segurança Pública do Estado da Bahia. Era dentro desse contexto de reformulações gerais que se colocava a questão do manicômio criminal baiano, largamente discutida por psiquiatras e juristas. Para Arthur Ramos (1928), a construção, entre nós, do manicômio criminal, fazia parte de um

4 Declaração em entrevista realizada por Marcus Vinicius Oliveira Silva em 15 de junho de 1992.

“(…) plano científico administrativo” que comportaria um “(…) programa de etiologia criminal” e de “(…) terapêutica e prophylaxia criminais”, que já vinha se estabelecendo em nosso Estado, segundo os preceitos da Escola Positiva do Direito Penal. Chamava a atenção para a importância da construção de institutos especializados em clínica da criminalidade, para se estudar “(…) a mais esquisita e complexa das entidades nosográficas conhecidas - o delicto”, e de um núcleo de observação para o estudo das causas da criminalidade através de estudos “(…) anthropo-psychologicos dos delinquentes”. Defendia ainda a individualização da pena, ou melhor, do “(…) tratamento carcerário”. Sobre o nosso regime penitenciário, dizia Arthur Ramos (idem):

“Hoje ali se applicam todos os processos dos novos regimes penaes, que mais se aperfeiçoam até chegarem ao supremo ideal da individualização da pena, e a aplicação larga e generosa da condenação condicional (...). O ideal das organizações penitenciárias será o da substituição das prisões-depósito pela criação liberal de prisões-escolas, prisões-colônias, prisões-reformatórios, onde a noção de castigo será substituída pela de cura e readaptação do delinqüente.”

O Manicômio Judiciário surgia como a solução para a situação singular dos alienados loucos, além de significar uma prova de civilização. “O Manicômio Judiciário, com a nova consciência jurídica e humanitária de todos os tempos cultos” (O IMPARCIAL DA BAHIA, 1928), deveria ser criado, e logo: “Não era possível mais, innegável centro intelectual de artistas e esculápios, deixar-se permanecer em retaguarda”. Dessa forma, além de solucionar o problema dos loucos-criminosos, o Manicômio Judiciário deveria ser um local de produção de saber, dando provas do desenvolvimento científico da sociedade baiana. Dentro desse processo, não é de se estranhar que a opinião do catedrático da Faculdade de Medicina e diretor do Instituto Médico Legal tenha sido solicitada. Dr. Estácio de Lima, em entrevista ao Imparcial (1928, p. 1), afirma: “Acho, ao demais, representarem estabelecimentos desta natureza padrões insophismáveis da cultura e civilização de um povo”.

No entanto, outros motivos são apresentados para a criação do Manicômio Judiciário do Estado: a nova instituição não acarretaria sobrecarga orçamentária, uma vez que os enfermos recolhidos ao manicômio, além de ser em pequeno número, já se encontravam às custas do Estado, na penitenciária ou no hospício São João de Deus, instituições que se mostravam inadequadas para o abrigo de tais loucos-criminosos. A penitenciária era considerada inadequada por não apresentar condições para a aplicação de medidas terapêuticas e por se mostrar um local impróprio para a reclusão dos irresponsáveis - com base no Código Penal -, que ainda não tivessem ido a julgamento. O asilo, por outro lado, mostrava-

se inadequado ao abrigo dos loucos- delinquentes, devido ao “(...) mal-estar social [acarretado] pela promiscuidade de insanos criminosos e não-criminosos”. Os criminosos simuladores também eram apresentados como um dos motivos para a construção do Manicômio Judiciário, uma vez que, no asilo, representavam ameaça, por sua alta periculosidade. Mostrava-se ainda Dr. Estácio de Lima contrário à construção de pavilhões específicos para perigosos e temíveis nos hospícios comuns: “Seria também, illógico ou cruel, deixar entre os temíveis o pobre doente em observação, ainda sem *diagnóstico (...)*”.

O manicômio mostrava-se então, como uma instituição mista, conciliadora, nem cárcere nem uma “casa ordinária dos loucos”, devendo ficar subordinado à Secretaria de Polícia e Segurança Pública, funcionando, ao que nos parece, como uma instituição, para muitos, de passagem às vezes longa:

“Uma vez estabeleci da a diagnose definitiva, provada que estivesse a instalação, por exemplo, de estado demencial, que inoffensivo tornasse o delinqüente, com o parecer dos competentes na matéria (3 médicos no caso - o diretor do Manicômio Judiciário, o diretor do hospício São João de Deus e o diretor do serviço médico- legal do Estado) e a autorização do juiz, o pobre desgraçado seria removido para estabelecimento melhor apropriado: hospital comum, colônia de alienados, etc. Ou então, apurado o simulacro, encaminhar-se- hia o observado para onde de direito” (Lima, 1928).

Lugar para observação e diagnóstico, lugar no qual se aguardaria a “(...) instalação do estado demencial”, que cessaria a periculosidade do doente, para então transferir-lhe para “(...) local mais apropriado”. Parecia não estar prevista para o manicômio a alta dos doentes, mas apenas a transferência, por ordem do juiz, para outras instituições: o hospital comum, as colônias, a cadeia.

Ainda Dr. Estácio de Lima, em resposta a Mario Leal - que se mostra contrário à construção do Manicômio Judiciário, por achar, talvez, paradoxal que “(...) um estado que não pode amparar alienados recolhidos ao hospital psiquiátrico de São João de Deus, [defenda a construção] de um estabelecimento para acomodar apenas uma média de 10 alienados criminosos por ano” -, argumentou, com base no sofrimento dos alienados criminosos condenados que “(...) com sua dor desmedida, cumprindo pena dictada por um código penal inflexível, pela necessidade de um Manicômio Judiciário” (O IMPARCIAL DA BAHIA, 1928b). Além disso, afirma Estácio de Lima: “Mais de dez, muito mais de dez homens povoarão o nosso Manicômio Judiciário. Os dez enfermos de um ano ficam somados com o dos annos seguintes (...) acumulativamente”. Outro argumento baseava-se na evidência de que os loucos-criminosos, mesmo sofrendo dos mesmos males que os loucos comuns, apresentavam reações orgânicas especiais,

eram diferentes e, por isso, deveriam ser separados, para melhor observação e tratamento específico.

“Assim, ao lado da injeção de mercúrio, da poção bromurada ou do banho morno, o teste carcerário. O doente não abstrahes sempre, o delinqüente. A pedagogia carcerária ou os testes (...) paralelamente á mesinha ou á physiotherapia” (O IMPARCIAL DA BAHIA, 1928b).

Foi a partir de um jurista, Dr. Carlos Ribeiro, que surgiram críticas ao projeto de lei para a construção do Manicômio Judiciário baiano. No entanto, cabe ressaltar que as críticas não visavam impedir a construção do manicômio, mas, ampliar a população que deveria ser internada. Referia-se, nesse sentido, aos delinquentes condenados que, para ser internados no Manicômio Judiciário, deveriam apresentar “(...) symptommas de morbidez mental” (O IMPARCIAL DA BAHIA, 1928c), o que se mostrava, para o jurista, como cientificamente inaceitável, do ponto de vista da finalidade do manicômio. Este deveria receber não só os que sofriam de morbidez mental, mas, também, aqueles condenados que apresentassem “moléstias psychicas”: “(...) um doente psychico, assim como pode ser, pode também não ser um doente mental”, chamando atenção para casos que, “(...) acarretando estados psychopáticos (...) reclamam para os respectivos doentes o internamento na clínica hospitalar psychiátrica (...) sem que sejam elles doentes mentais” - epilepsia, tabes e parkinson seriam alguns exemplos. O manicômio baiano deveria então ser, não só clínica psiquiátrica, mas, neurológica, devendo ainda ter um departamento específico para menores delinquentes portadores de anomalias mentais ou psíquicas, funcionando como “(...) complemento da penitenciária com sua clínica cárcero-pedagógica “.

No entanto, as sugestões do Dr. Carlos Ribeiro não foram incorporadas ao projeto de lei, o qual foi sancionado em 23 de maio de 1928. Dessa forma, ficava criado, em lei, o Manicômio Judiciário da Bahia, solução para o problema dos loucos-criminosos, complemento da penitenciária, instituição mista, prova de civilização:

“Art 1. *É* creado o Manicômio Judiciário do Estado da Bahia, directamente subordinado á Secretaria de Polícia e Segurança Pública.

Art 2. Tem o Manicômio Judiciário por fim internar, para observações periciaes e tratamentos apropriados:

- a) os condemnados que, recolhidos á Penitenciária do Estado, apresentarem symptommas de morbidez mental;
- b) os detentos antes da condemnação suspeitos de insanidade mental;
- c) os indivíduos a que se refere o art. 29 do Codigo Penal”.

É interessante notar que, apesar do movimento em prol da construção do Manicômio Judiciário ter surgido no meio médico, como uma tentativa de legitimar e especificar sua estratégia, medicalizando o espaço asilar, o Manicômio Judiciário é colocado, aqui, não como parte ou como uma reforma da assistência psiquiátrica, mas como parte do sistema carcerário e no âmbito de reformas penitenciárias, pelos próprios médicos que o defendiam. Dessa maneira, o manicômio baiano forma-se como uma instituição mais penitenciária do que médica e os loucos-criminosos, que, na figura dos monomaníacos, serviram para mostrar a necessidade da estratégia alienista, tornam-se inespecíficos para o meio médico e dele são retirados.

O Manicômio Judiciário da Bahia, cujo governo estava autorizado a abrir crédito para sua construção e contratação de pessoal desde a promulgação da lei em 1928 e que teria, segundo Madureira Pinho, “(...) dois andares, com acomodação para 50 presidiários loucos, dispoendo de instalação de hidroterapia e de mais aparelhos para moléstia mentaes e nervosas” (O IMPARCIAL A BAHIA, 1928 d), não foi construído e, até a década de 60, os doentes mentais criminosos permaneceram no Pavilhão do Hospital Juliano Moreira, local onde eram realizadas as perícias penais e cumpridas as medidas de segurança. Naquela época, alguns médicos do Hospital começaram a fazer fortes denúncias através dos jornais de grande circulação da capital, tornando pública a situação na qual tais doentes se encontravam ⁵.

No governo Lomanto Jr., dentro de um processo de reformas administrativas mais amplas, o Manicômio Judiciário (ainda inexistente como instituição específica), passou a ser parte integrante do Departamento de Assuntos Penais (DAP) (BAHIA, Lei n.2.321/1966, cap. VI) - órgão de administração centralizada da Secretaria de Justiça - junto com a Penitenciária Lemos Brito e Casa de Detenção. O deslocamento dos loucos-criminosos do meio médico, dessa forma, completava-se. É o que podemos perceber a partir das atribuições do DAP: “(...) orientar, dirigir, coordenar e controlar, em harmonia com o poder judiciário e a Secretaria de Trabalho e Bem-estar Social o regime penal e a administração dos estabelecimentos penais. (...)” (BAHIA, Lei n.2.321/1966, Art. 157). O Manicômio Judiciário, não mais instituição médica específica, mas estabelecimento penal deveria custodiar e tratar “(...) psicopatas causadores de danos sociais, conforme decisão da justiça criminal” (BAHIA, Lei n.2.321/1966, Art. 161). A população que deveria ser específica, confunde-se com a da assistência médica, presente de forma constante na evolução da legislação como sendo aquela que causa danos, perturba a ordem, oferece perigo. Os pacientes internos do Pavilhão Manoel Vitorino ganharam um novo local, que fora inaugurado na segunda metade da década de 60 em

“(...) um prédio absolutamente inadequado (...) a solução que se deu pra o Manicômio Judiciário foi de instalar num pavilhão

5 Rubim de Pinho. Declaração em entrevista realizada por Marcus Vinicius Oliveira Silva em 15 de junho de 1992.

remanescente da penitenciária (...), [o] pavilhão Madureira Pinho (...) construído no fim dos anos 20 (...) era o pavilhão feito para sentenciados de segurança máxima”⁶.

Em março de 1981, foi criada a Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados na Bahia, que estabeleceu, como ponto prioritário de trabalho, um programa de visitas e vigilância aos estabelecimentos penais da cidade de Salvador, incluindo o Manicômio Judiciário do Estado. O “relatório sobre as visitas realizadas aos presídios e ao Manicômio Judiciário de Salvador” foi publicado na íntegra, no jornal “*A Tarde*” de 10 de fevereiro de 1982, apresentando a situação encontrada nos três estabelecimentos visitados (Penitenciária Lemos Brito, Casa de Detenção e Manicômio Judiciário):

“Lamentáveis as condições materiais (...). Insuficientes e inadequados os recursos humanos disponíveis. Inexistentes as normas disciplinares atualizadas que limitem o arbítrio dos dirigentes e criem para os internos parâmetros gerais, orientadores de seu comportamento. Limitadas a níveis baixíssimos as oportunidades de trabalho carcerário, sempre sub-remunerado. Estas as características gerais que servem de pano de fundo ao relatório das condições *específicas das unidades visitadas*” (A TARDE, 1982, p.16).

Fiquemos, então, com o Manicômio Judiciário. Apontado como um estabelecimento no qual, “(...) sob o duplo estigma da doença mental e do crime cometido, vivem (...) em deplorável situação de promiscuidade, 323 internos, 26 dos quais do sexo feminino”, o relatório aponta as dificuldades existentes no Manicômio Judiciário, como a insuficiência de pessoal especializado: 14 médicos, que acumulam atividade de assistência hospitalar, perícia, diagnóstico de periculosidade e plantão; 19 auxiliares de enfermagem, sendo que, nesse setor, um único auxiliar é responsável por 73 internos; e dois dentistas. Destaca ainda a falta de recursos humanos, verbas e espaço para a realização de uma “(...) assistência psicoterapêutica pelo método da TO (Terapia Ocupacional)”, além da impossibilidade de desenvolver atividades agrícolas pelos internos - cujo “(...) domínio (...) é oriundo da zona rural”-, devido à localização do manicômio em centro urbano, concluindo que “(...) a aplicação permanente de neurolépticos e medicamentos do gênero aliada à total ociosidade podem constituir-se em fatores de agravamento da deterioração física e mental dos internos”. Além disso, são ressaltados ainda o “(...) deplorável estado físico” do prédio, as péssimas condições gerais de higiene - estando todo o trabalho de limpeza a cargo de um único funcionário - e a assistência jurídica insuficiente, resultando na lentidão dos processos

6 Rubim de Pinho. Declaração em entrevista realizada por Marcus Vinicius Oliveira Silva em 15 de junho de 1992

judiciários e, conseqüentemente, em “(...) internamentos indefinidos, mesmo diante da superveniência de expiração no prazo da medida de segurança”. Todos esses fatores fazem, segundo os relatores, “(...) do Manicômio Judiciário uma torpe prisão e uma caricatura de hospital”.

O Manicômio Judiciário, no entanto, sofreu algumas reformulações ao longo do tempo, as quais pensamos ser importante acompanhar, até a sua nova denominação como Hospital de Custódia e Tratamento. Em 1988, com base no Decreto n. 1.899, de 7 de novembro, foram redefinidas as suas finalidades: “(...) receber sob regime de internação e por determinação judicial, para perícia, custódia e tratamento, indiciados, processados e sentenciados, suspeitos ou comprovadamente portadores de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ⁷ ou retardado” (BAHIA, Dec. 1.899/1991, Art. 5). Contando com quatro seções - de Registro e Controle, de Segurança, de Assistência Médico-Odontológica e de Apoio Administrativo -, não encontramos na seção médico-odontológica um setor de assistência psiquiátrica - a seção era composta por: setores de perícia e avaliação, enfermagem, nutrição, assistência social, psicológica de praxiterapia e de orientação educacional. A assistência psiquiátrica aparece inespecificamente no artigo 5, que definia as atividades do setor: “Promover o atendimento médico-odontológico ao interno”. A psiquiatria, enquanto especialidade médica, achava-se assim especificada apenas no que se refere às atividades de perícia.

Em 1991, passou a ser chamado de Hospital de Custódia e Tratamento (HCT) (BAHIA, Lei 6.074/1991, art. 42) e, em 1994 foi mais uma vez reestruturado internamente, através do Decreto n 2.785, de 20 de janeiro, passando a contar com cinco seções: de Apoio Administrativo, Segurança, Atendimento à Saúde, Registro, Controle e Arquivo, e Enfermagem. As atividades previstas para a seção de Atendimento à Saúde estavam distribuídas em cinco setores: Ambulatório - responsável pela realização de consultas médicas periódicas e de pronto-atendimento, atendimento de enfermagem e odontológico, realização de exames laboratoriais, “estatística” de atendimento e diagnóstico, além do controle de uso e compra de medicamentos; - Assistência Social, Nutrição, Enfermagem, Internação - responsável por controlar admissões e altas, supervisionar assistência clínica e psiquiátrica, encaminhar exames complementares, promover reuniões para discussão de diagnóstico e terapêutica, promover o desenvolvimento ocupacional do interno, promover atividades recreativas, artísticas e sociais, a expressão criativa e o aprendizado dos internos, controlar o pagamento pelos serviços dos pacientes, elaborar “estatística” de atendimento e diagnóstico. Além disso, deve ainda acompanhar pacientes egressos, indicando a necessidade de retorno ao HCT, durante um ano, aos pacientes com alta por carta de desinternação e chamando a atenção para a necessidade do uso de medicação. É interessante notar que, apesar da separação entre setor de “Ambulatório” e de “Internação”, as atividades

7 O desenvolvimento mental incompleto refere-se aos menores de 18 anos e aos silvícolas inadaptados, que, embora inimputáveis e irresponsáveis, não encontram no Manicômio Judiciário seu porto final, embora presentes no artigo acima citado.

do chamado ambulatório voltam-se aos pacientes internados, cabendo ao setor de Internação o acompanhamento dos egressos. Além disso, a multiplicidade de funções não nos permite identificar uma linha assistencial definida, havendo, inclusive, superposição de funções entre os diferentes setores. Nota-se ainda a extinção dos setores de Praxiterapia, Assistência Psicológica e Orientação Educacional, cujas atividades se achavam dispersamente presentes no Setor de Internação. A Seção de Assistência à Saúde conta ainda com um Setor de Perícia e Avaliação.

Vinculado à Secretaria da Justiça, ao médico do HCT resta o papel de examinar, fazer relatório e comunicar, não podendo internar, nem dar alta aos pacientes, sendo as altas decretadas pelo juiz, através de alvará de soltura ou carta de desinternação. Em 1992 o Manicômio Judiciário da Bahia carecia, segundo Rubim de Pinho, de condições materiais e apresentava “(...) insuficiência de pessoal do ponto de vista (...) de técnica de perícia”, contava com uma equipe insuficiente e superpopulação de pacientes. “O manicômio tem um prédio que comporta, supõe-se, 160 doentes e ele tem cerca de 322 (...)”. Ressalta ainda as precárias condições do hospital para as ações clínicas e de ressocialização dos doentes, sendo o manicômio,

“(...) um tipo de asilo com os defeitos iguais ou maiores que os outros asilos. São os mesmos defeitos das internações a longo prazo (...) há [ainda] (...) uma carceragem no aspecto da dependência do outro órgão, da dependência da justiça”.

Dessa forma, é possível perceber que a periculosidade dos doentes mentais jogou um papel central na constituição da assistência psiquiátrica brasileira, funcionando em um primeiro momento como justificativa para a consolidação da especialidade médica. Em um momento posterior, esses doentes passaram a representar um impedimento à assistência, além de ameaçarem a especificidade da medicina mental, iniciando-se um movimento para construção dos manicômios criminais. A periculosidade, no entanto, permaneceu como o centro da legislação psiquiátrica brasileira e os manicômios judiciários surgiram no dispositivo psiquiátrico compondo uma nova estratégia, que se fundamenta de forma explícita, no perigo que o louco representa. Com um lugar específico para a loucura criminoso, fora da rede de assistência psiquiátrica, a medicina retira de seu campo aqueles que foram o argumento inicial para a sua afirmação.

REFERÊNCIAS

- A TARDE. **Lemos de Brito vive Idade Média**. Quarta-feira, 10 de fevereiro de 1982.
- ALBUQUERQUE. Dissertação sobre a monomania. Tese à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858, *apud* Carrara, Sérgio. Casos e Acasos: o

- crime de um certo Custódio e o surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil. In: **Cadernos do IMS**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 1989.
- AMARANTE, P. Asilos, Alienados e Alienistas: Uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante, P (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994.
- BAHIA. Decreto n. 2.785, de 20 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a organização do Departamento de Assuntos Penais - DAP - e dá outras providências.
- BAHIA. Decreto n. 1.899, de 7 de novembro de 1988. Dispõe sobre a organização do Departamento de Assuntos Penais-DAP e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, 8 de novembro de 1988.
- BAHIA. Lei n. 2.070, de 23 de maio de 1928 - Crea o Manicômio Judiciário do Estado da Bahia, directamente subordinado á Secretaria de Policia e Segurança Publica. Actos do Poder Legislativo, **Diario Oficial do Estado da Bahia, Estados Unidos do Brasil**, sexta-feira, 25 de maio de 1928.
- BAHIA. **Lei n. 2.321**, de II de abril de 1966.
- BAHIA. Lei n. 6.074, de 22 de maio de 1991. Modifica a estrutura organizacional da administração pública estadual e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, 23 de maio de 1991.
- BASTOS, S B. **O Asilo de Alienados de São João de Deus**. 1874 - 1912. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária, DMP- FAMED - UFBA, 1982.
- BRANDÃO, J C T. Questões relativas à assistência médico-legal dos alienados. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1897 *apud* Carrara, S. Casos e Acasos: o crime de um certo Custódio e o surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil. **Cadernos do IMS**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social!UERJ, 1989.
- BRASIL. Decreto n 1.132, de 22 de dezembro de 1903 - Reorganiza a Assistência a Alienados. In: **Colleção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1903 - Actos do Poder Legislativo**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1903.
- BRASIL. Decreto n. 17.804, de 23 de maio de 1927. Approva o regulamento para execução dos serviços da Assistência a Psychopatas no Districto Federal. In: **Colleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil - Actos do Poder Executivo (jan. a dez.)**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1928.
- BRASIL. Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos, e dá outras providências. In: THEOTÔNIO N. **Dicionário da Legislação Federal**, Ministério da Educação e Cultura, Departamento Nacional de Educação, Campanha Nacional de Materiais de Ensino, Rio de Janeiro, 1991, p. 947 a 952.

- BRASIL. Decreto n. 5.148 - A, de 10 de janeiro de 1927. Reorganiza a Assistência a Psychopatas no Distrito Federal. In: **Collecção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil - Actos do Poder Legislativo (jan a dez.)**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional.
- BRASIL. Decreto n. 8.834. de 11 de julho de 1911. In: **Collecção de Leis da República dos Estados Unidos do Brasil - Actos do Poder Executivo**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, v. 11, 1915.
- BRASIL. Regulamento do Manicômio Judiciário, a que se refere o Decreto no 140831, de 25 de maio de 1921. In: **Collecção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil de 1921. Actos do Poder Executivo (maio a agosto)**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 19220 v. IV.
- CARNEIRO DA ROCHA. Do tratamento das moléstias mentais. Tese à Faculdade de Medicina da Bahia 1858 *apud* Machado, Roberto et. all. **Da nação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
- CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Maria Tereza da Costa Albuquerque (Trad.). Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- JACOBINA, R R. **O Asilo e a Constituição da Psiquiatria na Bahia**. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária, DMP - FAMED – UFBA, 1982.
- MACHADO, Roberto et. all. **Da nação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**, Graal, Rio de janeiro, 1978.
- O BRASIL MÉDICO, revista semanal de medicina e cirurgia, ano X, 11. 24, 22/jun/1896 *apud* CARRARA, S. Casos e Acasos: o crime de um certo Custódio e o surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil. In: **Cadernos do IMS**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/ UERJ, 1989.
- O IMPARCIAL DA BAHIA. **O Manicômio Judiciário com pouco mais de 40:000\$000 poderá funcionar - O professor Dr. Estácio de Lima dá suas impressões ao Imparcial**, 9 de março de 1928.
- O IMPARCIAL DA BAHIA. **A campanha edificante - Carta do prof. Estácio de Lima ao prof. Mário Leal**, 15 de março de 1928 b.
- O IMPARCIAL DA BAHIA. **O debate do manicômio - Pontos de vista do Dr. Carlos Ribeiro**, 20 de março de 1928 c.
- O IMPARCIAL DA BAHIA. **O Manicômio Judiciário na Bahia**, 15 de dezembro de 1928 d.
- OTT, C. A Casa de Câmara da Cidade do Salvador. Publicação n. 93. Centro de Estudos Baianos, UFBA. jul. 1981. *apud* BASTOS, S B. **O Asilo de Alienados de São João de Deus**. 1874 - 1912. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária, DMP- FAMED - UFBA, 1982.
- RAMOS, A. A Clínica do Delicto. In: **O IMPARCIAL DA BAHIA**, 1 de fevereiro de 1928.

- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.
In: Nilson do Rosário Costa e Silveiro Almeida Tundis (Orgs). In:
Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis:
Vozes, 1994.
- SIGAUD, I. F. Reflexão acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da
cidade do Rio de Janeiro, etc., In: *Diário de Saúde*, n. 1, 1835, p. 8-10.
apud Machado, Roberto et all. **Da nação da Norma - Medicina Social
e Constituição da Psiquiatria no Brasil**, Graal, Rio de Janeiro, 1978.

A PSIQUIATRIA NA ÉPOCA DE LIMA BARRETO

Sergio Rachman
Francisco Lotufo Neto

Como relatado por Francisco de Assis Barbosa (2003) em sua biografia “*A vida de Lima Barreto*”, Afonso Henriques de Lima Barreto nasceu na cidade do Rio de Janeiro em 13 de maio de 1881, filho de dois mulatos, João Henriques de Lima Barreto e Amália Augusta Pereiras de Carvalho. Conheceu desde cedo as adversidades da vida. Perdeu a mãe em 1887, aos seis anos de idade, vítima de tuberculose, golpe do qual jamais se recuperaria totalmente e sentiu-se desde criança discriminado pela cor de sua pele. Em 1890, seu pai, que era tipógrafo da Imprensa Nacional, foi exonerado do cargo em decorrência de divergências políticas na República incipiente, para ser nomeado no mesmo ano escriturário das Colônias de Alienados da Ilha do Governador, lugar para o qual a família se mudou em 1891, quando João Henriques foi promovido a almoxarife. Em 1893 ele se tornou administrador das Colônias. Em 1899, Lima ingressou na Escola Politécnica, mas não conseguiu passar do segundo ano do curso, tendo sido reprovado cinco vezes em Mecânica. Em 1902, o pai de Lima Barreto passou a sofrer de uma séria doença mental de natureza psicótica, cujo surto é relatado em “*A vida de Lima Barreto*”:

“Logo após o jantar, [João Henriques] foi deitar-se. (...) Tudo parecia normal, sem surpresas. Não passaria pela cabeça de ninguém que a desgraça estivesse tão próxima. No meio da noite, porém, o silêncio da pequena casa do sítio do Carico foi cortado bruscamente por gritos lancinantes que vinham do quarto de João Henriques. O almoxarife delirava. Por entre as frases desconexas que proferia, percebia-se que o pobre homem, alucinado, estava possuído pelo pavor de ser preso. Era a loucura!

— Não deixem a polícia entrar! Não deixem! – gritava e chorava, ao mesmo tempo.

(...) João Henriques continuava imerso e só via pela frente o delegado e os soldados de polícia, armados até os dentes, e todos queriam levá-lo de qualquer jeito para a cadeia.” (BARBOSA, 2003).

Lima Barreto conviveu durante grande parte de sua vida com a doença de seu pai, que passou a ser uma pessoa reclusa, vítima de surtos psicóticos de tempos e tempos. Na descrição de Barbosa,

“João Henriques passava dias inteiros na sua cadeira de balanço, sem falar, nem comer. Sem se mexer sequer, como se fosse um boneco. E só deixava a imobilidade e o mutismo, a que se entregava, para o delírio, quando, transido de pavor, abria a boca no mundo, gritando de inimigos inexistentes.”

Em 1903, em decorrência de sua doença mental, João Henriques foi aposentado do cargo de administrador das Colônias de Alienados da Ilha do Governador e Lima Barreto foi aprovado em segundo lugar no concurso de amanuense na Diretoria do Expediente da Secretaria de Guerra, sendo nomeado e empossado. No mesmo ano, os dois foram morar em Todos os Santos, sendo a residência deles conhecida como “a casa do louco”.

Em 1905, Lima Barreto começou a escrever “Recordações do Escrivão Isaías Caminha”, obra que seria publicada pela primeira vez em 1909 e, em 1906, iniciou a escrita de “Vida e morte de M. J. Gonzaga de Sá”. Entre novembro de 1910 e abril de 1911, foram escritas as principais obras-primas do autor: os contos “A Nova Califórnia” e “O homem que sabia Javanês” e o romance “Triste Fim de Policarpo Quaresma”.

Francisco de Assis Barbosa estabelece o ano de 1911 como um marco na vida do escritor: “Não será demais fixar o ano de 1911 como uma nova fase na vida de Lima Barreto, a fronteira que delimita o período mais fecundo de sua atividade de romancista com os primeiros desregramentos boêmios, saturado desde então pelo aborrecimento e pelo desgosto de viver”.

A dependência de álcool foi um problema gravíssimo, a partir de então, na vida dele. Nas palavras de Barbosa, ele se transformaria num “pobre homem, viciado no álcool, que lhe consome não somente a saúde, como em grande parte lhe sacrifica a carreira de escritor”. Imerso num ciclo de decadência física e mental, Lima Barreto passou a perambular pela cidade do Rio de Janeiro de bar em bar, apresentando “um aspecto desnutrido, próprio dos alcoólatras.” Em 1914, ele revela no Diário Íntimo:

“O maior desalento me invade. Tenho sinistros pensamentos. Ponho-me a beber; paro. Voltam eles e também o tédio da minha vida doméstica, do meu viver quotidiano, e bebo. Uma bebedeira puxa outra e lá vem a melancolia. Que círculo vicioso! Despeço-me de um por um dos meus sonhos...”

No mesmo ano, Lima Barreto passou por sua primeira internação psiquiátrica, após ter alucinações visuais e ideias persecutórias, acompanhadas de agitação psicomotora. Permaneceu internado durante dois meses. Voltando a beber, apresentou crise idêntica em 1916, quando foi levado para a Santa Casa de Ouro Fino.

A decadência física de Lima Barreto é muito bem descrita por Ribeiro Couto (1950), em carta a Francisco de Assis Barbosa:

“Eu, com 20 anos, tendo lido o Isaías Caminha, o Policarpo Quaresma e o Gonzaga de Sá, não podia compreender como aquele grande escritor, de tão puro estilo, tão natural, precisamente o ‘antimulato’ em matéria de estilo, fosse o mesmo ‘Lima’ de barba por fazer, chapéu de palhinha encardida, camisa suja e manchada no peito, roupa coçada mal cheirosa, como uma morrinha que não se sabia se era de vômitos da véspera ou suor azedo.”

Até o final de sua vida, Lima Barreto seria internado mais uma vez no Hospital Psiquiátrico, no final de 1919, onde começaria a escrever as anotações para seu livro “*O Cemitério dos Vivos*”. O próprio romancista é quem descreve a crise que motivou essa internação: “No começo, eu gritava, gesticulava, insultava, descompunha... Só a minha agitação, uma frase ou outra desconexa, um gesto sem explicação denunciavam que eu não estava na minha razão.” (extraído de *O Cemitério dos Vivos*).

Lima Barreto morreu em 1º de novembro de 1922, 2 dias antes de seu pai, em decorrência de colapso cardíaco.

Hidalgo (2008), em seu livro “*Literatura da Urgência – Lima Barreto no domínio da loucura*”, afirma:

“[Lima Barreto] utilizou o eu como origem da escrita, sendo o inventor de uma narrativa que tem em si mesmo a causa principal. Assim, o eu transborda do escrito íntimo para o romance, sendo devidamente – insuficientemente, aos olhos de muitos críticos – maquiado para se apresentar em invólucro romanesco. Isto quer dizer que a existência se reflete na experiência literária de forma radical, o que pode ser flagrado, de forma mais ou menos acentuada, dependendo do protagonista, em ‘Recordações do escrivão Isaías Caminha’, ‘Triste fim de Policarpo Quaresma’ e ‘Vida e Morte de M. J. Gonzaga de Sá’. O paradigma dessa questão, contudo, encontra-se na comparação entre ‘Diário do hospício’ (uma escrita de si multifuncional) e ‘O cemitério dos vivos’ (o que se formula como literatura de si)”.

Ainda de acordo com essa estudiosa, “Lima criou uma zona de interseção literário-existencial, unindo personagens inventados e questões pessoais.” Barbosa (2002), por sua vez, refere que Lima Barreto pertence à categoria dos escritores que mais se confessam através de suas obras e que o próprio romancista teria dito certa vez que tudo o que escrevia eram capítulos de sua memória.

A VISÃO DE LIMA BARRETO SOBRE A PSIQUIATRIA:

O modo como Lima Barreto enxergava a instituição hospitalar psiquiátrica e os fundamentos da Psiquiatria são evidenciados em várias partes de seu Diário Íntimo e do Cemitério dos Vivos. Duas figuras conhecidas na História da Psiquiatria, Juliano Moreira e Henrique Roxo, são mencionadas logo no início de O Cemitério dos Vivos. Ao se referir ao primeiro, queixa-se do modo como ele supostamente aplicaria de maneira cega conceitos que vinham da Psiquiatria europeia e da pouca empatia que, a seu ver, ele desenvolvia com os pacientes:

“Tinha que ser examinado pelo Henrique Roxo. Há quatro anos, nós nos conhecemos. É bem curioso esse Roxo. Ele me parece inteligente, estudioso, honesto; mas não sei por que não simpatizo com ele. Ele me parece desses médicos brasileiros imbuídos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda a outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o muito livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco o véu do mistério — que mistério! — que há na especialidade que professa. Lê os livros da Europa, dos Estados Unidos, talvez; mas não lê a natureza. Não tenho por ele antipatia; mas nada me atrai a ele.”

Já Juliano Moreira é retratado de maneira mais positiva, e a ele o autor é grato por tê-lo deixado permanecer na Seção Calmeil, com acesso à biblioteca que o ajudou a passar o tempo durante a sua permanência no hospital:

“Na segunda-feira, ates que meu irmão viesse, fui à presença do doutor Juliano Moreira. Tratou-me com grande ternura, paternalmente, não me admoestou, fez-me sentar a seu lado e perguntou-me onde queria ficar. Disse-lhe que na Seção Calmeil. Deu ordens ao Santana e, em breve, lá estava eu.”

De uma maneira geral, os médicos são vistos com grande desconfiança pelo narrador de “O Cemitério dos Vivos”, que os considera pessoas pouco reflexivas que, guiadas por modismos científicos, poderiam usar os pacientes como objetos de teste para tratamentos inadequados, como mostra o trecho abaixo:

“Eu passei, desde a minha entrada no pavilhão, nas mãos de cinco médicos. Os daquela primeira dependência, já falei; os da Seção Pinel, já aludi. Principalmente ao adjunto ou que outro nome tenha. Não falei do chefe do serviço. Era um moço da minha idade, conhecido da rua, mas conforme meu hábito, já que ele não se deu a conhecer, eu não me dei também. Em rigor, ali, doente indigente, pária social, a mais elementar dignidade fazia eu não o fizesse e, por estar em tal estado, temia-o muito. Sentia, não sei por quê, nesse rapaz, um grande amor à novidade, uma pressa e açodamento, muito pouco científicos, em experimentar o “remédio novo”.

Percebia-se pelo seu ar abstrato, distraído, que era homem de leituras, de estudos; mas também, por não sei que ar de fisionomia, ou de olhar, que era inquieto e sófrego. Faltavam-lhe a capacidade de meditação demorada, da paciência de examinar durante muito tempo o pró e o contra de uma questão; não havia nele a necessidade da reflexão sua, de repensar o pensamento dos outros até admitir como sua a evidência, tida por um outro como tal. Essa sua falta de método, junto a minha condição de desgraçado, davam-me o temor de que ele quisesse experimentar em mim um processo novo de curar alcoolismo em que se empregasse uma operação melindrosa e perigosa.

(...) Pouco lógicos, por isso demasiadamente objetivos; impacientes, por isso aceitando em globo a “autoridade” arriscam-se a de boa fé cometer os erros mais grosseiros e funestos no exercício de sua profissão. Falta-lhes crítica, não só a mais comum, mas também a necessária do grau de certeza da experiência e dos instrumentos em que as refazem.”

Ao ser entrevistado por Henrique Roxo na admissão ao hospital, Lima Barreto responde com ironia: “(...) disse-lhe que tinha sido posto ali por meu irmão, que tinha fé na onipotência da ciência e a credence do hospício. Creio que Ele não gostou.” Ele também desqualifica a Psiquiatria em: “Caído aqui, todos os médicos temem pôr logo o doente na rua. A sua ciência é muito curta, muito prevê; mas seguro morreu de velho e é melhor empregar o processo da Idade Média: a reclusão.”

A crítica que se observa acima aos psiquiatras é parte de uma crítica maior, que o autor faz reiteradamente ao cientificismo e à doutrina filosófica que o apoiava e estava em voga na época, o Positivismo de Augusto Comte:

“Esqueci-me um momento dos meus propósitos de alto debate metafísico, de ferir a Ciência nas suas bases e contestar-lhe esse caráter de confiança dos Deuses, que os pedantes querem dar-lhe, para justificarem a vaidade de que tresandam, por saber dela um

poucochito, levando, com as suas asserções arrogantes, tristeza no coração dos outros e discórdia entre os homens.”

No mesmo livro de onde é tirada essa citação, “O Cemitério dos Vivos”, encontramos outra em que Lima Barreto admite ter sido adepto do Positivismo em sua juventude, para depois se distanciar do mesmo por considerá-lo dogmático, assim como as religiões:

“A minha passagem pelo positivismo foi breve e ligeira. Freqüentei o apostolado cerca de um ano; mas, apesar de me ter convencido de muita coisa na escola, eu, até hoje, nunca pude acreditar que aquele conjunto de doutrinas, capazes de falar e seduzir inteligências, fosse capaz de arrebatara corações com o ardor e o fogo de uma fé religiosa.”

No entanto, observa-se que a postura de Lima Barreto em relação à Ciência e à Psiquiatria é ambivalente. Ao mesmo tempo em que as ataca, manifesta crença de que futuramente existiriam tratamentos eficazes para controlar a doença mental e para tornar a internação do doente menos traumática. Ao contar como foi levado ao hospital psiquiátrico dentro de um carro blindado, complementa:

“Por mais passageiro que seja o delírio, um ergástulo ambulante [o carro-forte] dessa conformidade só pode servir para exacerbá-lo mais e tornar odiosa aos olhos do paciente uma providência que pode ser benéfica. A medicina, ou a sua subdivisão que qualquer outro nome possuía, deve dispor de injeções ou lá que for, para evitar esse antipático e violento recurso, que transforma um doente em assassino nato involuído para fera.”

É possível fazer com relação a esse fragmento, algumas considerações importantes. Em primeiro lugar, o uso da palavra ergástulo que segundo o dicionário Houaiss, em sua versão eletrônica, significa “na Roma antiga, cárcere em que se confinavam os escravos”, denota que o autor atribuía ao preconceito racial o modo como foi tratado antes de sua internação. No entanto, ao escrever que esse ato “só pode servir para (...) tornar odiosa aos olhos do paciente uma providência que pode ser benéfica”, reconhece que em determinadas situações a internação é necessária, e não necessariamente recurso cruel ou destituído de propósito humanitário. Por fim, ao se referir à “medicina, ou a sua subdivisão que qualquer outro nome possuía”, reconhece que a Psiquiatria é um ramo daquela, em consonância com o pensamento da época. O desejo de que fosse encontrada uma cura para as doenças mentais aparece no próximo fragmento, também de O Cemitério dos Vivos: “(...)

não queria já que determinassem a origem, ou explicação [da loucura]; mas que tratassem e curassem as mais simples formas”.

O autor deixa entrever que, antes de ser internado, pertencia a um círculo da intelectualidade que possuía preconceito contra os psiquiatras, mas após ter contato com um deles no hospital, é obrigado a rever as suas posições:

“No dia seguinte à minha entrada na seção e no outro imediato, fui à presença do médico. É um rapaz do meu tempo e deve ter a minha idade; conheci-o estudante; ele, porém, não me conheceu por esse tempo. Nos nossos jornalecos troçamo-lo muito. Eu, porém, não me lembro de qualquer pilhéria a seu respeito feita por mim. Ele me tratou muito bem, auscultou-me, disse-lhe tudo o que sabia das conseqüências do meu alcoolismo e eu saí do exame muito satisfeito por ter visto no moço uma boa criatura, que não guardava rancor das troças que ele bem podia atribuir a mim.”

Como argumento contrário às teses de que os internos do hospital psiquiátrico necessariamente sofriam violência e que não havia motivação humanista que justificasse as internações, cita-se o seguinte trecho que descreve o estado de alguns pacientes:

“Olham-se os quartos e todos aqueles homens, muitas vezes moços, sem moléstia comum, que não falam, que não se erguem nem da cama para exercer as mais tirânicas e baixas exigências da nossa natureza, que se urinam, que se rebolcariam no próprio excremento, se não fossem os cuidados dos guardas e dos enfermeiros (...)”.

Inclusive, Lima Barreto chega a se referir aos funcionários do hospital que eram responsáveis por tomar conta dos internos com alguma ternura e comiseração:

“Dias, desde esse tempo, e parece que já mesmo antes, nunca largou esse ofício de pajear malucos. Não é dos mais agradáveis e é preciso, além de paciência e resignação para aturá-los, uma abdicação de tudo aquilo que faz o encanto da vida de todo o homem. É ele, por assim dizer, obrigado a viver no manicômio, só podendo ir ter com a família, ou o que com isso se parece, a longos intervalos, demorando-se pouco no lar. Ouvir durante o dia e a noite toda a sorte de disparates, receber as reclamações mais desarrazoadas e infantis, adivinhar as manhas, os seus truques e dissimulações — tudo isto e mais o que se pode facilmente adivinhar; transforma a vida desses guardas, enfermeiros, num verdadeiro sacerdócio.

Estive mais de uma vez no hospício, passei por diversas seções e eu posso dizer que me admirei que homens rústicos, os portugueses, mal saídos da gleba do Minho, os brasileiros, da mais humilde extração urbana, pudessem ter tanta resignação, tanta delicadeza relativa, para suportar os loucos e as suas manias. Nem todos são insuportáveis; na maioria, são obedientes e dóceis; mas os poucos rebeldes e aqueles que se enfurecem, de quando em quando, são por vezes de fazer um homem perder a cabeça. Tratarei deles mais minuciosamente. Pois o meu Dias, apesar dos gritos, dos gestos de mando, é um homem talhado para pastorear doido, tanto ele como Santana, cuja seção é mais trabalhosa, mas que eu deixei, não porque ele não me tratasse bem, o que ele fez espontaneamente, mas para ter às ordens a biblioteca da Seção Calmeil (...).”

Quanto ao tratamento que recebeu durante a internação, Lima Barreto afirma: “Aborrece-me este hospício. Eu sou bem tratado; mas me falta ar, luz, liberdade.” Porém, mais uma vez o autor é ambivalente, e em outra parte afirma: “Os guardas, em geral, principalmente os do pavilhão e da seção dos pobres, têm os loucos na conta de sujeitos sem nenhum direito a um tratamento respeitoso, seres inferiores, com os quais eles podem tratar e fazer o que quiserem.”

Para ilustrar que a internação de Lima Barreto não foi desmotivada, pode-se citar várias falas em que ele mostra o estado de degradação física ao qual chegou devido ao uso abusivo de álcool:

“Não me preocupava com o meu corpo. Deixava crescer o cabelo, a barba, não me banhava a miúdo. Todo o dinheiro que apanhava bebia. Delirava de desespero e desesperança; eu não obteria nada. Outras muitas [coisas] me aconteceram, mas são banais a todos os bebedores. Dormi em capinzais, fiquei sem chapéu roubaram-me mais de uma vez quantias vultuosas. Um dia, furtaram-me cerca de quinhentos mil-réis e eu amanheci sentado a uma soleira, na praça da Bandeira, com mil-réis no bolso, que, creio, me deixaram por comisseração os que me roubaram.”

A seguir, ele descreve a situação em que se encontrava quando foi internado:

“(...) penetrei no pavilhão calmo, tranqüilo, sem nenhum sintoma de loucura, embora toda a noite tivesse andado pelos subúrbios sem dinheiro, a procurar uma delegacia, a fim de queixar-me ao delegado das coisas mais fantásticas dessa vida, vendo as coisas mais fantásticas que se possa imaginar. No começo, eu gritava, gesticulava, insultava, descompunha; dessa forma, vi-as

familiarmente, como a coisa mais natural deste mundo. Só a minha agitação, uma frase ou outra desconexa, um gesto sem explicação denunciavam que eu não estava na minha razão.”

Dessa forma, percebe-se, pelo relato do próprio autor, que ele sofria de alterações mentais importantes, que colocava sua vida em permanente risco. Ele mesmo reconheceu isso e passou a ter medo do que lhe poderia acontecer se recebesse alta prematura da internação: “O médico me ofereceu alta, mas não aceitei já, porque só quero sair depois do carnaval. Demais, eu penso que o tal delírio me possa voltar, com o uso da bebida”.

O HOSPÍCIO PEDRO II RETRATADO EM "O CEMITÉRIO DOS VIVOS":

Lima Barreto, após ter sido internado duas vezes no Hospício Pedro II, deixa a seguinte descrição do mesmo no Capítulo 3 de “O cemitério dos vivos”:

“O hospício é bem construído e seria adequado, se não tivesse quatro vezes o número de doentes para que foi planejado. É obra de iniciativa individual, e a sua construção, pode-se dizer, foi custeada pela caridade pública. Nas dádivas e doações, como sempre, nas obras, muito concorreram os portugueses que enriqueceram no comércio. Os chãos parece que já eram da Santa Casa, mas o edifício propriamente é resultado de dádivas e doações. É grande de fachada, com fundo proporcional, acabamento e remates cuidadosos, um pouco sombrio no andar térreo, mais devido aos acréscimos, do que ao plano primitivo, que se adivinha. Acabado de construir em 1852, todo ele trai, no aspecto exterior, ao gosto pseudoclassico da Revolução e do Império Napoleônico. O seu arquiteto, Domingos Monteiro, foi certamente discípulo da antiga Academia de Belas-Artes e certamente do arquiteto Grandjean de Montigny. É de aspecto frio, severo, solene, com pouco movimento nas massas arquiteturais. Custou naquela época cerca de mil e quinhentos contos, e por aí se pode avaliar a tenacidade de José Clemente [Pereira], que o que o ideou e o ergueu, no espaço curto de dez anos (...) Interiormente é dividido em salões e quartos, maiores e menores, com janelas todas para o exterior, e portas para os corredores, que olham para os pátios internos. O meu dormitório ficava no extremo da ala esquerda do edifício (...) e as camas ficavam encostadas ao longo das quatro paredes. Tinha três janelas

de sacada para a rua, mas eram inteiramente gradeadas. Via-se o jardim, a rua, os bondes e a montanhas de Niterói e Teresópolis.”

No final do Capítulo 1, há outra referência com relação às qualidades arquitetônicas do hospital, que Lima Barreto considerava adequadas para seu propósito: “O hospício é bem construído e, pelo tempo em que o edificaram, com bem acentuados cuidados higiênicos. As salas são claras, os quartos amplos, de acordo com a sua capacidade e destino, tudo bem arejado, com o ar azul dessa linda enseada de Botafogo que nos consola na sua imarcescível beleza (...)” Lima Barreto conta que dividia quarto com mais dezenove internos.

Apesar de elogiar a construção do hospício, o autor reclama das condições enfrentadas pelos doentes em seu interior, na maioria pessoas dos segmentos inferiores da sociedade:

“O mobiliário, o vestuário das camas, as camas, tudo é de uma pobreza sem par. O acúmulo dos doentes, o sombrio da dependência que fica no andar térreo e o pátio interno é quase ocupado pelo pavilhão das latrinas de ambos os andares — tirando-lhe a luz tudo isso lhe dá má atmosfera de hospital, de emanção de desinfetantes, uma morrinha terrível. Os loucos são de proveniências as mais diversas; originam-se, em geral, das camadas mais pobres da nossa gente pobre. São pobres imigrantes italianos, portugueses, espanhóis e outros mais exóticos; são negros roceiros, que levam a sua humildade, teimando em dormir pelos desvãos das janelas sobre uma esteira ensebada e uma manta sórdida; são copeiros, são cocheiros, cozinheiros, operários, trabalhadores braçais e proletários mais finos: tipógrafos, marceneiros, etc.”

Outro dado interessante fornecido por Lima Barreto é a grande proporção de negros na população internada e o fato de vários deles andarem nus:

“Alguns não suportam roupa no corpo, às vezes totalmente, outras vezes em parte. Na Seção Pinel, num pátio que ficavam os mais insuportáveis, dez por cento deles andavam nus ou seminus. Esse pátio é a coisa mais horrível que se possa imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele, é que tudo é negro. O negro é a cor mais cortante, mais impressionante; e contemplando uma porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento”.

De acordo com o autor, o número de internos na Seção Pinel, a primeira pela qual ele passou, era “de quase duas centenas”.

De certa forma, a estrutura do manicômio reflete a da sociedade, ao haver pacientes que o autor denomina como “de primeira classe”, que têm tratamento diferenciado e direito a trazerem seus próprios enfermeiros, com os quais Lima Barreto não simpatiza: “Os enfermeiros, na seção em que estou, são em geral bons. Há, porém, uma casta deles que não presta. São os tais particulares. Estes são aqueles que os doentes abastados das primeiras classes são autorizados a trazer”.

Com relação à rotina, é destacado que a maior parte do tempo era marcada pelo ócio ou por atividades referentes à manutenção do funcionamento da instituição, como a limpeza de pátios e dos banheiros e a preparação da comida:

“Vivi assim cerca de uma semana, condenado ao silêncio e ao isolamento mais estúpidos que se podem imaginar, junto a uma quase imobilidade de preso na solitária. Foram dias atrozos e por isso, só por isso, os que padeci no pavilhão; mas, em breve, depois que um médico (...) ter-me minuciosamente examinado o estado mental e nervoso, a monotonia do pátio foi quebrada com o fazer eu as refeições no comedouro dos enfermeiros.”

Em outros fragmentos: “(...) e fui com outros levado a lavar o banheiro. Depois de lavado o banheiro, intimou-nos o guarda (...) a tomar banho.” E : “Os corredores, salões e quartos são encerados e, de manhã, antes e depois do café, de parceria, empregados e doentes dão cera ao assoalho e esfregam-no com escovas presas a grandes tocos de madeira pesada ou aos pés, por atilhos”.

Não foi encontrada no texto de “O cemitério dos vivos” nenhuma referência ao tratamento moral como concebido por Philippe Pinel.

Um hábito muito comum entre os internos era o de fumar, que foi relatado várias vezes no texto de Lima Barreto, como a seguir: “Os cigarros que [eu] tinha, fumava-os um sobre o outro, guardando as pontas para fabricar novos, com papel comum de jornal. Fumar assim era um meio de afastar o tédio.” Ou ainda: “A loucura do cigarro. Um doente, homem rústico, tipo de nosso roceiro, veio para o meu dormitório. Nos primeiros dias, passou bem; mas, não recebendo visitas e, conseqüentemente, fumo ou cigarro, perdeu a quietude e ficou doído.”

A monotonia da rotina no manicômio era superada quando ocorria uma fuga de internos, ou quando havia um motim, que é descrito na seguinte passagem:

“Revolta dos presos na casa-forte, às sete horas da noite. Baderna, etc. A revolta é capitaneada pelo D.E., o tal que subiu no telhado.

Estão chegando bombeiros e força de polícia. Previ isto. Os revoltosos são vizinhos de quase metade da Seção Pinel. Armaram-se de trancas. Vejo-os cá de cima. O resto da Seção Pinel mantém calma. A nossa está quase sem guardas nem enfermeiros, mas a atitude de todos é de curiosidade. Um acontecimento desses quebra a rotina e distrai. (...) A rua encheu-se; há um movimento de carros, automóveis com personagens, e força de polícia e bombeiros; há toques de corneta — um aspecto de grosso motim.”

A VISÃO DE LIMA BARRETO SOBRE O CARÁTER DA DOENÇA MENTAL:

Lima Barreto, apesar de ter descrito vários estados psicopatológicos durante o tempo em que permaneceu internado no Hospício Dom Pedro II, afirma em “O cemitério dos vivos” que não percebe maneira de classificar os loucos:

“Que dizer da loucura? Mergulhado no meio de quase duas dezenas de loucos, não se tem absolutamente uma impressão geral dela. Há, como em todas as manifestações da natureza, indivíduos, casos individuais, mas não há ou não se percebe entre eles uma relação de parentesco muito forte. Não há espécies, não há raças de loucos; há loucos só.”

Mais adiante, ele pondera que não há uma explicação para a loucura, e que sua origem é incerta: “Há uma nomenclatura, uma terminologia, segundo este, segundo aquele; há descrições pacientes de tais casos, revelando pacientes observações, mas uma explicação para a loucura não há.” Em seguida, complementa: “Todas as explicações da origem da loucura me parecem absolutamente pueris. Todo o problema de origem é absolutamente insolúvel.” No entanto, em vários momentos, Lima Barreto tenta compreender uma explicação para a loucura, abordando as vertentes psicológica e orgânica e apresentando elementos como o ambiente, a hereditariedade e a teoria da degenerescência, em voga na época.

Com relação à hereditariedade como causa das doenças mentais, o autor se mostra bastante incrédulo, como se observa no seguinte trecho de “O cemitério dos vivos”: “Apela-se para a hereditariedade que tanto pode ser causa nestes como naqueles; e que, se ela fosse exercer tão despoticamente o seu poder, não haveria um só homem de juízo na Terra (...). A explicação por hereditariedade é cômoda, mas talvez seja pouco lógica”. Entretanto, mais

adiante, o personagem Vicente Mascarenhas apresenta dúvida com relação à influência que seus genes teriam tido para o pouco desenvolvimento mental de seu filho, que não conseguiu se alfabetizar: “Era pela minha descendência que eu sofria particularmente. Que culpa oculta haveria em mim no tenebroso destino que eu augurava para o meu pequeno? A tal hereditariedade dos sábios...”.

Os aspectos familiares revelados pelo personagem Vicente Mascarenhas ilustram uma possível influência da teoria da degenerescência. Este apresenta quadro de alcoolismo grave que motiva sua internação psiquiátrica e sua sogra manifesta sinais de loucura em idade avançada. Em seu filho, as alterações mentais ocorrem desde a infância. Vicente afirma: “Voltava-me para trás da minha vida e lá via minha sogra louca, às vezes, delirando; às vezes, calada, a olhar tudo com um olhar intraduzível e, sobretudo, meu filho, seu neto, que passava dos dez anos e não sabia absolutamente nada”.

Em outras partes de “O cemitério dos vivos”, o autor entende que a origem da loucura possa estar em sentimentos vivenciados pela pessoa, em algo que se aproxima da concepção pineliana da gênese dos distúrbios mentais: “Por que os médicos não encontram no amor, desde o mais baixo, mais carnal, até a sua forma mais elevada, desdobrando-se num verdadeiro misticismo, numa divinização do objeto amado; por que — pergunto eu — não é fator de loucura também?” Mais adiante, o autor afirma com relação a outro doente: “A sua loucura veio-lhe da vaidade doentia”.

Um fator ambiental que é destacado como possível causador dos distúrbios mentais é o contato com os loucos. Nesse caso, há dúvida se a loucura seria um fenômeno transmissível:

“Haverá contágio na loucura? Ouvi sempre falar que alienistas notáveis atribuíam a loucura de velhos guardas à ambiência dos hospitais; aqui, contaram-se vários casos. A imitação, contaram-se vários casos. A imitação, que é um poderoso fator de progresso social útil, positivo, pode bem ser contada em sentido contrário, um fator de regresso do indivíduo, e aqui sobra inteligência débil de modo a fazê-la copiar gestos e coisas dos loucos que a cercam.”

O autor complementa essa idéia da gênese da loucura da seguinte forma: “Não sou psicólogo, nem psiquiatra, nem coisa parecida; mas tenho para mim que não é toda estúpida essa hipótese. É preciso levar em linha de conta a capacidade e a resistência mental dos guardas e enfermeiros”. Assim, vê-se uma antecipação das teorias contemporâneas do surgimento das psicoses, segundo as quais o bom funcionamento psíquico depende do balanço entre a resistência psíquica e os estressores ambientais a que o indivíduo é submetido.

Talvez o fator etiológico mais importante da loucura e que foi a origem das crises vivenciadas por Lima Barreto é o vício em drogas, e mais especificamente, o álcool. Além das descrições do próprio quadro de

alteração mental que motivou suas interações, Lima Barreto apresenta o caso de outro doente que viu no hospital: “(...) um colega de manicômio me chamou para ver um doente da Seção Pinel, que fica na loja, limpando no telhado. Lá fui e vi-o. Era o D.E., parente de um funcionário da casa, de real importância. Tinha o vício da bebida, que o fazia louco e desatinado. Já saíra e entrara no hospício mais de vinte vezes”.

Todos os elementos apresentados anteriormente são, por fim, sintetizados na expressão “desarranjo funcional”, que se aplica ao pensamento e à inteligência, levando o indivíduo a um estado de degradação praticamente inexorável:

“(...) o nosso próprio pensamento, a nossa própria inteligência, que, por um desarranjo funcional qualquer, se há de encarregar de levar-nos àquela depressão de nossa própria pessoa, àquela depreciação da nossa natureza, que as religiões querem semelhante a Deus, àquela quase morte em vida.”

A inexorabilidade da loucura fica mais evidente no seguinte fragmento, em que ela é comparada à morte:

“Não há dinheiro que evite a Morte, quando ela tenha de vir; e não há dinheiro nem poder que arrebathe um homem da loucura. Aqui, no hospício, com as suas divisões de classes, de vestuário, etc. eu só vejo um cemitério: uns estão de carneiro e outros de cova rasa. Mas, assim e assado, a Loucura zomba de todas as vaidades e mergulha todos no insondável mar de seus caprichos incompreensíveis.”

Quanto ao caráter da loucura, Lima Barreto não vê nela nenhuma essência positiva. Pelo contrário, caracteriza-a como fundamentalmente má e alienante, como se pode perceber nos seguintes fragmentos: “O maluco é em geral mau e egoísta, especialmente o Porto, cujo delírio é de grandeza. Raro é o liberal e agradecido”. Ou: “O F. P. batuca no piano coisas tão estúpidas como a sua loucura. Não sei como o povo julga que a loucura é sintoma de inteligência e de muito estudo. No hospício, não se vê tal coisa”. Tal caráter alienante da loucura, que retira de seu portador a capacidade de se comunicar coerentemente é ressaltada no seguinte trecho, em que o autor se convence de que, devido à ausência de um interlocutor possível, o melhor é desistir de tentar estabelecer contato com os loucos:

“Cá estou na Seção Calmeil há oito dias. Raro é o seu hóspede com quem se pode travar uma palestra sem jogar o disparate. Ressinto-me muito disto, pois gosto de conversar e pilheriar; e sei conversar com toda a gente, mas, com esses que deliram, outros a quem a

moléstia faz tatibitate, outros que se fizeram mudos e não há nada que o faça falar, outros que interpretam as nossas falas de um modo inesperado e hostil, o melhor é calar-se (...)

Em outra parte da obra, o pátio do manicômio é caracterizado como “aquele curral de malucos vulgares”.

A obra de Lima Barreto, especialmente “O cemitério dos vivos”, é uma fonte representativa para aqueles que estudam história da psiquiatria brasileira do início do século XX e fornece elementos diversos daqueles presentes em vários estudos, principalmente ligados a ideologias críticas à psiquiatria.

Procurou-se mostrar neste trabalho vários trechos da obra “O cemitério dos vivos” de Lima Barreto em que é retratada a visão do autor sobre a ciência psiquiátrica de sua época. Esse romance fornece elementos bastante próximos da realidade do distúrbio mental e do tratamento psiquiátrico por ter sido escrito com base na experiência do autor durante a sua internação no Hospício Nacional dos Alienados. Para o pesquisador em história da psiquiatria, tal visão é extremamente enriquecedora, por permitir o acesso a concepções sobre esses temas por parte de um sujeito perspicaz, bem articulado, ótimo observador e que não fazia parte da classe psiquiátrica da época. Assim, não se estaria diante dos vieses de uma exposição feita por um alienista, o que confere grande credibilidade ao relato do autor.

Inicialmente, podem-se fazer algumas considerações com relação à rotina do hospital psiquiátrico retratado em “O cemitério dos vivos”. Apesar dos relatos de maus tratos e até mesmo de tortura empregados contra os doentes mentais do Hospício Nacional de Alienados na República Velha (Engel, 2001), Lima Barreto não faz qualquer menção aos mesmos. Pelo contrário, às vezes até refere ter sido bem tratado pelos funcionários do hospital e se compadece deles. Outro aspecto interessante diz respeito à rotina dos internos, marcada por atividades relacionadas ao funcionamento e à manutenção da instituição. Não são mencionados outros elementos terapêuticos relacionados ao tratamento moral, que estava em voga na época por influência da psiquiatria francesa, de Pinel e Esquirol (Oda e Dalgalarondo, 2007).

Lima Barreto faz menção, também, à superlotação do hospital psiquiátrico e à predominância de elementos das classes sociais mais baixas, fato que está documentado em estudo de Rey, de 1875, citado por Postel e Quénel (1983). Quanto às condições em que os doentes mentais se apresentavam na instituição, Lima Barreto descreve em inúmeras passagens a degradação pela qual passavam. No entanto, atribui a mesma predominantemente à alienação mental, e não à internação.

No momento atual, em que várias práticas psiquiátricas, especialmente a internação, são contestadas, por influência do movimento antipsiquiátrico (Berlim et al, 2003), é importante a constatação de que vários colegas de internação de Lima Barreto não se encontravam reclusos sem que houvesse

uma razão humanitária ou terapêutica para tal. Assim, as internações não eram simplesmente um instrumento de “exclusão que reinava absoluta sobre qualquer objetivo de recuperação e/ou integração”, como afirmam Engel (2001) e muitos antipsiquiatras.

Em relação ao aspecto supostamente libertador da loucura, que seria um “veículo de crescimento pessoal” (Laing, 1967), a leitura atenta de “O cemitério dos vivos” deixa clara a inadequação desta visão quando se tem a experiência de viver próximo do adoecimento mental. Ainda no campo da antipsiquiatria, é interessante discutir sobre o “mito da doença mental”, tal como apresentado por Thomas Szasz, psicanalista que é um dos ícones da antipsiquiatria norte-americana. Segundo esse autor (1960), as “doenças mentais não são nada além de imposições fraudulentas perpetradas por psiquiatras cuja intenção central é a de preservar seus status profissionais”. Em todo “O cemitério dos vivos”, Lima Barreto chama atenção para o caráter de existência da loucura, não o associando *a priori* aos psiquiatras.

Outro elemento presente na obra do escritor é o desejo de que surja uma cura para o sofrimento causado pelo adoecimento mental, que limita as possibilidades existenciais do indivíduo, trazendo sua inexorável deterioração.

Por fim, é oportuno fazer referência ao modo como a relação de Lima Barreto com a psiquiatria foi vista pelo próprio e por pesquisadores de sua obra e vida. Luciana Hidalgo (2008), afirma na introdução de seu livro “*Literatura da urgência, Lima Barreto no domínio da loucura*”: “Perdoem-me, pois, os excessos, mas ao acompanhar o escritor do indizível, um dos grandes nomes da literatura brasileira e sua escrita de percalços, sobretudo no domínio da loucura, não pude ignorar o caráter épico deste heroísmo”. A própria autora admite, pouco antes, que recebeu uma crítica de uma professora que apontou sua “tendência a heroizar Lima Barreto”. A postura de considerar ex-internos de hospitais psiquiátricos vítimas, heróis ou “sobreviventes” é comum (Rissmiller, 2006). Esse último termo é aplicado atualmente por sua associação aos sobreviventes do holocausto. Vendo o paciente psiquiátrico dessa forma, o leitor passa a ter uma visão direcionada e parcial, ou preconceituosa em relação à psiquiatria. Assim, torna-se necessário um afastamento afetivo, que nem sempre é possível. Nessas situações, a leitura de obra literária, no calor afetivo, pode trazer mais confusão do que esclarecimento com relação a determinado tema (Beveridge, 2003).

A própria ambigüidade de Lima Barreto com relação à prática psiquiátrica é reflexo de conflitos e de posicionamentos que nem sempre são justificados por fatos empíricos. O preconceito que o autor possuía fica bastante claro quando ele associa a psiquiatria ao positivismo. Desse modo, a crítica à psiquiatria pode ser entendida como deslocamento de uma crítica maior ao sistema positivista. Em certos momentos, ao se dar conta da necessidade de ser cuidado e das qualidades de alguns médicos e enfermeiros, sente-se impelido a rever a sua posição. Nota-se em sua obra certa tendência a ver-se como herói ou como vítima da psiquiatria, mas tal

visão é relacionada à sociedade como um todo que ele enxergava como racista; não sem razão, já que a escravidão foi abolida depois que ele já havia nascido.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, F. A. **A vida de Lima Barreto**. 9a. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.
- BARBOSA, F. A. Lima Barreto, Precursor do romance brasileiro. In: **Boletim Bibliográfico**, Biblioteca Mário de Andrade, v. 42, n.3, jul./set. p. 9 – 41. 2002.
- BARRETO, L: **Prosa seleta**. Organização: Eliane Vasconcellos. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2001.
- BERLIM, M. T. **Notes on antipsychiatry**. Eur Arch Clin Neurosci. 253: 61-7, 2003.
- BEVERIDGE, A. Should psychiatrists read fiction? In: **British Journal of Psychiatry**. 182:385-387, 2003.
- COUTO, R. **Carta a Francisco de Assis Barbosa**. Belgrado, 20/03/1950.
- ENGEL, M. G. **Os delirious da razão- médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
- HIDALGO L. **Literatura da urgência: Lima Barreto no domínio da loucura**. São Paulo: Annablume; 2008.
- LAING, R. D. **The politics of experience**. London, Penguin; 1967.
- ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. Apresentação. In: PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007. p.15-44.
- POSTEL J.; QUÉTEL, C. **Historia de la psiquiatria**. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1987.
- RACHAN, S. **A interface entre psiquiatria e literatura na obra de Lima Barreto**. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria. São Paulo, 2010.
- RISSMILLER, D. J, RISSMILLER, J. H. Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. In: **Psychiatric services**. 57 (6). p. 863-6, 2006.
- SZASZ, T. **The myth of mental illness**. New York: Hoeber-Harper; 1960.

PARTE 2
INSTITUCIONALIZAÇÃO DA
PSIQUIATRIA EM SÃO PAULO:
CONTEXTOS E ABORDAGENS

UM MÉDICO, UMA IDEIA E UM HOSPITAL: DR. FRANCO DA ROCHA E A CONCEPÇÃO DO JUQUERY

Paulo Silvino Ribeiro

Presente em inúmeras referências que abordam a história da Medicina no país, mais precisamente na fase da institucionalização do ensino e da pesquisa médica em fins do século XIX e começo do século XX, Francisco Franco da Rocha tornou-se um dos nomes emblemáticos de uma prática médica voltada à saúde pública. Ao analisar seu legado, em nada deixaria a desejar quando comparado a vultos importantes da profissão como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Adolfo Lutz, Arnaldo V. de Carvalho, Nina Rodrigues, entre outros, tratando-se de uma importante figura para a compreensão do contexto histórico da fundação não apenas do Hospício do Juquery, como também da Faculdade de Medicina de São Paulo na década de 1910. Intelectual de seu tempo, publicou muitas de suas ideias em artigos científicos e jornais de grande circulação, revelando-se em como um entusiasta em parte de sua obra com as teorias psicanalíticas que Freud defendia naquele momento.

Mais conhecido apenas como Dr. Franco da Rocha, nasceu em 23 de Agosto de 1864 em Amparo, interior de São Paulo, e por volta dos 21 anos de idade seguiu para a capital federal para estudar na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, optando pela especialidade da psicopatologia. Segundo consta, teria sido aluno de Teixeira Brandão, tornando – se interno do Hospital Pedro II (principal hospital psiquiátrico do país à época) e, desde o 4º ano de faculdade, assistente na Casa de Saúde Dr. Eiras, formando-se aos 26 anos em 1890. Ao retornar à São Paulo, daria início à sua vida profissional, transformando radicalmente a história do tratamento psiquiátrico no Brasil.

No entanto, embora muito citado, poucos se debruçaram de fato sobre sua produção intelectual, limitando-se, em grande parte, a uma análise superficial de sua biografia. Se seu trabalho frente a uma instituição pública de saúde é de grande mérito como a de outros nomes aqui já citados, não diferentemente se manifestará sua produção escrita em forma de livros, artigos e análises publicadas em revistas e periódicos nacionais e internacionais ¹. Aliás, através da leitura de seus escritos é possível construir

1 Segundo João C. Ribas (1979, p. 08) Franco da Rocha colaborou com um capítulo no *Tratado Internacional de Psicopatologia*, organizado sob a direção de P. Marie e publicado pouco antes da Primeira Guerra Mundial. Além disso, escreveu em muitas revistas estrangeiras como, *Archivos de Psiquiatria y Criminologia*, de Buenos Aires, organizados por José Ingenieros, *Annales Médico-Psychologiques*, de Paris, *Journal de Psychologie Normal et Pathologique* sob a orientação de Ritti e Dumas, *Allgemeine Zeitschrift Für Psychiatrie*, de Berlim.

possíveis canais de diálogo com a produção de médicos importantes ao pensamento social brasileiro (contemporâneos ou não a Franco da Rocha) como Nina Rodrigues, Arthur Ramos, Afrânio Peixoto e Manoel Bonfim, fato que se revelou na pesquisa em que fiz intitulada “*Prescrições médicas contra os males da nação: Diálogos de Franco da Rocha na construção das Ciências Sociais no Brasil*” (2010). Da mesma forma, sua importância enquanto intelectual de seu tempo é apontada no trabalho de Lygia Maria F. Pereira (2003, p.155):

“O lastro intelectual e científico e a grande obstinação de Franco da Rocha em construir e administrar o novo hospício tornaram absolutamente obrigatório para qualquer estudioso do alienismo paulista da virada do século, imbricar e tratar simultaneamente as preferências teóricas e a prática concreta desse autor”.

Seu engajamento e sua proximidade com uma medicina prática e intervencionista estariam materializados na concepção do Hospício do Juquery, ao qual teria dedicado boa parte de sua vida profissional. Já a produção intelectual de Franco da Rocha, expressa em seus livros e artigos, dentre outras atividades acadêmicas, partia desde os condicionantes biológicos fundamentados na teoria darwinista, passando pela medicina forense, chegando à psicanálise de Freud – sendo um dos responsáveis por sua introdução no Brasil, e até mesmo na América Latina (FRALETTI, 1987, p. 173).

Enquanto intelectual, vale dizer ainda que, além de seu nome ter sido lembrado quando da elaboração de um dos programas curriculares da futura Faculdade de Medicina de São Paulo, Franco da Rocha também chegou a ocupar a cadeira de Clínica Neurológica e Psiquiátrica dessa mesma instituição em 1918 ², sendo professor de figuras como o Dr. Pacheco e Silva. Além disso, há registros de que faria parte de inúmeras sociedades e agremiações como aponta João C. Ribas (1979, p. 8):

“Em função do crescente renome científico, tornou-se membro de muitas sociedades estrangeiras e nacionais: *Société Médico-Psychologique* de Paris, Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, Sociedade Brasileira de Psicanálise, Liga Paulista de Higiene Mental, etc”.

Mais especificamente sobre a divulgação da teoria freudiana é possível dizer que teve um papel importante, pois em 1920, Franco da

2 Neste mesmo ano, outros médicos importantes ligados a Medicina Legal assumiram suas funções junto a Faculdade como Oscar Freire e Alcântara Machado.

Rocha publicaria o livro *O Pansexualismo na doutrina de Freud*, o qual, ao ser reeditado em 1930, passou a ser chamado *A doutrina de Freud*. Essa aproximação de Freud talvez possa ser consequência das influências teóricas que recebera de Juliano Moreira, uma vez que se atribui a esse médico a divulgação dessa teoria entre uma “elite médico-psiquiátrica da época” (RUSSO, 2002, p. 53). Aceitar a teoria de Freud seria um passo para tentar compreender as moléstias mentais não necessariamente pela degeneração, mas sim pela soma das experiências e vivências do indivíduo. Se a teoria da degeneração era a base para se pensar o Brasil naquele momento segundo mundos intelectuais, com a psicanálise ampliar-se-ia tal leque. Há trabalhos que afirmam que com a psicanálise acreditava-se na ampliação das “possibilidades de prevenir as doenças mentais e, mais ainda, as possibilidades de corrigir e modelar o futuro das novas gerações” (PONTES, 1999, p. 59).

Nesse trabalho de disseminação do pensamento freudiano, Franco da Rocha agregou outros nomes que se destacariam nesta empreitada como Durval Marcondes. Embora não tenha sido aluno de Franco da Rocha, seu interesse na psicanálise foi tamanho, ao ponto de em 1927 fundarem em São Paulo a Sociedade Brasileira de Psicanálise, além de lançarem um ano depois a primeira edição da Revista Brasileira de Psicanálise. Assim, se a difusão da teoria psicanalítica muitas vezes é tributada àqueles que encabeçaram a Semana de Arte Moderna, é preciso que se diga que a aproximação entre Franco da Rocha e estes intelectuais parece ter existido. No Suplemento Cultural da APM de nº 39, publicado em outubro de 1989, Walter P. Guerra ao escrever sobre a vida de Mário de Andrade fala sobre sua incursão ao Hospício de Juquery, o qual almejava fazer uma experiência com alienados usando a música:

“Para testar o que lera sobre o assunto [uso da música no tratamento psiquiátrico], o próprio Mário de Andrade promoveu uma sessão musical no Juqueri, que, segundo ele, ‘deu excelentes resultados’, conforme depoimentos de psiquiatras daquele estabelecimento” (GUERRA, 1989, p. 4).

Mas Franco da Rocha não se limitou a psicanálise, escrevendo sobre várias temáticas (direta ou indiretamente ligadas ao interesse psiquiatria), em diversos veículos. Considerando-se o contexto do esforço pela institucionalização da medicina enquanto ciência a partir da segunda metade do século XIX, a produção constante por meio de revistas seria o primeiro passo dessa classe médica, aqui representada por Franco da Rocha. Conforme aponta Lília Schwarcz (2007), duas revistas médicas foram muito importantes na passagem do século XIX para o XX, a “*Gazeta Médica da Bahia*” e a “*Brasil Médico*”, nas quais escreviam importantes nomes da medicina brasileira como Nina Rodrigues, tendo entre seus colaboradores (como no caso da *Gazeta Médica da Bahia*) psiquiatras como Franco da

Rocha. Da mesma forma, a participação deste médico se fazia presente em produções paulistas, como a Gazeta Clínica, a Revista Médica de São Paulo e Revista Brasileira de Psicanálise. Para além dessas produções de caráter estritamente científico, Franco da Rocha produziu artigos para outros veículos³ paulistas de comunicação, a exemplo do “O Estado de São Paulo”, no qual se encontra registros de sua contribuição a cerca de quatro décadas, de 1893 a 1933, ano de sua morte.

Escrevendo sobre os mais diversos temas, embora com uma predominância da temática da medicina psiquiátrica como era de se esperar, abordou mais de uma vez um mesmo assunto em momentos diferentes de sua carreira, não lançando mão de uma ordem ou uma divisão palpável que caracterizasse sua cronologia temática. Por conta disso, não é possível esboçar-se uma divisão de seus escritos em fases, como se costuma fazer em análises literárias. O que merece destaque, no entanto, é a forma peculiar com que tal médico desenvolveu uma produção científica acerca da psiquiatria – da compreensão da doença ao seu tratamento – através da qual, consequentemente, produziu também análises sobre a sociedade de seu tempo.

A despeito de não ter se especializado em nenhum tema da dinâmica da vida social como outros médicos (Nina Rodrigues com as questões do Negro; Arthur Ramos com a questão da “criança problema”; Afrânio Peixoto com a relativização do clima e valorização da educação; Manoel Bonfim com as mazelas sociais da América Latina,) a riqueza e o caráter profícuo da variedade de suas das temáticas tratadas em produções dispersas permitem trazê-lo à luz para um estudo profundo de seu papel intelectual e político na passagem do século XIX para o século XX. Artigos como *Manicômios* (1898); *Asilo de Alienados* (1893), *A questão do trabalho nos hospícios* (1899), *Suicídios na capital de São Paulo* (1905), *O artigo 68 do código penal* (1909 b), *Assistência familiar aos insanos em São Paulo* (1909c), *Necrologia* (1909d), *O que é um paranóico* (1910), *Contribution à l'étude de la folie dans la race noire* (1911), *Alcoolismo e loucura* (1918), *Do delírio em geral. Preleção do curso de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina de São Paulo* (1919), *Psicologia do boato* (1920a), *Mitos e Lendas na Loucura* (1920b), *Esclerose e bolchevismo* (1921a), *Loucos de todo o gênero no código civil* (1921c), *Filosofia da História* (1922a), *Psicologia da Superstição* (1922b), *O exame médico pré-matrimonial* (1926), *Combate ao Alcoolismo* (1927), *Os mitos e lendas na loucura* (1928), *Livro contra livro*⁴ (1929), *Sobre a Psicanálise* (1930a), *A doutrina*

3 Em um artigo sobre o código penal publicado em 1909 na Revista Médica de São Paulo, Franco da Rocha afirma ter tratado deste assunto também na “Gazeta Jurídica”, o que estende sua atuação por meio de outros veículos de comunicação.

4 Neste artigo publicado em 1929 no Jornal Estado de São Paulo, Franco da Rocha compara as obras *Retratos do Brasil* de Paulo Prado e *O Brasil e a Raça* Batista Pereira, o que torna um pouco mais evidente o seu interesse pela compreensão da sociedade brasileira. Para se ter uma idéia da importância dada por Franco da Rocha a esse tipo de produção interpretativa acerca da realidade ou de um caráter nacional, chegara a sugerir neste artigo que, “seria curioso o resultado de uma fina psicanálise, penetrando no inconsciente dos dois autores, para trazer à luz do sol os complexos que lhes dirigiam a pena, quando escreveram” (ROCHA, 1929, p. 3).

de Freud (1930b), *No reinado da fraude* (1933), entre outros, corroboram o que aqui se afirma sobre a contribuição deste médico.

Contudo, é importante ressaltar que a despeito dessa característica de seu trabalho, principalmente no tocante a uma multilateralidade, o início de sua produção junto ao jornal “O Estado de São Paulo” foi marcada pela quase predominância de artigos que, direta ou indiretamente, faziam parte de sua campanha pela reforma das políticas de assistência ao alienado. Ora criticando a situação do antigo hospício e reclamando pela urgência nas obras para o novo hospital, ora apresentando as vantagens de um novo sistema.

A escassez de instituições públicas ligadas à medicina (fosse no âmbito do ensino, fosse no tratamento) no estado paulista no último quartel do século XIX foi para Franco da Rocha um estímulo tanto da saída de São Paulo, como da volta do Rio de Janeiro. Se a inexistência de uma Faculdade de Medicina na capital paulista motivou o jovem a buscar tal formação fora de sua terra, seu retorno teria relação com a não existência de um adequado serviço de assistência aos alienados no estado de São Paulo. Em um discurso que proferiria em resposta às homenagens que recebia em 1923, Franco da Rocha dizia que:

“Trouxe para S. Paulo uma idéia, um pensamento que não me abandonava: era reformar a assistência de alienados no nosso Estado. Encontrei aqui um hospital que já havia preenchido seu tempo; não correspondia mais ao adiantamento de S. Paulo nas outras esferas da pública administração. [...] Fazia mister uma profunda reforma. Tomei a mim com verdadeira paixão, o encargo de melhorar a sorte dos infelizes insanos, elevando-os à categoria de doentes merecedores de piedade [...] Lá está em Juquery, o Instituto que faz honra ao Estado e aos governos que me permitiram realizar tal reforma”. (ROCHA apud PALMA, 1923, p. 68).

Ao voltar para São Paulo, em 1893 é nomeado médico do Hospício de Alienados, situado na região central da cidade de São Paulo, tornando-se seu diretor de em 1896. As condições deploráveis das instalações de tal hospício apenas reafirmavam a necessidade do projeto de Franco da Rocha, podendo ser considerado o primeiro nome a promover uma reforma no tratamento psiquiátrico em São Paulo, propondo uma sistematização e organização de uma política pública para a fundação de uma instituição como o Hospício de Juquery.

Influenciado não apenas pela formação que tivera em sua Faculdade, mas fundamentalmente por uma nova concepção do tratamento psiquiátrico que se desenvolvia na Europa, entendia que ao Estado não caberia apenas a reclusão ou exclusão do doente da sociedade, colocando-o em condições insalubres como a que via no hospício da capital paulista. Era preciso garantir o amparo ao alienado mental, no que diz respeito a criação de

condições básicas para seu tratamento e assistência, sendo o sistema *open door* o mais habilitado para isso, uma que vez que reunia colônia e asilo.

Assim, em 1893, Franco da Rocha afirmaria que já era sabido por todos “que conhecem a psiquiatria, que os melhores meios terapêuticos são: o isolamento da família, o ar puro do campo e a distração material moderada, bem regularizada” (ROCHA, 1893, p. 2). Logo, um projeto como o Juquery (nome popular deste hospital) seria o mais recomendável, uma vez que estava em consonância com estas necessidades, além de encurtar a distância em asilo e colônia, até então visto como espaços descontínuos. Franco da Rocha afirmaria que:

“Basta um pouco de bom senso, muito pouco mesmo, para compreender que o movimento, o vai vem continuo, entre o asilo e a sua colônia, exige a continuidade dessas suas seções da Assistência. Há grande número de doentes que ora estão em condições de trabalhar, ainda que por fantasia, de passear com um simulacro de liberdade que lhes é muito favorável, e ora estão agitados, precisam ser recolhidos ao asilo de tratamento. Como fazer este movimento que é constante, entre a colônia e o asilo fechado, se forem afastados os dois estabelecimentos?” (Ibidem, p. 2).

Sua campanha e seu envolvimento com a fundação do Hospício do Juquery teria começado assim que se mudou para São Paulo. Segundo consta nos Relatórios da Secretaria de Interior do estado de São Paulo, já em 1893, Franco da Rocha teria sido designado por Cesário Mota Junior, Secretário de Estado, para coordenar uma comissão que estudava as ações para implantação do novo hospício. Além disso, neste mesmo ano, escrevia no Jornal Estado de São Paulo em tom de campanha em prol dessa reforma psiquiátrica. Em outro trecho do artigo já citado acima, justificava sua preocupação e sua fala “tanto mais que a boa vontade do governo ameaça arrefecer-se ante as dificuldades suscitadas pela escolha do local apropriado para um asilo agrícola de alienados” (Ibidem, p. 2), já que necessidade era imediata. Era preciso romper um histórico paulista que não privilegiava tal tratamento, mesmo porque a demanda por leitos de instituições dessa natureza estava em curva ascendente. Franco da Rocha explicava que com a implantação de um moderno hospício nos moldes em que propunha seria possível:

“[...] diminuir as despesas com os doentes, proporcionar-lhes distrações e, principalmente, evitar a acumulação nos asilos já existentes. Que dois fins sejam atingidos e não será pouco: proporcionar-lhes distração e evitar a acumulação [...] não se observará mais o que hoje [1893] se vê – as cadeias do interior

cheias de loucos e o Hospício da capital com o dobro da lotação horrivelmente acumulado” (Ibidem, p. 2).

Suas ideias ganhariam eco entre a elite paulista dirigente. Cesário Mota Junior estaria entre os nomes que apoiariam Franco da Rocha em seu projeto, corroborando a necessidade de medidas para a reforma do serviço de atendimento pelo aumento exponencial de uma clientela. Já em 1893 afirmaria que:

“Na atualidade, com rápido crescimento que a população do Estado tem tido e provavelmente continuará a ter, o edifício é insuficiente para acomodar os alienados existentes e os que aparecem em todo o Estado e **que diariamente chegam do interior, remetidos pelas Autoridades [grifo nosso]** que não indagam previamente da possibilidade de poderem os mesmos ser recolhidos.” (MOTTA Jr., 1893, p. 59).

Segundo Tundis e Costas (1992), em São Paulo a sequência histórica do surgimento de locais para internamento de doentes mentais se daria da seguinte forma: Em 1852, seria instalado o Hospício Provisório de Alienados, localizado onde hoje é a Avenida São João, na região central da capital paulista; em 1864 o Hospício de Alienados da Capital seria transferido para a Ladeira da Tabatinguera, numa chácara com mesmo nome; em 1895, Sorocaba seria a primeira cidade do estado de São Paulo a possuir um asilo agrícola; apenas em 1898 seria fundado o Hospício de Juquery, embora a escolha do local e disponibilização de verba para a implantação deste enorme projeto já estivesse em tramitação desde 1893 pelo menos, como se pode observar em levantamento feito junto aos Relatórios da Secretaria dos Negócios do Interior do Estado de São Paulo daquele ano. Relatando ao presidente do Estado a situação em que se encontrava a assistência de alienados, Cesário Mota Junior dizia que:

“O estabelecimento [o antigo hospício], bem que preste muito serviço útil, não corresponde nem às necessidades do momento, nem ao estado de civilização desta Capital. Resolveu o congresso fundar outro; está aberto um crédito de 1.000,000\$000 para isso: para levar a efeito a idéia, a primeira dificuldade consistia em fazer boa escolha do terreno; para esse fim nomeei uma Comissão composta pelos Drs. Franco da Rocha, Theodoro Sampaio e A. Loefgren”. (MOTTA, 1893, p. 33).

Inicialmente, a proposta do governo paulista, bem como as propostas de projetos que transitavam na Assembleia, era a criação de asilos regionais ao longo do interior do Estado, como o primeiro fundado em Sorocaba.

Em 29 de abril de 1892, os deputados Alfredo Pujol, Pereira dos Santos e Álvaro Carvalho, propunham o projeto de nº 22, o qual tinha como objetivo tratar da autorização ao Governo para a escolha de terrenos para a construção de asilos agrícolas de alienados. No entanto, Franco da Rocha era opositor dessa ideia, defendendo a criação de um asilo colônia próximo à capital pelos motivos já expressados. Mesmo que o intuito dessa lei fosse pulverizar este atendimento pelo interior do estado, a questão da superlotação daquele existente na capital era um fato reconhecido por todos, independentemente da defesa da existência de várias ou uma colônia apenas. Nos anais da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo há registros de que em 1892 o então médico e deputado Alfredo Pujol, mesmo que defendendo a implantação dessa assistência em várias cidades, corroborava as reclamações de Franco da Rocha, afirmando que:

“É assim, Sr. Presidente, que a proteção social aos tristes desamparados da razão não se deve limitar à simples clausura em um hospital: e nestas condições infelizmente está a casa de alienados que possuímos na capital, sem ar, sem luz, construída em condições higiênicas absolutamente contrárias aos seus fins, e portanto inteiramente imprópria para um perfeito estudo clínico das afecções mentais”. (PUJOL, 1892, p. 97).

Contudo, ao longo da década de 90 seu discurso ganharia cada vez mais eco, permitindo que em 18 de maio de 1898, com o apoio dos Governos de Cerqueira César e Bernardino de Campos, fosse realizada a fundação do Hospício de Juquery. Em terreno de 170 hectares, próximo à Estação de Juquery construída pela São Paulo Railway (linha férrea hoje pertencente a CPTM – Companhia de Trens Metropolitanos) a menos de 50 quilômetros da Capital do Estado, surgia o hospital. Segundo Pizzolato (2008), Franco da Rocha e Ramos de Azevedo ⁵, arquiteto responsável pela construção do Hospício, teriam tomado como inspiração para concepção do espaço, e do projeto propriamente dito, o famoso hospital Saint Anne de Paris. O Hospício de Juquery seria um hospital com dimensões de uma grande fazenda, no qual se desenvolveriam práticas como a laborterapia, uma espécie de tratamento equivalente à atual terapia ocupacional. Pressupunha-se que pelo trabalho, mais especificamente pelo trabalho agrícola, num ambiente bucólico, haveria progressos no tratamento das doenças mentais. Segundo Franco da Rocha:

“A vida do louco sem trabalho é miserável e sem interesse; sua fantasia mórbida corre desenfreada, enquanto os maus hábitos e as tendências destrutivas são alimentados pela ausência de qualquer

5 A dissertação de Mestrado de Pier Pizzolato (2008), apresentada na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, é rica em detalhes e explicações técnicas do ponto de vista arquitetônico e da funcionalidade das dependências do Juquery.

distração ou ocupação definitiva. Devem eles ter passeios, jogos e entretenimentos, não como meio exclusivo de passar o tempo e distrair o espírito, mas intermeados de uma ocupação útil qualquer, para se não tornarem fastidiosos...” (ROCHA, 1899, p. 1).

Da fundação do Juquery em 1898 a 1923, Franco da Rocha ocuparia a administração deste hospital, morando com sua família nas próprias dependências do complexo. Sua dedicação ao trabalho na observação dos casos existentes no hospício ao longo de sua jornada lhe proporcionaria inúmeras pesquisas e trabalhos importantes na área psiquiátrica, os quais teriam seus resultados publicados no Brasil e no exterior. Para poder controlar e acompanhar o quadro de seus pacientes desenvolveu um enorme arquivo de prontuários, organização da qual se orgulhava, o que resultaria em outro artigo publicado em 1921, intitulado “*Organização do trabalho intelectual*”. Dizia ele que, “como diretor de um grande hospital tive a necessidade de inventar, por intuição, um processo análogo aos das fichas [catalogação] para conservar o meu serviço em ordem” (ROCHA, 1921, p. 3). Esse apego à metodologia, à normalização e, até certo ponto, a um puritanismo no trabalho científico, seriam características de sua obra enquanto cientista e administrador do Juquery. A partir de 1918, ao ingressar como docente na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, dividiria suas funções de diretor com as aulas que chegaria a lecionar nas próprias dependências do Juquery, conforme aponta documentação existente no Museu Histórico “Carlos da Silva Lacaz” - FMUSP:

“É contratado em data de 10 de Abril [1918], para por tempo indeterminado, reger a cadeira Clínica Psiquiátrica e de Moléstias Nervosas, o Dr. Francisco Franco da Rocha, Diretor do Hospício de Alienados de Juquery. Parte do curso realiza-se no Hospício Juquery, por algum tempo no Recolhimento de Dementes das Perdizes, e parte no Laboratório Anátomo-Patológico da Santa Casa”. (SILVA, Pedro, 1926, p. 16).

Não apenas o fato de ter lecionado, mas também a forma como via necessidade da constante pesquisa, seriam indícios de que Franco da Rocha parece ter feito deste hospital um verdadeiro laboratório (e, dessa forma, contribuído para o desenvolvimento constante da excelência do ensino da Faculdade de Medicina de São Paulo). Algumas reformas e ampliações teriam sido feitas dado o aumento da demanda. Em 1911, segundo Lançman (1999, p. 55), a superlotação levaria à primeira ampliação, quando o Juquery chegava à marca de 1250 internos aproximadamente. Já em 1916 ocorreria a segunda ampliação, uma vez que a população de pacientes estava na casa de 1500. Em 1925, já seriam mais de 2000 internos, mas Franco da Rocha já estaria aposentado, longe do cotidiano do hospital.

Franco da Rocha não limitou seu discurso apenas como defensor da criação de um hospício, mas também no que diz respeito seu funcionamento e sua administração. Tecendo críticas ao tipo de fiscalização e regulamentações a estes serviços adotadas pelo Governo Federal – o qual parecia dispensar o crivo da ciência para tal administração, uma vez que a mesma não necessariamente deveria ser feita por um profissional da área da saúde – escreveu um artigo em 1907, intitulado *Fiscalização de Asilo de Alienados*. Franco da Rocha mostrava seu posicionamento fazendo menção a Nina Rodrigues, citando um trecho da fala deste médico que elogiava a forma autônoma como o Estado de São Paulo havia fundado o Juquery. A administração e fiscalização dos hospícios caberiam apenas ao estado, conforme assegurava a constituição. Franco da Rocha reclamava:

“Se o hospício for bem dirigido, preenchendo as modernas exigências científicas (e nos orgulhamos de poder dizer que é esse o caso de S. Paulo), a fiscalização será uma censura e, além de censura, uma petulância ofensiva ao governo do Estado” (ROCHA, 1907, p. 1).

Continuava sua fala em uma crítica direta ao ministro da Justiça e Negócios Interiores, o qual:

“[...] por intermédio de uma comissão composta, em cada Estado e no Distrito Federal, do procurador da República, do curador de órgãos e de *um profissional de reconhecida competência*, designado pelo governo, fará a suprema inspeção de todos os estabelecimentos de alienados, públicos e particulares, existentes no país. Um profissional de competência EM QUÊ? Não nos diz a lei. Competência em estudos psiquiátricos, naturalmente; mas reconhecida POR QUEM? Ora, pelo amor de Deus!...” (Ibidem, p. 01).

Da vida cotidiana no hospital uma outra questão lhe chamava a atenção: a existência dos alienados perigosos, o que o levava à discussão sobre a necessidade da construção de manicômios, aliás, preocupação também compartilhada por outros médicos. Anos mais tarde, essa preocupação com a posição do Estado diante da questão da loucura se estenderia ao tratamento também daqueles tidos como criminosos, uma vez que sua propensão ao crime se tratava de uma questão também biológica na ótica de médicos como Nina Rodrigues, nome fundamental na consolidação da Medicina Legal brasileira. Daí a importância de leis que garantissem a tutela do Estado destes criminosos doentes. Correa (1998) afirma que:

“Estas leis como que coroaram um ciclo de interesses dos praticantes da Medicina Legal pela loucura e pelo hospício,

tornando claramente estabelecido o princípio pelo qual Nina Rodrigues e outros tinham lutado: os loucos eram doentes que deveriam ser tratados e, mesmo homicidas, deveriam ser assim considerados.” (CORREA, 1998, p. 21).

Sobre essa temática, Franco da Rocha escreveria outros artigos, como “A velha e a nova escola penal” de 1909 e “Os alienados perigosos e o código penal” de 1911. Porém, será apenas em 1927 que o manicômio judiciário do Estado de São Paulo será fundado.

Abrindo-se um parêntese, assim como Mariza Correa (1998) faz uma ponderação acerca de Nina Rodrigues no livro “*As ilusões da liberdade*”, da mesma forma, aqui não se trata de reivindicar para Franco da Rocha uma “isenção metodológica” (Ibidem, 1998, p. 200) ou até mesmo ideológica, mas situá-lo frente aos debates e referências presentes em sua época, considerando-se como um processo natural sua reprodução de determinados aspectos (hoje) questionáveis, a exemplo da promoção de manicômios. As críticas ou observações que não levarem em conta a especificidade do cabedal teórico disponível naquele período da história, seja em relação à forma como Franco da Rocha via sociedade, sejam suas propostas de tratamento médico às doenças mentais, correrão o risco de incorrerem em colocações anacrônicas.

Assim, na ocasião das comemorações pelo Centenário da fundação da Faculdade de Medicina de São Paulo em 1912, tem-se um momento muito apropriado e dotado de sentido para a reflexão acerca não apenas da trajetória desta instituição, mas também daqueles que a seu modo foram construtores de sua excelência. Francisco Franco da Rocha foi um deles, professor na cadeira de Clínica Neuriátrica e Psiquiátrica dessa instituição ao final da década de 1910. Logo, resgatar a contribuição de figuras emblemáticas de um tempo através da análise de sua obra está para além da mera homenagem: trata-se, efetivamente, de um convite à reflexão sobre o próprio presente, sobre o hoje, acerca das escolhas daqueles que agora escrevem a história. Assim, se é fato que a Faculdade de Medicina de São Paulo figura entre as mais importantes das Américas em pleno século XXI, é preciso que se diga não se tratar de uma verdade recente. O trabalho de Franco da Rocha é prova disso.

REFERÊNCIAS

- CORREA, M. **As ilusões da liberdade**: a Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Bragança Paulista: EDUSF, 1998.
- FRALETTI, P. Juqueri: Passado, Presente, Futuro. In: **Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo**. Franco da Rocha, Vol. XLVI, p. 156-177, jan/dez. 1986/1987.

- GUERRA, W. Mário de Andrade e a Medicina. In: **Suplemento Cultural**. APM – Associação Paulista de Medicina, São Paulo. n° 39, out/ 1989.
- MOTTA Jr., Cesário. Relatório apresentado ao Presidente de Estado pelo Sr. Cesário Mota Jr. Secretário dos Negócios do Interior do estado de São Paulo em 07 de Abril de 1893. In: **Acervo Histórico da Assembleia Legislativa de São Paulo**.
- PEREIRA, L.M.F. Franco da Rocha e a teoria da degeneração. In: **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**. Vol. 06, n° 3, p. 154 -163, set. 2003.
- PIZZOLATO, P.P.B. **O Juquery: sua implantação, projeto arquitetônico e diretrizes para uma nova intervenção**. Dissertação de mestrado. FAU-USP, 2008.
- PONTE, C.F. **Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz, 1999.
- PUJOL, A. **Anais da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo**, 1892.
- RIBAS, J.C. Franco da Rocha: vida e obra (ilustre filho de Amparo). In: **Jornal da APM** – 225. Ano XIV, p. 7- 8, mai.1979.
- RIBEIRO, P.S. **“Prescrições Médicas” contra os males da nação: Diálogos de Franco da Rocha na construção das Ciências Sociais no Brasil**. Dissertação de Mestrado em Sociologia, FCIAR/UNESP – Faculdade de Ciências e Letra de Araraquara/Universidade Estadual Paulista, 2010.
- ROCHA, F.F. Asilo de Alienados. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 10 de Mai.1893.
- ROCHA, F.F. Manicômios. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 20 de Mai.1898.
- ROCHA, F.F. A questão do trabalho nos hospícios. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 14 de Jan.1899.
- ROCHA, F.F. Suicídios na capital de São Paulo. In: **Gazeta Clínica de São Paulo**. São Paulo: Publicação Médica Paulista. Ano III, p.443-446.1905.
- ROCHA, F.F. A velha e a nova escola penal. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 07 de Fev.1909 a.
- ROCHA, F.F. O artigo 68 do código penal. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 24 de Set.1909 b.
- ROCHA, F.F. Assistência familiar aos insanos em São Paulo. In: **Revista Médica de São Paulo**. São Paulo: Ano XII, p. 341-342, 1909c.
- ROCHA, F.F. Necrologia. In: **Revista Médica de São Paulo**. São Paulo: Ano XII, p. 434, 1909 d.
- ROCHA, F.F. O que é um paranoico. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 01 de Out. 1910 a.

- ROCHA, F.F. Que é um paranoico? In: **Revista Médica de São Paulo**. São Paulo: Ano XIII, nº?, p. 364-367, 1910 b.
- ROCHA, F.F. Os alienados perigosos e o código penal. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 27 de Fev. 1911 a.
- ROCHA, F.F. Os alienados perigosos e o código penal. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 15 de Dez. 1911b.
- ROCHA, F.F. Contribution à l'étude de la folie dans la race noire. In: **Revista Médica de São Paulo**. Ano XIV, p. 1911c.
- ROCHA, F.F. Alcoolismo e loucura. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 17 de Ago. 1918.
- ROCHA, F.F. Do delírio em geral. Preleção do curso de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina de São Paulo. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 20 de março de 1919.
- ROCHA, F.F. Psicologia do boato. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 19 de Out. 1920 a.
- ROCHA, F.F. Mitos e Lendas na Loucura. In: **Gazeta Clínica de São Paulo**. São Paulo: Publicação Médica Paulista. Ano XVIII, nº 2, p.19-21. fev.1920b.
- ROCHA, F.F. Organização do trabalho intelectual. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 05 de Abr. 1921 a.
- ROCHA, F.F. Esclerose e bolchevismo. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 01 de Jul. 1921 b
- ROCHA, F.F. Loucos de todo o gênero no código civil. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 07 de Nov. 1921 c.
- ROCHA, F.F. Filosofia da História. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 30 de Jan. 1922 a.
- ROCHA, F.F. Psicologia da Superstição. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 19 de Nov. 1922 b.
- ROCHA, F.F. O exame médico pré-matrimonial. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 05 de Jan. 1926.
- ROCHA, F.F. Combate ao Alcoolismo. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 25 de Dez. 1927.
- ROCHA, F.F. Os mitos e lendas na loucura. In: **Revista Brasileira de Psicanálise**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicanálise. Vol.01, nº 01, p. 7-23, 1928.
- ROCHA, F.F. Livro contra livro. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 02 de Jan.1929.
- ROCHA, F.F. Sobre a Psicanálise. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 27 de Fev. 1930 a.
- ROCHA, F.F. **A doutrina de Freud**. 2ª ed. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1930 b.

- ROCHA, F.F. No reinado da fraude. In: **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 14 de Jun. 1933.
- RUSSO, J.A. A difusão da psicanálise no Brasil na primeira metade do século XX – Da vanguarda modernista à rádio-novela. In: **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. UERJ. Rio de Janeiro. Ano 02, nº 01, p. 51-61, 1º Sem. 2002.
- SILVA, P.D. (et al). **Notas para a Memória Histórica de São Paulo** (coligidas pela comissão presidida pelo Prof. Pedro Dias da Silva – diretor, e composta pelo Prof. Flaminio Fávero e pelos Drs. Oswaldo Portugal e Domingos Goulart de Faria). São Paulo: Ed. Limitada, 1926.
- TUNDIS, S.A; COSTA, N.R. (Orgs). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1992.

A CONTRIBUIÇÃO DA ARQUITETURA PARA O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO COMEÇO DO SÉCULO XX: A EXPERIÊNCIA FRANÇA-BRASIL ¹

Pier Paolo Pizzolato

INTRODUÇÃO:

Inicialmente, necessitamos contextualizar a produção arquitetônica da época, indicando os principais atores que influenciaram na produção do espaço hospitalar. Desde o século XVIII, na Europa, o neoclássico determinou-se como modelo de construção e se configurou como um movimento internacional com proposta vanguardista. Adentrando no século XIX, o dinamismo político do período propiciou a formação de vários novos países permitindo que a burguesia ascendesse rapidamente ao poder. Por isso, a vontade de formar uma identidade nacional trouxe uma forte onda de romantismo político e cultural, capaz de criar uma resposta, no âmbito da arquitetura, para esse estilo tabula - rasa universal do neoclássico.

Também colaborou para a revisão do ecletismo europeu o consumo acelerado de novos produtos e os sistemas construtivos, que foram absorvidos e adaptados ao mercado emergente. A indústria, recém implantada, impôs suas leis econômicas ao canteiro de obras submetendo o modo de fazer tradicional e transformando a relação entre a utilidade e a beleza.

No âmbito da arquitetura hospitalar propriamente dita, é importante frisar nesse período a imposição na criação de serviços médicos mais complexos e especializados, separando alguns tipos de doença da área urbana e levando-as para o que podemos chamar de “instituições totais”, cuja semelhança com as prisões não passou despercebida:

“Eu os fiz ver a prisão e, em seguida, o hospital. Sim, o programa não é o mesmo. Mas há, no regime hospitalar, uma categoria de estabelecimentos que tem um pouco dos dois: é o asilo de alienados. Ele é um hospital por tratar, por perseguir a cura, por libertar o doente quando este recebe alta; mas também é uma

1 Este artigo baseia-se nos capítulos 2 e 3 de minha dissertação. Cf. PIZZOLATO, P. P. B. **O Juquery: sua implantação, projeto arquitetônico e diretrizes para uma nova intervenção**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2008.

prisão, porque é preciso que o alienado inconsciente e, às vezes, perigoso, seja separado da sociedade, colocado fora do estado de ameaça; seja detido, em uma palavra, para um tratamento que deve seguir, apesar de sua vontade. Mas esta casa deve ser hospitalar e encorajante, ela deve ser efetiva e não aparente. O médico procura agir sobre a moral e a imaginação dos doentes e esconder a face da prisão tanto quanto seja possível.”²

Alguns dos principais arquitetos que produziram suas teorias e obras neste período foram: Viollet-le-Duc, John Ruskin, Étienne-Louis Boullée e Claude-Nicolas Ledoux. Neste contexto surge o arquiteto Jean-Nicolas-Louis Durand (1760-1834), um dos principais pensadores da escola politécnica francesa, aluno de Étienne-Louis Boullée e que influenciará Ramos de Azevedo no projeto do asilo do Juquery. Seus textos principais são: *Précis des leçons d'architecture données à l'École Polytechnique*, onde a geometrização surge como principal elemento no processo de composição arquitetônica e *Recueil et Parallèle des edifices de tout genre, anciens et modernes, remarquables par leur beauté, par leur grandeur ou par leur singularité, et dessinés sur même échelle*, de 1779-1801, onde Durand analisa os tipos arquitetônicos ao longo da história.

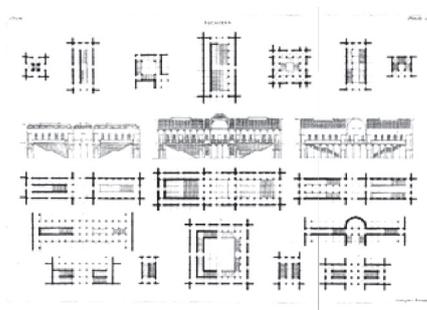


Figura 01. gravura do livro *Précis des leçons d'architecture données à l'École Polytechnique* de Jean-Nicolas Durand

Para Durand, a finalidade primeira da arquitetura é a utilidade social em detrimento à opulência e ornamentação da construção e, portanto, a economia dos processos construtivos envolvidos e a preocupação em evidenciar o conjunto edificado como um todo deve prevalecer, barateando o custo final da obra. A dicotomia entre a conveniência (com os elementos da estabilidade, higiene e comodidade) e a economia (simetria, regularidade e simplicidade), está presente em suas obras, mas o “princípio da economia

2 GUADET, J. *Éléments et Théorie de l'architecture*. Paris: Librairie de la Construction Moderne (1906?), vol II, les maisons d'aliénés, p. 597 et seq. Apud CARVALHO, Maria Cristina Wolff de. Ramos de Azevedo, p. 209.

incide na eficácia do projeto” pela planificação técnica clara e pelos meios de execução.

A teoria de Durant desenvolveu um sistema estrutural que fixa uma trama quadrada determinando sempre o sistema construtivo (paredes, arcadas, corpos dos edifícios, pátios interiores, etc.). As combinações entre os elementos horizontais e verticais de diferentes grupos construtivos e a padronização permitem uma base universal de elementos, além da combinação de qualquer espécie de edifício na trama escolhida. Durand escreve:

“O melhor meio de garantir a utilidade social da arquitetura é construir grandes edifícios públicos, sempre com uma simetria axial rigorosa e muitas vezes dispostos em redor de vários pátios.”³.

Vários pensadores da época criticaram a produção de Durand, apontando-o como responsável pelo vazio, pela falta de expressão e pela impraticabilidade dos edifícios da época. Porém, a obra de Durand foi responsável pela imposição de uma simetria impactante e pela trama de quadrados como determinantes dos espaços construídos nos projetos do Juquery e do Sainte-Anne.

ASILO DE ALIENADOS DE SAINTE-ANNE:



Figura 02. Perspectiva aérea do Asilo de Sainte-Anne. Imagens retiradas de SILVA, Kleber Pinto. Hospital, espaço arquitetônico e território, p. 150.

O asilo de Sainte-Anne foi fundado, em 1678, na forma de um “hospital-convento” e se matinha através de trabalho agrícola. Durante o século XVIII fornecia alimentação a outros estabelecimentos de saúde, como o Hospital Dieu, principalmente nos períodos de epidemias em Paris.

3 EVERS, B. *Teoria da Arquitetura*: do renascimento aos nossos dias, p. 330.

O asilo de Sainte-Anne torna-se auto-suficiente graças aos serviços dos alienados. Deste período podemos indicar dois grandes problemas para com o atendimento aos alienados: as construções antigas e sem plano diretor para ampliação, o que dificultava as inovações do tratamento, e a falta de equipe médica suficiente.

Em 1772 ocorreu um incêndio que destruiu boa parte do hospital-convento deixando-o por algumas décadas em estado de ruína. Mas essa situação permitiu, posteriormente, o seu reaproveitamento e a construção de novos edifícios mais ligados ao serviço de saúde e não mais aos ritos religiosos, garantindo a passagem da direção para a recém-criada Academia de Ciências.

Em 1853, durante o governo de Georges Eugène Haussmann (1809-1891) na prefeitura de Paris, iniciou-se uma grande intervenção na cidade. O desenho das intervenções propostas, segundo Pinto ⁴, é eminentemente barroco, sobrepondo grande número de avenidas no traçado urbano original, criando uma rede de interligações com pontos específicos:

“As intervenções tinham como objetivo requalificar a estrutura do centro da cidade, devendo, portanto, solucionar os diversos problemas urbanos gerados pelo crescimento desordenado da mesma, os quais se associavam à questões estéticas, sanitaristas e de circulação veicular” ⁵.

Parte dessas transformações consistiu na construção de novos edifícios e o aprimoramento de programas arquitetônicos ligados à municipalidade como, por exemplo, hospitais, escolas, habitações, escritórios, mercados, bibliotecas, etc., conjuntamente com a construção de parques, responsáveis pelo estabelecimento de uma nova ordem urbana, capaz de solucionar os problemas de salubridade da cidade antiga, tudo devidamente inserido no ideário eclético.

Haussmann realizou a renovação dos edifícios administrativos da municipalidade, desenvolvendo uma nova estética urbana para a cidade, e os alinhamentos e gabaritos foram redimensionados e rigidamente respeitados, criando uma homogeneização do espaço urbano ⁶. Enfim, o desenho de Paris, após o enfrentamento de toda ordem de dificuldades (legais, políticas e projetuais), tornou-se um marco na urbanística moderna, representando um feito duplo: teórico, na medida em que renova a cidade medieval, e prático, visto que as sucessivas desapropriações da malha urbana, demolição das muralhas e a construção de grandes avenidas foram feitos com a finalidade

4 PINTO, J C B. **Arquitetura e Lugar**: edifícios, interstícios e o espaço urbano, p. 356.

5 Idem.

6 Outras cidades europeias adotaram o mesmo princípio após verificarem a eficácia do trabalho de Haussmann, como, por exemplo, Bruxelas e Viena. Dos críticos, o mais famoso foi Camilo Sitte, que defendeu a cidade antiga em detrimento as linhas de eixo monumentais, pois acreditava que a cidade medieval, com sua sinuosidade criava um espaço e perspectivas pinturescas, coisa que o barroco não conseguia propor ou quando muito, gerava com artificialidade.

de reorganizar o tecido urbano citadino para satisfazer as necessidades apresentadas pelo quadro social formado pela revolução industrial.

Quanto ao Asilo Sainte-Anne, a administração de Haussman resgata o trabalho da comissão de 1787 que definia a construção de novos serviços de saúde com o seguinte conceito: um hospital central e outros quatro periféricos com diferentes especificidades (parturientes, doenças contagiosas, epidemias e doenças de pele e alienados). Entre os anos de 1833 e 1863 o asilo sofre uma reformulação, recebendo novas construções que são sobrepostas ao conjunto do antigo asilo/fazenda, sendo considerado pelos psiquiatras como o primeiro trabalho de recuperação agrícola. Foi um dos discípulos de Pinel chamado Guillaume-Marie André Ferrus, que, em 1833, propõe a construção de novos asilos psiquiátricos e decide aproveitar o espaço do antigo convento para desenvolver o trabalho terapêutico com pacientes alienados. No mesmo ano foram iniciados os trabalhos com 70 pacientes, entre eles pedreiros, carpinteiros, marceneiros, pintores e serralheiros, o que tornou possível a recuperação dos prédios, em ruínas devido ao incêndio. Haussmann aproveitará a iniciativa de Ferrus e fomentará a formatação final de Sainte-Anne como asilo de alienados consonante o ideário da época.

A área final do Asilo de Sainte-Anne ⁷ equivale a 18 hectares. A elaboração do programa ficou a cargo do médico Girard de Cailleux e o projeto arquitetônico foi realizado pelo arquiteto August de Questel, responsável por outras obras de renome como a Igreja de Saint-Paul, em Nimes, a restauração do Anfiteatro de D'Arles, a recuperação do prédio das cavalaria de Versailles, o Hospício de Gisors e o Palácio e Museu-biblioteca de Grenoble.

Perfazendo um quadrilátero de 215 m. (comprimento) por 195 m. (largura), em seu eixo principal apresenta os seguintes serviços: prédio dos serviços gerais em frente à administração, capela e anfiteatro, lavanderia. Também no centro encontra-se a igreja com forma de cruz latina com estilo românico e cúpula octogonal, lavanderia, necrotério, geradores de caldeira, cozinha, farmácia, escritório da diretoria, contabilidade, sala dos dois médicos chefes, vestiários, rouparia e biblioteca – tudo isso na área central, atrás da capela o anfiteatro, necrotério, pavilhão em “T”. A lavanderia e a caixa d'água formam um conjunto octogonal no final da rua Broussais.

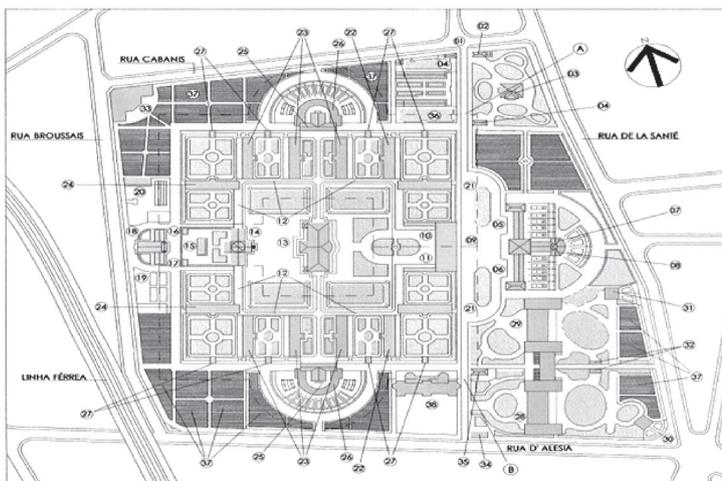
Os pavilhões de hospitalização são localizados nos dois lados do eixo principal, perpendicular e paralelamente ao mesmo. Por uma escada situada sob o arco se chegava aos alojamentos dos médicos e dos funcionários.

O quarteirão dos alienados é separado por gênero, sete pavilhões por lado, sendo que a simetria utilizada nos pavilhões seguia a seguinte ordenação: homens à direita e mulheres à esquerda. Os pavilhões de enfermaria

7 Utilizaremos para as informações sobre Sainte-Anne CAIRE, M. *Contribution à l'histoire de l'Hôpital Sainte-Anne (Paris): des origines au début du XX^e siècle*. Thèse médecine, Paris V, Cochin-Port-Royal, 1981.

paralelos ao eixo leste-oeste se unem ao pavilhão da administração, sendo que quatro pavilhões são paralelos entre eles e perpendiculares ao eixo.

O conjunto todo tem seu eixo central criando a simetria através de uma galeria central que parte da torre do relógio e que separa o 2º e 3º Pavilhão, essa galeria conduz aos pavilhões de banhos e a rotunda (no caso do texto descrito como “Demi-rotunda”) paraos pacientes agitados.

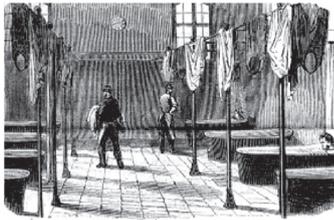


LEGENDA

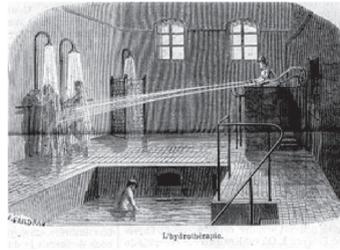
- A - QUARTEIRÃO DOS HOMENS
 - B - QUARTEIRÃO DAS MULHERES
 - 01 - ENTRADA PRINCIPAL
 - 02 - PORTARIA (1863)
 - 03 - INSPECTOR GERAL (1863)
 - 04 - ESTÁBULOS
 - 05 - PAVILHÃO DE EXAMES - DIVISÃO MASCULINO
 - 06 - PAVILHÃO DE EXAMES - DIVISÃO FEMININO
 - 07 - PAV. DE EXAMES - AGITADOS MASCULINO
 - 08 - PAV. DE EXAMES - AGITADOS FEMININO
 - 09 - ADMINISTRAÇÃO
 - 10 - VISITAS - MASCULINO
 - 11 - VISITAS - FEMININO
 - 12 - GALERIAS DE CIRCULAÇÃO
 - 13 - SERVIÇOS GERAIS(PAVILHÃO DO RELÓGIO)
 - 14 - CAPELA
 - 15 - SALA DE AUTÓPSIA
 - 16 - DEPÓSITO DE CAIXÕES
 - 17 - SANITÁRIOS
 - 18 - LAVANDERIA E ROUPARIA
 - 19 - SECADOR AO AR LIVRE
 - 20 - DEPÓSITO DE COMBUSTÍVEIS
 - 21 - ENFERMARIA
 - 22 - PAVILHÃO DE PACÍFICOS
 - 23 - PAVILHÃO DE SEMI - PACÍFICOS
 - 24 - PAVILHÃO DOS IDOSOS E SENIS
 - 25 - BANHOS TERAPÊUTICOS
 - 26 - CELAS DOS AGITADOS
 - 27 - SANITÁRIOS EXTERNOS
 - 28 - ADMISSÃO PAV. LEURÉT (HOMENS) (1874)
 - 29 - ADMISSÃO PAV. FERRUS (MULHERES)(1874)
 - 30 - AGITADOS
 - 31 - AGITADOS
 - 32 - SANITÁRIOS EXTERNOS
 - 33 - BANHOS EXTERNOS (1870)
 - 34 - PAVILHÃO DO JARDINEIRO-CHEFE
 - 35 - PAVILHÃO DO SERVIÇO DE JARDINAGEM
 - 36 - OFICINAS
 - 37 - TERREÇOS PARA CULTURA
 - 38 - CENTRO CIRÚRGICO (1900)
-
- CONSTRUÇÕES DO PERÍODO DE ARQ. AUGUST QUESTEL
 - CONSTRUÇÕES RELEVANTES POSTERIORES

ASILO DE SAINTE-ANNE (DESENHO REALIZADO COM BASE NO DESENHO DE GUADET (1901) E OUTROS NOS SITES RELACIONADOS ACIMA).

Figura 03. Reprodução da implantação geral do asilo de Sainte-Anne.



La salle de bain.



L'hydrothérapie.

Figuras 04 e 05. Gravuras da Hidroterapia do Sainte-Anne, atentar na ilustração 4 o sistema de confinamento do paciente nas banheiras. Imagens retiradas do livro de CAIRE, M. Contribution à l'histoire de l'Hospital Sainte-Anne (Paris): des origines au début du XX^e siècle. Thèse médecine, 1981, p. 109.

Para cada pavilhão se apresenta um pátio externo com 32 m. por 30 m., arborizados, com um quiosque central e um anexo isolado com sanitários. Cercando esse pátio foram edificados muros de até 4 m. de altura com um tipo de vala que impediam as fugas dos internos. Quanto à circulação externa, foi construída uma galeria em alvenaria perpendicular aos pavilhões centrais que articula o acesso desses com as construções da administração, serviços gerais e capela. Essas galerias apresentavam pórticos com entablamento toscano em cada nódulo de conexão entre a galeria e as outras construções.



L'HÔPITAL SAINTE-ANNE. — Vue principale. Détail des services généraux.

·ALTERIVS NON SIT + QUI SVVS ESSE POTEST



Figuras 06 e 07. Gravuras do prédio administrativo e dos pátios entre os pavilhões. Imagens retiradas do livro de CAIRE, M. Contribution à l'histoire de l'Hospital Sainte-Anne (Paris): des origines au début du XX^e siècle. Thèse médecine, 1981, pp. 44, 46 e 59.

Sobre o processo construtivo do Asilo de Sainte-Anne, podemos destacar algumas características próprias como, por exemplo, o conjunto adotou a tipologia idêntica para todos os edifícios construídos. A alvenaria desenvolvida foi mista com pedra na parte do baldrame e tijolos no restante, enquanto o revestimento adotado foi o de manter o tijolo aparente e pedra nos vértices de cada construção.

Finalizando cada construção, uma cornija que faz a amarração de toda a extensão do perímetro. Os telhados apresentam beiral nas águas que o

compõem com calha em madeira. As telhas são tipo Muller. Sua estrutura é em tesouras de madeira.

Segundo Michel Caire:

“O plano de conjunto do asilo traçado por Questel remetia a uma parte já habitual: as diversas construções hospitalares (quarteirões) situadas de uma parte a outra de um grande pátio, formando um eixo principal, sobre o qual se encontra a capela e os serviços gerais. De um plano global, este sistema racional e simétrico unindo as unidades arquiteturais (pavilhões) tinham sido já colocados em obra por Gilbert na casa de Charenton, baseando-se em Esquirol”⁸.

O reflexo da mudança do tratamento da alienação mental, aplicação direta do programa dos hospitais pavilhonares é de ruptura total: a qualificação tradicional da arquitetura não é mais reconhecida como igual às referências históricas greco-romanas (classicismo). O projeto proposto ocupa o lugar a arquitetura científica apoiada em análises do perfil clínico dos usuários versus sua funcionalidade; economia e racionalização, para que o objeto seja realizado respeitando a sua complexidade.

Questel não faz uso de decoração excessiva e trata com racionalidade (sem se esquecer da elegância) o projeto proposto, seguindo a risca as noções de regularidade e simetria para compor a distribuição e concentração dos serviços.

Quanto ao espaço de isolamento construído em Sainte-Anne, ainda que tenha havido tentativas de estabelecer um local que não o da segregação e opressão⁹ reinantes nas instituições psiquiátricas na França, Sainte-Anne acabou por se tornar um exemplo de “asilo-fortaleza”, onde a segregação ocorreu de forma bastante acentuada, principalmente quando a cidade de Paris começa a ocupar as suas bordas devido ao crescimento urbano. A necessidade de não ser notada torna-se importante para a Instituição.



Figura 08 e 09. Gravuras das celas, uma comum e outra de segurança do Sainte-Anne.

Imagens retiradas do livro de CAIRE, M. *Contribution à l'histoire de l'Hospital Sainte-Anne* (Paris): des origines au début du XX^e siècle, pp. 48 e 49.

8 CAIRE, M. *Contribution à l'histoire de l'Hospital Sainte-Anne* (Paris): des origines au début du XX^e siècle, p. 50.

9 “Uma casa de alienados é um instrumento de cura entre as mãos de um médico hábil, é um agente terapêutico de maior poder” (Esquirol, 1822). “As paredes do Asilo são elas o remédio para a loucura” (Calmeil). Apud: CAIRE, M. *Contribution à l'histoire de l'Hospital Sainte-Anne* (Paris): des origines au début du XX^e siècle, p. 52.

Girard de Cailleux adotará como procedimento a classificação sistematizada dos pacientes por tipo de patologia, o que reflete o paradigma arquitetônico de se voltar as costas para o panoptismo. Assim, o edifício clássico único fechado em si “explode”, permitindo o sistema pavilhonar do sistema Nightingale surgir como modelo mais indicado. O sistema de classificação implica em unidades autônomas, que no caso do Sainte-Anne foram realizadas sobre um plano Arquiteto-terapêutico, onde cada pavilhão trata de um tipo de doença e em função de seu comportamento: senis, paralíticos; agitados; meio pacíficos e pacíficos.

O antigo conceito de curáveis e não-curáveis foi abandonada para abarcar as novas gamas de classificação. Porém, com o tempo, por conta da aplicação cotidiana da terapêutica, Sainte-Anne acabou por adotar uma divisão mais ampla:

- Agitados barulhentos, furiosos e perigosos ficavam isolados na semi-rotunda com celas;
- Agitados (controláveis) e semi-pacíficos ocupavam 02 grandes pavilhões divididos por sexo, próximos à construção de hidroterapia (semi-rotunda);
- Pacíficos ocupavam 02 pavilhões divididos por sexo, próximos à acolhida e a saída do Asilo;
- Convalescentes ocupavam 02 pavilhões divididos por sexo;
- Idiotas ocupavam os pequenos pavilhões no fundo do asilo;
- Senis e paralíticos ficavam próximo ao anfiteatro.

Como vimos cada pavilhão pode se considerar autônomo em suas necessidades assistenciais: os pátios e galeria coberta, salão de reunião, refeitórios, dormitórios, banheiros e as galerias fazem a ligação entre os pavilhões e os serviços. Girard de Cailleux considerava Sainte-Anne não como um asilo único, mas dois asilos, divididos por sexo e que apresentava um eixo central estruturador.



Figura 10. Foto do prédio de Exames, construção posterior ao conjunto original. Imagem retirada do livro de CAIRE, M. Contribution à l’histoire de l’Hospital Sainte-Anne (Paris): des origines au début du XX^e siècle, p. 117.

O Asilo Sainte-Anne foi o local onde se desenvolveu o trabalho como tratamento e distração. Os principais serviços, em jornada de seis horas, eram: a participação de cuidados na limpeza e serviços gerais, cultura agrícola e jardinagem, costura e lavagem de roupa, conservação dos prédios e mobiliário. O produto do trabalho ia para o departamento e gerava também um pequeno soldo para os pacientes.

“Um só aforismo pode resumir todas essas considerações preliminares sobre o tratamento moral, estabelecer uma ordem constante, e uma regularidade invariável em todas as atividades da casa. Essa regularidade deve ser tão rigorosa como o movimento de um relógio, que uma vez montado se movimenta e caminha sem interrupção”¹⁰.

É neste espaço segmentado que o plano simétrico divide as partes através da linha axial onde se encontram os serviços gerais e se situam os quarteirões de classificação. Essas unidades autônomas acolhem os doentes reagrupados por classe em função do comportamento.

A ordem geométrica, a orientação das construções, a organização interior, a repartição e circulação, tudo permite que a arquitetura seja um meio de tratamento; a necessidade de isolamento é respeitada, onde o Asilo, ele mesmo, faz a função de remédio. A organização estipulada é científica e corresponde à classificação sistemática do tipo de casos clínicos estudados existentes entre os alienistas. Esse espaço, técnico antes de tudo, é também estético; mesmo que Questel não tenha podido exprimir toda a sua arte, sua realização é equilibrada e harmoniosa e os edifícios têm uma elegância justa.

“Em Sainte-Anne nós vimos a aplicação da concepção “Esquiroliana” de asilo como “Instrumento de Cura” onde é instituído o tratamento moral promovido por Leuret. Devemos considerar que o Asilo de Sainte-Anne foi edificado 40 anos depois das teorias de Esquirol e é neste período que ocorre a transformação do asilo de lugar de reclusão para instrumento de cuidado e meio de vida”¹¹.

10 CAIRE, Michel. *Contribution à l'histoire de l'Hospital Sainte-Anne (Paris): des origines au début du XX^e siècle*, p. 73.

11 CAIRE, M. *Contribution à l'histoire de l'Hospital Sainte-Anne (Paris): des origines au début du XX^e siècle*, p. 158.

ASILO DE ALIENADOS DO JUQUERY:

O asilo de alienados de Juquery foi inaugurado em 1898 pelo empenho do Dr. Francisco Franco da Rocha, diretor do asilo da capital na época que, após uma viagem à França, tomou contato com as teorias da terapia psiquiátrica europeia utilizada no asilo de Sainte-Anne. Foi ele que formatou - seguindo as recomendações do Congresso Internacional de Alienistas realizado em Paris no ano de 1889, como as de estabelecer colônias agrícolas anexas aos asilos e de adotar o sistema de asilos médico-agrícolas, compostos de um asilo central cercado de grandes áreas destinadas ao trabalho agrícola, - o espaço que viria a ser desenvolvido pelo Arquiteto Ramos de Azevedo. Segundo Lygia Maria, o asilo foi inaugurado:

“Quase um século depois da criação do hospício francês de Pinel e cinquenta anos após o hospício carioca de Pedro II. O “atraso” se explica: marcado pelo ideário da revolução burguesa – trabalho, ordem, progresso, ciência -, o asilo surge no momento histórico em que a organização das cidades, a higiene moral da população e o desenvolvimento de uma ciência do comportamento humano se apresentam como necessidades”¹².



Figura 11. Foto da implantação geral do Asilo de Alienados do Juquery. Imagem fornecida pelo prof. José Parada

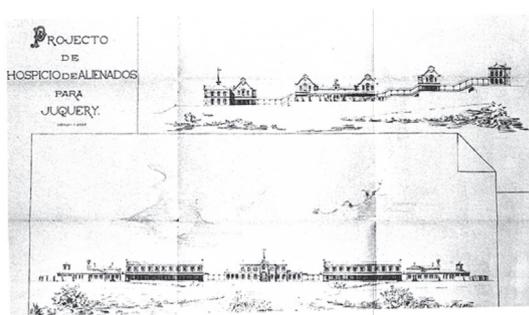


Figura 12. Imagem retirada de Segawa, H. Casas de Orates, pág. 71.

Do ponto de vista social, o Juquery ofereceu a oportunidade concreta de pôr em prática as teorias médicas para a terapêutica dos doentes, através de um saber que operou com o intuito de combater o “enfraquecimento das normas sociais”, produzindo um tratamento médico que capacitou a individualização, classificação, compartimentalização, esquadrinhamento, além da jurisprudência clínica de cada tipo de doente.

Como citado na análise do asilo francês, a proposta terapêutica privilegiou o afastamento do doente de seu meio original, proporcionando um novo ambiente, totalmente higienizado, visando permitir, pelo restauro da saúde física e mental, a recuperação dos valores morais perdidos. No Asilo do Juquery o tratamento moral se fez através do isolado num local aprazível, construído de modo a permitir uma circulação livre para águas e ares e regulada para os internos.

“A arquitetura do hospício respeita algumas subdivisões fundamentais entre os alienados: homens e mulheres, curáveis e incuráveis, trabalhadores e imprestáveis. Resguardada a separação por gênero, os doentes considerados curáveis são mantidos no conjunto central; as colônias ficam reservadas aos incuráveis, particularmente àqueles aptos ao trabalho”¹³.

O Asilo de alienados do Juquery foi concebido como um sistema completo, onde a proposta asilar da Instituição incluía além do hospital central para os agudos, as colônias em regime *open-door* parcial (da 1ª Colônia até a 6ª Colônia, pois a cronificação dos pacientes agudos era a tônica do tratamento), fazendas com *open-door* total (Crisciuma e Fazenda Velha) e assistência familiar (nutrício).

Em 1901 foi inaugurada parte do Asilo Central, pois se encontrava pronta a ala direita do Hospital Central (seção masculina) com 160 alienados

13 PEREIRA, L M F. Os primeiros sessenta anos terapêuticas psiquiátrica no Estado de São Paulo, p. 37.

e posteriormente, em 24-08-1903 a ala esquerda (seção feminina) com 289 pacientes.

É importante frisar que o Asilo Central do Juquery foi construído seguindo os preceitos ditados na época: a organização em pavilhões horizontais que tentavam racionalizar o atendimento aos pacientes. Os pavilhões foram setorizados, portanto, possibilitaram a separação entre os sexos e tipos de doença. Essa disposição também condicionaria a melhor distribuição de conforto, higiene, ventilação e insolação dos ambientes. Assim, os pavilhões foram assentados em patamares seguindo o aclave do terreno. O edifício frontal, no qual se encontram a administração e a recepção, foi definido como elemento ordenador e controlador e é dele que parte o eixo principal, articulando junto aos pavilhões a simetria. Esse zoneamento e a distribuição dos pavilhões articulados apresentam-se como a materialização das ideias mais modernas de tratamento psiquiátrico do momento. Vale ainda apontar o uso de galerias, passadiços feitos em ferro que se tornaram elementos ligantes entre os pavilhões e os outros edifícios do asilo.

A RELAÇÃO ARQUITETÔNICA ENTRE JUQUERY E SAINTE-ANNE:

Podemos afirmar que os projetos arquitetônicos do Juquery e do Sainte-Anne, realizados, respectivamente, por Ramos de Azevedo e Charles-August Questel, foram marcados pelas concepções vigentes de tratamento médico e, portanto, que a organização em pavilhões é tributário dos métodos de tratamento existentes e disponíveis, que pregavam a racionalização, a internação prolongada e a segregação¹⁴. A separação entre sexos obriga a duplicidade de serviços e valoriza a simetria, sendo dela que ambos os asilos desenvolvem seu eixo de distribuição através de um grande pátio central, cuja repetição de edifícios nas laterais é amenizada pela existência de jardins paralelos. Segundo Segawa:

“O plano do conjunto principal obedecia ao esquema de pavilhões isolados com praças intermediando os blocos construídos, ligados mediante passarelas cobertas, à maneira de soluções usuais na Europa no último quartel do século XIX. Decerto foi muito importante para Ramos de Azevedo ter consultado o álbum de Casimir Tollet, *Les édifices hospitaliers depuis leur origine jusqu'à*

14 CARVALHO, Maria Cristina Wolff de. *Ramos de Azevedo*, p. 208.

nos jours, pertencente ao seu acervo particular e hoje depositado na biblioteca da Escola Politécnica da USP”¹⁵.

Quanto ao Asilo Sainte-Anne de Paris, Segawa destaca:

“Oito pavilhões dispostos simetricamente de cada lado do eixo central da composição, formado pelo prédio da administração, na frente, serviços, no centro; o eixo secundário, perpendicular ao principal, passando pelo edifício de serviços no centro e entre os segundo e terceiro pavilhões de cada lado ligando as estruturas em hemicírculo – pavilhões especiais de isolamento para “agitados”, com sala banho; circulação por meio e galerias cobertas, interligando os vários edifícios do conjunto. Estes são alguns dos aspectos em comum entre o projeto parisiense e o paulista, além da representação gráfica das praças entre os pavilhões”¹⁶.

Assim, as duas instituições possuem suas disposições de implantação similares, mas o porte e o adensamento das construções parisienses foram superiores ao exemplo paulista, permitindo ao Sainte-Anne uma maior apreensão do todo arquitetônico, diferentemente do Juquery, que adquiriu ao longo do tempo um espraiamento dos serviços ali prestados.

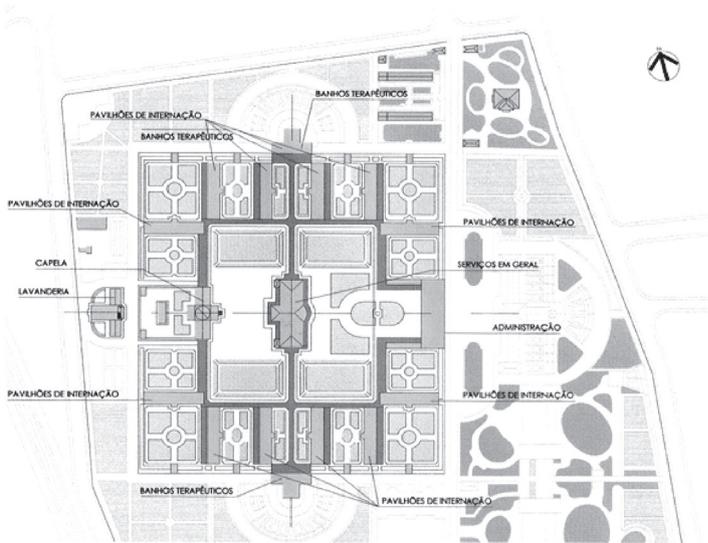
Tais características se explicam pela relação com a cidade: enquanto Sainte-Anne é construída numa cidade já arraigada e em franco desenvolvimento devido à Revolução Industrial, o Juquery é edificado numa pequena estação de trem, com a mínima infra-estrutura urbana da vila do Juquery. Pode-se dizer que a Instituição funda a cidade de Franco da Rocha, permite o aporte de novos investimentos imobiliários com a vinda dos funcionários e a consequente fixação da população existente através do trabalho (desde a construção até o funcionamento da Instituição).

Sainte-Anne, por sua vez, ao longo do tempo sofreu o efeito inverso. Paris foi se fixando ao redor dos muros do asilo, forçando-o a crescer para dentro, ampliando cada vez mais a quantidade de construções no mesmo espaço, enquanto a área que havia sido planejada como espaço para o desenvolvimento da laborterapia com os alienados foi aos poucos diminuindo para receber as construções dos novos serviços.

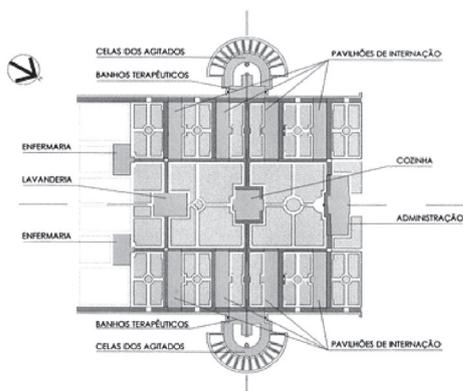
Do ponto de vista político-administrativo, ambos foram concebidos para realizar suas funções com a maior economia possível, o que foi feito pelo por meio do uso da mão de obra dos internos. Neste sentido, Juquery foi mais eficaz, pois sua extensa área esteve comprometida com a produção agrícola e pecuária, mantendo-se autossustentável por um tempo maior do que Sainte-Anne. O Juquery também inovou por conta da opção de seu idealizador de somar os vários elementos médicos do tratamento da

15 SEGAWA, Hugo. Casas de Orates, p. 72.

16 SEGAWA, Hugo. Casas de Orates, p. 73.



ASILO DE SAINTE-ANNE (PROJETO AUGUST QUESTEL - 1863)



ASILO DE ALIENADIS DO JUQUERY (PROJETO RAMOS DE AZEVEDO - 1896)

COMPARANDO OS DOIS DESENHOS É POSSÍVEL PERCEBER A DIMENSÃO DA ENFLUÊNCIA QUE O PROJETO DE QUESTEL INFLUENCIOU NO ASILO PAULISTA. NELE PODEMOS INDICAR QUE A UTILIZAÇÃO DOS EIXOS DE SIMETRIA É COMUM A AMBOS, QUE A HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIÇOS SEGUEM A MESMA LÓGICA, LIGADA AO PERCURSO E ACESSIBILIDADE. ALÉM DA VALORIZAÇÃO DOS ESPAÇOS VAZIOS (JARDINS E PÁTIOS) NA CONFIGURAÇÃO FINAL DAS EDIFICAÇÕES, VEREMOS MAIS ADIANTE QUE A LOCAÇÃO DAS CELAS DOS PACIENTES AGITADOS, PRÓXIMOS AOS BANHOS TERAPÊUTICOS OCORRERAM NO SAINTE-ANNE APÓS VERIFICADO, ATRAVÉS DA VIVÊNCIA DA PRÁTICA, QUE A LOCALIZAÇÃO DE AMBOS OS SERVIÇOS DEVERIAM FICAR INTERLIGADOS, COMO O PROJETO DE RAMOS DE AZEVEDO É POSTERIOR A IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS SE TORNOU MUITO SIMILAR À SOLUÇÃO ENCONTRADA POR QUESTEL

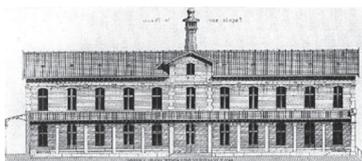
COMPARAÇÃO DO PONTO DE VISTA DA IMPLANTAÇÃO ENTRE OS DOIS ASILOS

Figura13. Comparação entre os asilos do Juquery e Sainte-Anne.

Quanto aos pátios e jardins de ambos os asilos, os dois arquitetos responsáveis, Questel e Ramos, foram bem sucedidos no controle dos cheios (construções) e vazios (pátios e jardins), seguindo as novas técnicas da urbanização ligadas à questão sanitária. Os jardins e parques públicos haviam surgido há pouco como elemento urbano nas cidades para garantir o saneamento e a qualidade de vida da população emergente. No caso das duas instituições isso não se aplica diretamente, pois além de assegurar as condições de saúde e saneamento dos locais, aqui a situação se configura

mais como pano de fundo para a contemplação dos edifícios do que como lazer para os alienados.

Analisando-se atentamente veremos que as construções seguiram os mesmos elementos estilísticos do ecletismo em voga. Porém, o Juquery, por mérito totalmente ligado à qualidade dos arquitetos escolhidos, num primeiro momento Ramos de Azevedo e logo depois Ralph de Pompêo Camargo, tem uma leveza no uso dos elementos de alvenaria conjugados às galerias feitas em ferro forjado, além da noção mais harmônica de conjunto do que Sainte-Anne, onde a escolha da alvenaria de tijolos unidos à pedra, além da proporção entre os cheios (paredes) e os vazios (portas e janelas) tornarem o conjunto com um aspecto mais conventual, fechado em si.



Figuras 14 e 15. Desenho de um dos pavilhões. Imagem retirada de CAIRE, M. Contribution à l'histoire de l'Hospital Sainte-Anne (Paris): des origines au début du XX^e siècle, p. 46. e foto dos pavilhões no começo do séculoXX (imagem fornecida pelo prof. Parada, s.d.).

Pelas ilustrações acima indicadas, é possível verificar as qualidades que o projeto brasileiro apresenta em relação ao original francês: a adequação mais acertada da técnica construtiva empregada, a limpeza e ordenação visual. Diferentemente do Sainte-Anne, que não usa o ferro como elemento estrutural e apresenta uma tectônica muito mais robusta, o Juquery aproveita do novo material (ferro) e com isso permite uma maior sensação de abertura, privilegiando os pátios em contato com a natureza. Vale uma ressalva importante: o projeto original idealizado em 1898 não foi realizado seguindo o projeto original, surgiram alterações discretas, mas importantes que permitiram a “tropicalização” do modelo europeu eclético.

Por fim, ao verificarmos hoje as condições de cada uma das instituições, veremos que ambas sofreram consideráveis alterações em seu conjunto edificado, principalmente quando a técnica médica sobrepujou o espaço físico previamente executado. Enquanto Sainte-Anne foi aos poucos sendo tomada pela necessidade de novas edificações e serviços, onde não houve a preocupação de garantir uma melhor proteção ao conjunto construído e, portanto, alguns prédios-chaves foram alterados ou até suprimidos, como no caso das rotundas laterais, o Juquery sofreu menos alterações visíveis, apesar dos calamitosos anexos e re-utilizações que, em uma escala menor, também descaracterizou o projeto original.

Finalmente, o Sainte-Anne hoje se configura como um espaço médico por excelência, funcionando de forma harmônica entre as velhas construções

que conseguiram sobreviver às alterações anteriores e as construções novas que a medicina moderna aprimorou durante os anos, enquanto o Juquery padece de um “norte” em relação ao patrimônio construído, já que a questão médica envolvida está sendo resolvida de forma mais lógica e pragmática com a construção de um novo Hospital, dispensando o péssimo hábito de adaptar de forma errônea as construções existentes.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, E H. Raça de Gigantes: A Higiene mental e a Imigração no Brasil. In: ANTUNES, E H; BARBOSA, LYGIA H S e PEREIRA, L M F (Orgs.). **Psiquiatria Loucura e Arte: Fragmentos da História Brasileira**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.
- CAIRE, M. **Contribution à l’histoire de l’Hospital Sainte-Anne (Paris): des origines au début du XX° siècle**. Thèse médecine, Paris V, Cochin-Port-Royal, 1981.
- CARVALHO, M C W. **Estudo de Tombamento dos Hospitais do Juqueri (conjunto arquitetônico acervo documental e área verde existente) em Franco da Rocha. n. 21740/81**. CONDEPHAAT, 1986.
- CARVALHO, M C W. **Ramos de Azevedo**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2000. (Artistas Brasileiros 14).
- EVERS, B. **Teoria da Architectura: do renascimento aos nossos dias**. Lisboa: Editora Taschen, 2003.
- FABRIS, A (Org.). **Ecletismo na arquitetura brasileira**. São Paulo: Nobel, Editora da Universidade de São Paulo, 1987.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete, Petrópolis, Editora Vozes, 1987.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite, 6. edição, São Paulo: Editora Perspectiva, 1999.
- PEREIRA, L M F. Os primeiros sessenta anos terapêuticas psiquiátrica no Estado de São Paulo. In: ANTUNES, E H; BARBOSA L H S e PEREIRA, L M F (Orgs.). **Psiquiatria Loucura e Arte: Fragmentos da História Brasileira**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.
- PINTO, J C B. **Arquitetura e Lugar: Edifícios, interstícios e o Espaço Urbano**. Tese de Doutorado em Estruturas Ambientais Urbanas, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2005.

- PIZZOLATO, P. P. B. **O Juquery: sua implantação, projeto arquitetônico e diretrizes para uma nova intervenção.** Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, 2008.
- SEGAWA, H. Casas de Orates. In: ANTUNES, E H. **Psiquiatria Loucura e Arte:** Fragmentos da História Brasileira. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002.

O INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS – FMUSP

André Seixas

Monica L. Zilberman

Neste capítulo, discorreremos sobre o início das atividades do Ipq. Assim, se faz necessário um breve resumo sobre a Psiquiatria Paulista dentro dos domínios da academia, fornecendo então o contexto histórico para seu surgimento.

Em 1918, teve início o curso de psiquiatria, ministrado à primeira turma da nova escola criada, a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Neste período, a cadeira de neuropsiquiatria era regida pelo Dr. Francisco Franco da Rocha, renomado psiquiatra paulista. Em virtude da inexistência de instalações apropriadas, as aulas eram dadas no Hospital de Juqueri. Em outubro de 1923, o Prof. Franco da Rocha solicitou exoneração da cadeira que ocupava, tendo sido assumida mediante contrato, pelo Dr. Enjolras Vampré. Em 1935, com a reforma do ensino médico, a cadeira de Neuropsiquiatria foi desdobrada em Clínica Neurológica e Clínica Psiquiátrica. A cadeira de Clínica Psiquiátrica foi ocupada, interinamente, pelo Prof. Antonio Carlos Pacheco e Silva, professor da mesma cadeira, na recém-criada Escola Paulista de Medicina, atual Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Em 1936, após concurso público o Prof. A. C. Pacheco e Silva assume em definitivo a direção desta clínica. As aulas eram então ministradas no Hospital de Juqueri e nos ambulatórios da Diretoria Geral da Assistência aos Psicopatas. Somente em 1952, as atividades da psiquiatria foram transferidas para edifício próprio junto ao Hospital das Clínicas, no então recém-inaugurado Instituto de Psiquiatria.

O período que antecedeu a elaboração dos planos da construção do IPq também foi marcado por grandes transformações no cenário político nacional, com mudanças da centralização do poder e enfraquecimento da influência paulista no âmbito federal, e no campo da educação, a reforma do ensino superior.

Em outubro de 1930, a supressão da ordem constitucional e o subsequente estabelecimento do Governo Provisório resultaram no progressivo afastamento das lideranças paulistas do núcleo central do poder federal. O crescente isolamento político de São Paulo levaria, dois anos mais tarde, a uma cisão efetiva com a deflagração de uma guerra civil, mais tarde denominada heroicamente como “Revolução Constitucionalista”, que mobilizou as forças paulistas em oposição ao Exército Nacional. A batalha sangrenta, que representou a maior guerra civil da história brasileira, levou de roldão todo o Estado paulista, matando centenas de civis. A destruição

de diversas regiões colocou São Paulo em suspenso, evidenciando a clara ação getulista de retirar do “estado inimigo” o poder que lhe era conferido.

O ano de 1932 mostrou claramente a ferrenha oposição médica à política varguista, e a resposta governamental ao movimento teve várias frentes: desarticulação do projeto médico-sanitário vigente, tomada do prédio da Faculdade por forças legalistas federais, tentativa de transformar o Instituto de Higiene, num quartel militar e, finalmente, nas demissões e dança das cadeiras da Faculdade, inclusive de sua diretoria. Finalmente, cabe registrar o surgimento da Escola Paulista de Medicina, em 1933. (SANTOS e MOTA, 2010).

Mesmo tendo sua organização motivada por questões ligadas ao excedente de números de alunos, um claro crescimento das especialidades médicas e a necessidade de uma descentralização de poder e conhecimentos, como mostra o trabalho de Márcia Regina Barros da Silva, a guerra civil de 1932 arrematou tal perspectiva, criando um novo polo de ensino médico em São Paulo (SILVA, 1998), revelando como essa participação teve um custo que, muito longe do heroísmo norteador narrado, desaguou na derrota de muitos esculápios envolvidos e no declínio de suas carreiras.

Por outro lado, significou a subida ao poder de outros que, mesmo estando no *front*, se revelaram de imensa importância para o projeto getulista que foi se desenhando a partir de então. Isso porque delineavam-se projetos alternativos para o país no sentido de se constituir uma nova forma política de controle social, gerado com o golpe de 1930, ratificado mais tarde com o Estado Novo. Era um momento em que mesclavam-se mudanças corporativas e tecnológicas aos eventos históricos e políticos de imensa relevância:

“generalizou-se a visão de que havia começado uma nova era no Brasil. Não se tratava de alternância de diferentes grupos representativos no comando do Estado; aos olhos da época, chegara ao poder uma proposta política diferente, e, em princípio, capaz de aglutinar segmentos de todas as classes sociais. Entendia-se que havia uma efetiva proposta para a construção de um Brasil Novo, significando a possibilidade de implementação de um projeto universalizante, portador de um arcabouço impregnado do sentimento de regeneração nacional” (SILVA, 2007).

A derrota no campo político, assim como a derrocada econômica provocada pelas perdas com a produção excessiva do café e a quebra da bolsa de Nova York, começariam a ser superadas pela crescente industrialização da cidade e do estado. O poder econômico ofereceria ao estado a capacidade de sustentar um projeto político-intelectual que começava a ser forjado e, mais tardiamente, realizado com a criação da Universidade de São Paulo que englobaria a já existente Faculdade de Medicina.

No âmbito da Educação, mudanças importantes ocorriam neste momento. Data deste período a reforma do ensino superior, através da criação de legislação específica, a chamada “Reforma Francisco Campos”. Em 1931, Francisco Campos, primeiro ministro da Educação, instituiu o *Estatuto das Universidades Brasileiras* pelo decreto nº19.851 (11/04/1931), considerado um marco estrutural do ensino superior no Brasil.

Para se adequar à nova legislação federal, a Faculdade de Medicina precisou reformular seu regulamento com um decreto estadual nº 5351 de 16 de janeiro de 1932. Esta reforma redefiniu, também, a estrutura interna da Faculdade, dando novas regras e rumos para vida acadêmica (MARINHO, 2006). Em 25 de janeiro de 1934, através do decreto nº 6283, é criada a Universidade de São Paulo que incorporou diversas escolas superiores e institutos de pesquisa já existentes e mantidos pelo estado, além da Faculdade de Medicina. A incorporação mudou a natureza jurídica da escola e ampliou de forma definitiva o campo de ação da Faculdade de Medicina no cenário da saúde no Estado de São Paulo.

O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO:

Quando o médico Pedro Dias da Silva assumiu a diretoria da Faculdade de Medicina de São Paulo entre 1924-1930, foram estabelecidos os primeiros contatos no sentido de viabilizar a construção do prédio da Faculdade e de um Hospital de Clínicas. Para isso houve a intermediação de Robert Archibald Lambert, professor contratado de Anatomia Patológica e representante da Fundação Rockefeller. Para que as negociações pudessem frutificar, a Rockefeller propôs a criação na Faculdade com o curso médico em regime de tempo integral e a limitação de número de alunos (MARINHO, 2003). Já o Governo do Estado assumiria o compromisso de construir um hospital para o ensino clínico, o que foi ratificado mediante as leis no. 2016 de 26 de dezembro de 1924; 2128, de 31 de dezembro de 1925, que aprova o decreto nº. 3874, de 11 de julho de 1925 (ANNAES DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO, 1928).

Uma comissão foi formada no sentido de estudar as melhores saídas para a viabilidade do projeto do hospital. Para isso, os professores da Faculdade de Medicina Benedicto Montenegro, Rezende Puech e Ernesto de Souza Campos, percorreram os Estados Unidos, Canadá e Europa, visitando cerca de duzentos institutos médicos, laboratórios de investigação científica e unidades hospitalares, observando serviços prestados como o biotério, casas de força, lavanderias, ventilação, refrigeração, etc.

Em diversos estudos sobre a unidade hospitalar de grande porte realizados, o grande objetivo seria o de, “restituir rapidamente o doente à vida social, verificando-se que os casos crônicos prolongariam demais a estadia do doente”. Para isso propunha que o chamado Hospital Central ou Geral fosse reservado para os casos agudos, e de que nos casos crônicos, e ainda nos agudos de convalescença prolongada, deveriam os doentes ser removidos para hospitais especiais.

A chegada de Getúlio Vargas ao poder trouxe uma nova conjuntura a esse movimento, levada ao cabo a partir de 1934, com a nomeação de Gustavo Capanema e a transição reformista de 13 de janeiro de 1937. A centralização e a retirada de autonomia das instituições médicas e científicas em São Paulo, agora reunidas em torno de algumas instituições do governo federal, se radicalizaram com a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública, que deveria articular políticas com a intenção de construir um aparato governamental capaz de atuar no território brasileiro, coordenando ações em níveis federal, estadual e municipal (HOCHMAN e FONSECA, 2000). Segundo Braga e Paula, tal centralização das políticas de saúde, efetivava-se pela crescente participação de “Assistentes Técnicos do Governo Federal”, verdadeiros interventores do Departamento Nacional de Saúde junto aos serviços estaduais de saúde. Tal processo centralizador junto às reformas implementadas nos serviços de saúde e a criação de várias agências e unidades de serviços, fundamentaram, a partir dos anos de 1930, a constituição de uma política nacional de saúde, mesmo que de maneira limitada, aguardando a próxima etapa do desenvolvimento nacional brasileiro nos anos de 1950. (BRAGA e PAULA, 2006).

Assim, se o prédio da Faculdade de Medicina era inaugurado em 1931, sob as expensas da Fundação Rockefeller, o Hospital das Clínicas era uma incógnita em função do silêncio vindo do governo do estado, então responsável por sua construção. Se pendências orçamentárias eram tratadas como o único óbice para essa construção, não há dúvidas de que havia, paralelamente, um desconforto político ainda vindo da guerra civil. Em 1937, o jornal *O bistruri* publicou um número especial dedicado à campanha em prol da construção do Hospital das Clínicas. Sob o título: “São Paulo necessita do Hospital das Clínicas: não temos, em absoluto, hospitais que preencham as necessidades da assistência e sirvam aos desígnios da fé científica”, o Centro Acadêmico Oswaldo Cruz reuniu uma série de professores da Faculdade de Medicina, apoiadores do movimento e da construção dessa nova instalação (PESSOA, 1937). O argumento da falta de leitos hospitalares e de condições para o ensino era o mote de todos os depoimentos ora realizados.

É nesta conjuntura, que surge a elaboração e concretização do projeto de construção de um instituto de psiquiatria pertencente, mas anexo, ao Hospital das Clínicas para melhor adequação do ensino, assistência e pesquisa da Clínica Psiquiátrica da FMUSP. Em 1939 ante as dificuldades com que se deparava para ministrar o ensino de psiquiatria, o Prof. A. C. Pacheco e Silva enviou uma representação ao Conselho Técnico e à

Congregação da Faculdade de Medicina expõem a necessidade premente de instalações adequadas e modernas para o ensino da especialidade. Expõem que após sua exoneração da Diretoria da Assistência aos Psicopatas não dispunha mais do vasto material clínico, que era utilizado para ilustrar o ensino da psiquiatria até então. Ressaltou ainda que a Cadeira de Psiquiatria não dispunha, a esse tempo, de verba no orçamento da Faculdade de Medicina, o que obrigava o catedrático a fazer, do seu próprio bolso, pequenas despesas imprescindíveis.

Ao longo desta representação, dirigida ao Conselho Técnico e a Congregação da Faculdade, o Prof. A.C. Pacheco e Silva reforçava a importância crescente do ensino da Psiquiatria e a necessidade social da formação de um corpo de médicos especializados em doenças mentais:

“(…) O ensino da Clínica Psiquiátrica deve, hoje, fazer parte das clínicas denominadas fundamentais do curso médico, de caráter formativo, e não constituir uma simples cadeira de especialização, obrigatória, apenas para os médicos candidatos a cargos técnicos de assistência psiquiátrica.”

Em 1921, o estudo de psiquiatria na Faculdade de Medicina ainda era considerado uma disciplina facultativa, disciplina de “clínica psiquiátrica e de moléstias nervosas” com apenas 25 aulas teóricas e práticas, sendo a disciplina com menor carga horária na época, (carta do Centro Acadêmico Osvaldo Cruz – CAOC, de 1921 endereçada ao presidente da república Dr. Epitácio Pessoa; arquivo Pacheco e Silva do Museu Histórico “Prof. Carlos da Silva Lacaz” FMUSP)

Adiante, salientava os motivos da necessidade da construção de instalações adequadas à Clínica Psiquiatria para “(...) manter o nosso ensino médico à altura das suas gloriosas tradições (...)” (Pacheco e Silva, 1976).

“(…) Eis porque é, com a mais profunda preocupação, senhores Membros do Conselho Técnico-Administrativo, que vemos a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo completamente desaparelhada para propiciar aos alunos, sequer, conhecimentos elementares de Clínica Psiquiátrica (...). Se não dispõe de uma única enfermaria, de um só leito, onde possa internar e observar doentes, quanto mais produzir trabalhos à altura do renome da Faculdade (...)” (Pacheco e Silva, 1976)

Foi, ainda, buscar justificativa para o projeto do instituto nas mais diversas faculdades de medicina mundo afora. Descreve o programa de psiquiatria da Universidade de Cornell, em Nova York, com extenso curso em saúde mental que vai do primeiro ao quarto ano do curso de medicina. Citou, também, a Escola Médica de Harvard, onde o curso de psiquiatria

já era obrigatório para todos os estudantes de medicina àquela época, e o exemplo da Universidade de Yale, onde já se ensinava psiquiatria em hospital universitário : “(...) O ensino da Clínica Psiquiátrica, antigamente feito nos asilos públicos, é hoje realizado nas clínicas psiquiátricas universitárias, colocadas nos mesmos edifícios dos hospitais de clínica ou em anexos (...)” (Pacheco e Silva, 1976).

OS PLANOS DA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO:

A efetivação da construção do edifício destinado à Clínica Psiquiátrica deu-se através dos esforços dos professores Jorge Americano e Benedito Montenegro, na década de 40, Reitor da Universidade e Diretor da Faculdade de Medicina, respectivamente, os quais, atendendo os reiterados apelos do Professor Pacheco e Silva, despertaram a devida atenção das autoridades do governo estadual.

Contudo, para que se possa avaliar precisamente as dificuldades encontradas para a construção do Instituto de Psiquiatria, se faz necessário um breve relato sobre as adversidades enfrentadas e soluções encontradas, bem como fatos que colaboraram para a implementação do edifício da Clínica Psiquiátrica.

Em agosto de 1946 teve início uma série de despachos do Prof. Pacheco e Silva direcionados ao diretor da Faculdade de Medicina, Prof. Benedito Montenegro, sobre a necessidade da construção de edifício próprio para a Clínica Psiquiátrica. Tais despachos foram transmitidos, ao então, reitor da Universidade de São Paulo, Prof. Resende Puech, que os encaminhou às autoridades competentes. Até dezembro de 1948, ocorreu troca constante de ofícios entre as duas partes, Faculdade de Medicina e Governo do Estado. Por parte da Faculdade de Medicina, Pacheco e Silva justifica a necessidade da realização da obra através da melhoria do ensino:

“(...) Com justa razão os alunos reclamam contra a deficiência do curso, embora reconhecendo o esforço do professor e dos seus assistentes, que se vêm obrigados, por falta de material, a dar um curso essencialmente teórico, o que é inadmissível numa cadeira de clínica, sobretudo em se tratando de patologia mental (...)” (Pacheco e Silva, s.d.).

Por outro lado, o Governo do Estado, através da figura do secretário de viação e obras públicas, Dr. Caio Dias Batista, justificava a demora da construção, baseando-se na premissa de falta de recursos financeiros pelo qual passava o estado:

“(…) Em consequência do apelo, venho comunicar a Vossa Magnificência que reconheço as razões importantes que inspiraram o citado apelo e meu desejo seria atender a solicitação. No entanto, a situação financeira do Estado exige a mais severa economia nos gastos, sendo indispensável limitar a execução de obras públicas que não tenham urgência absoluta (...)” (Pacheco e Silva, s.d.).

Fica claro pelos despachos por parte do Estado que este não tinha como prioridade ações que visassem melhorias do ensino. Diante desta situação, Pacheco e Silva ainda lançou apelo, justificando que a construção de um prédio destinado à assistência psiquiátrica, poderia solucionar o problema do município não possuir um pronto socorro em saúde mental:

“(…) Peço permissão para ponderar que a conclusão da referida Clínica é medida de urgência absoluta, não só porque o curso da referida clínica, cuja importância no ensino médico é hoje indiscutível, está sendo realizada de forma inadequada e insuficiente, mas porque a instalação daquela Clínica, virá dotar São Paulo de um serviço de pronto socorro aos doentes mentais, cousa que presentemente não existe (...)” (Pacheco e Silva, s.d.).

Este ofício enviado pelo diretor da Faculdade de Medicina ao Reitor, foi transmitido ao secretário da Viação e Obras Públicas que se limitou a responder: “(...) Em vista da difícil situação financeira do Estado, as aludidas obras deverão aguardar oportunidade” (Pacheco e Silva, s.d.).

Em Janeiro do ano seguinte, Pacheco e Silva tomou decisão radical e suspendeu as aulas do primeiro semestre do curso da Clínica Psiquiátrica. Encaminhou, então, ofício ao diretor da Faculdade de Medicina, Prof. Aguiar Pupo, que enviou o seguinte despacho do Prof. Pacheco e Silva ao reitor da Universidade sobre a construção do edifício e ensino de saúde mental:

“(…) Falharam todos os esforços que realizamos junto a Assembléia Legislativa do Estado, que forneceu os necessários créditos para o prosseguimento das obras da Clínica Psiquiátrica durante o ano de 1948, créditos êsses que, entretanto, não foram nelas aplicados. Não tendo sido atendidos, por outro lado, os apelos dirigidos ao Sr. Reitor e ao Sr. Diretor, no sentido de ser a Clínica Psiquiátrica dotada, senão de instalações definitivas, pelo menos provisórias,

de molde a permitir a realização de um curso eficiente, vejo-me, Sr. Diretor, obrigado a comunicar a V.Excia. que, no próximo ano de 1949, não poderei realizar o referido curso enquanto não for a Clínica Psiquiátrica dotada de instalações adequadas (...)” (Pacheco e Silva,s.d.).

Diante do impasse sobre as aulas de psiquiatria o reitor encaminhou ofício ao governador Adhemar de Barros, que emitiu, em 22 de fevereiro de 1949, o seguinte despacho: “(...) De acordo – À Secretaria da Viação para providenciar” (Pacheco e Silva, s.d.). Não obstante as obras continuaram paradas. Em maio de 1949, o diretor da Faculdade de Medicina Renato Locchi enviou, ao reitor, novo ofício ponderando:

“(...) De conformidade com os entendimentos que, juntamente com o Sr. Prof. Dr. Antonio Carlos Pacheco e Silva, catedrático de Clínica Psiquiátrica desta Faculdade, tive com V. Excia. a respeito da necessidade de se apressar as obras da referida clínica, a fim de possibilitar o seu ensino no segundo semestre deste ano, encaminho a V. Excia. junto a este, cópia do ofício que esta Diretoria recebeu daquele professor e também uma carta e avaliação bem como a planta das obras em questão, a fim de que V. Excia se digne providenciar sua execução com a necessária urgência (...)” (despacho do diretor em 18 de maio de 1949) (Pacheco e Silva,s.d.).

Os esforços do professor responsável pela cátedra continuaram, ao ponto dele procurar, pessoalmente, o diretor de obras e o engenheiro responsável da Secretaria da Viação e Obras Públicas, Dr. Alcaide Valls e Dr. Rubens Garcia, respectivamente, para realizar as adaptações necessárias à obra, para que, ainda naquele ano de 1949, fossem construídas instalações minimamente necessárias para realização do curso de psiquiatria no segundo semestre (Pacheco e Silva,s.d.). Em fevereiro de 1950, objetivando o término do Instituto, Pacheco e Silva chegou a propor conseguir verbas junto à Secretaria de Segurança Pública:

“(...) lembrando a possibilidade de se conseguir do Senhor Secretário dos Negócios da Segurança Pública, que acaba de iniciar obra nova para recolher doentes mentais aos cárceres, como vem noticiando na imprensa, no sentido de que a verba seja destinada para conclusão das obras da Clínica Psiquiátrica que poderá abrigar os enfermos mentais e dar-lhes assistência adequada (...)” (Pacheco e Silva,s.d.).

Todos os esforços descritos acima não foram suficientes. O repasse das verbas à universidade por parte do governo era constantemente interrompido

e assim seguiu-se a luta, com diversos despachos e ofícios, com objetivo de finalizar as obras do prédio destinado à clínica psiquiátrica.

Contudo, fato determinante para o término do edifício foi a inusitada e particular interferência por parte de Getúlio Vargas, destinando verbas federais para a finalização das obras. Tal ingerência ocorreu devido ao adoecimento de seu filho caçula, Getúlio Vargas Filho - o Getulinho, com paralisia medular ascendente, da qual veio a falecer posteriormente. Pacheco e Silva foi um dos médicos da equipe que tratou de Getulinho, aproximando-o assim de Getúlio Vargas, então presidente do Brasil em seu segundo mandato (1951-1954). Este episódio possibilitou a Pacheco e Silva relatar para o Presidente da República sobre a precariedade do estabelecimento da Clínica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas para a devida assistência de doentes mentais na cidade de São Paulo. Esta proximidade do Presidente, associada ao momento delicado da vida pessoal de Vargas, possibilitou com que este passasse a destinar, para a Clínica Psiquiátrica, verbas federais para finalização das obras (Pacheco e Silva Filho, comunicação pessoal 2012).

Data dos planos iniciais do Hospital das Clínicas, elaborados pelos Professores Rezende Puech e Souza Campos, que a Clínica Psiquiátrica seria construída em edifício separado do Instituto Central, fato justificado pela natureza dos doentes a serem tratados nesta clínica.

Foi através do decreto-lei nº 14.456 de 11 de janeiro de 1945, que deu início à construção do atual prédio do Instituto de Psiquiatria, inaugurado em 1952, tornando-se assim, o primeiro instituto especializado, anexo ao prédio central, do complexo do Hospital das Clínicas (MARINHO, 2006). Porém, somente em 1963 foi posta em funcionamento a 6ª e última enfermaria do Instituto, totalizando assim, 272 leitos para assistência de pacientes internados (Pacheco e Silva, 1976).

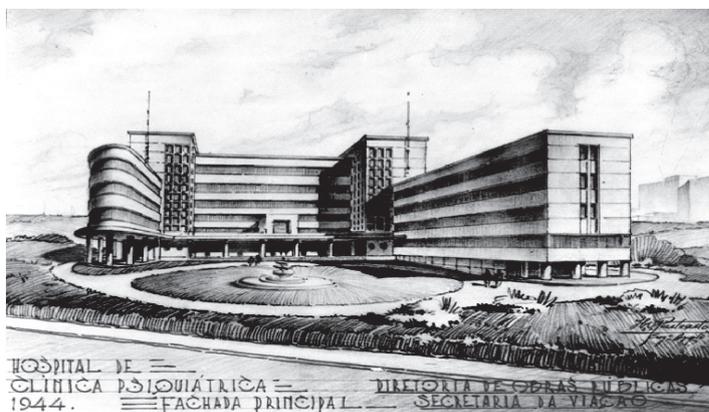


Figura 1. Croqui da Fachada Principal do Instituto de Psiquiatria da FMUSP - 1944. (fonte: Arquivo Pacheco e Silva do Museu Histórico “Carlos da Silva Lacaz” da FMUSP).



Figura 2. Obras do Instituto de Psiquiatria da FMUSP (fonte: Arquivo Pacheco e Silva do Museu Histórico “Carlos da Silva Lacaz” da FMUSP).



Figura 3. Instituto de Psiquiatria da FMUSP (fonte: Arquivo Pacheco e Silva do Museu Histórico “Carlos da Silva Lacaz” da FMUSP).

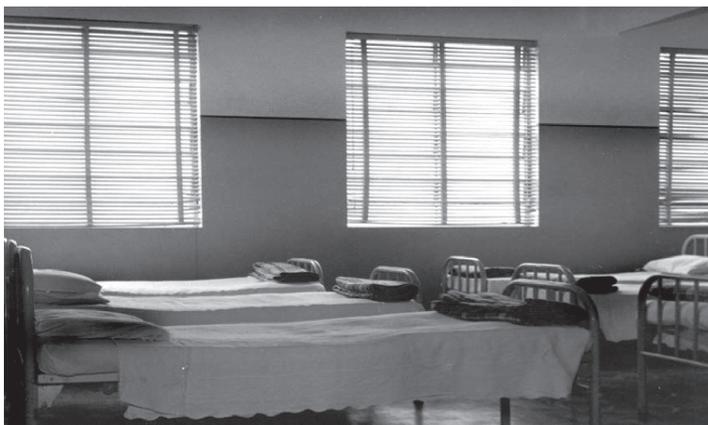


Figura 4. Enfermaria do Instituto de Psiquiatria da FMUSP – década de 50 (fonte: Arquivo Pacheco e Silva do Museu Histórico “Carlos da Silva Lacaz” da FMUSP).

Antes de dar início às atividades da Clínica Psiquiátrica no atual prédio, foi montado, a título precário e por tempo indeterminado, um ambulatório de saúde mental, instalado no 4º andar do prédio central do Hospital das Clínicas, na enfermaria de Moléstias Infecciosas, espaço este cedido pelo Prof. Celestino Bourroul, após solicitação do Prof. Pacheco e Silva à superintendência do hospital (despacho de 24 de setembro de 1947, Conselho Deliberativo HC-FMUSP).

À época do início de sua construção, o Instituto fora concebido para receber unicamente casos agudos. Planejado muitos anos antes e construído vagarosamente, quando foi inaugurado contava ainda com salas destinadas à balneoterapia, algo já ultrapassado como recurso terapêutico à época, sendo assim retiradas as banheiras para ampliar o espaço das enfermarias. É deste mesmo período a ideia de um pronto-socorro psiquiátrico no Instituto, que nunca foi concretizada devido a problemas administrativos e ao receio do IPq tornar-se depositário de todo e qualquer caso psiquiátrico do estado de São Paulo e até mesmo de outros estados (ata nº 798 – item 1º, 10 de outubro de 1962, Conselho Deliberativo HC-FMUSP; AMARO, 2003).

Por outro lado, apesar da lentidão para finalização da construção, o Instituto, já na década de 1950, correspondia às expectativas e diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomendava a internação de doentes mentais em hospitais menores, de 100 a 300 leitos visando a desospitalização ou desinstitucionalização (OMS, 1953).

Importante centro de tratamento, ensino e pesquisa das ciências em saúde mental nos dias atuais, o Instituto de Psiquiatria iniciou suas atividades em uma época onde não havia atendimento de saúde mental em hospital geral, tendo representado um marco na Psiquiatria Paulista e Brasileira (AMARO, 2003). Sendo assim, desde seu início, o Instituto contrastava em relação às outras instituições destinadas ao tratamento das doenças mentais.

A partir da inauguração do Instituto o ensino de psiquiatria passou a ser realizado em prédio próprio. Assim cresceu o número de psiquiatras, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos e outros técnicos, necessários às exigências inerentes ao serviço. A cátedra passou a ser constituída de professor catedrático: Prof. Dr. Antonio Carlos Pacheco e Silva; professor associado: Prof. Dr. Fernando de Oliveira Bastos; professores assistentes: Prof. Dr. João Carvalho Ribas e Prof. Dr. José Roberto de Albuquerque Fortes; instrutores: Dr. Públio Salles Silva e Dr. Paulo de Camargo. O corpo clínico, pertencente ao quadro do Hospital das Clínicas constava de 9 médicos assistentes, 4 médicos adjuntos, 4 médicos auxiliares e 8 médicos com função gratificada. Em 1953, a cadeira foi desdobrada, passando a ministrar as aulas de psicologia médica e medicina psicossomática para quarto ano e aulas de clínica psiquiátrica para o quinto ano do curso de medicina. Os cursos de psiquiatria e enfermagem psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo também eram realizados nas dependências do Instituto.

Do ponto de vista científico, o Instituto também apresentava orientação que visava acompanhar as inovações da época. Em 1952, sediou o 1º Congresso Panamericano de Criminologia. Neste mesmo ano, com a descoberta da clorpromazina, psicofármacos passaram a ser usados no tratamento dos pacientes atendidos na Clínica Psiquiátrica, proporcionando assim, uma revolução na evolução e prognóstico dos enfermos. Em 1953, o Instituto recebeu o Prof. Hugo Cerletti (Itália), com recursos provenientes da Faculdade de Medicina e do Itamaraty, para ministrar palestra sobre as descobertas relacionadas à eletroconvulsoterapia (ECT), que já era utilizada em nosso meio (ata nº 326, de 12 de março de 1953, Conselho Deliberativo HC-FMUSP; RIGONATTI, 2004). Em 1954 sediou o Congresso Internacional da Federação Mundial para Saúde Mental recebendo, o então presidente da entidade, Prof. Rees. O evento contou com a grande participação de profissionais, não só da psiquiatria como da medicina legal e da psicanálise, como descreve o psiquiatra e psicanalista Antônio Carlos Pacheco e Silva Filho (Pacheco e Silva Filho, comunicação pessoal 2012).

Desde o início de suas atividades assistenciais, o Instituto teve um departamento de Serviço Social estruturado para o estudo de casos sob o ponto de vista do diagnóstico social e intervenção junto aos familiares. Já o setor de terapia ocupacional teve seu início posteriormente, na década de 60, enfocando o tratamento através da reabilitação social e ocupacional. O Serviço de Psicologia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, como entidade oficialmente institucionalizada, iniciou suas atividades em 1977. Contudo, atividades assistenciais de psicoterapia, bem como seu ensino, já existiam desde a década de 60 (PACHECO E SILVA, 1976; AMARO, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A construção do Instituto de Psiquiatria no complexo hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP imprimiu novos rumos à assistência, ao ensino e à pesquisa em saúde mental no estado de São Paulo. Atendimentos ambulatoriais e nas enfermarias que anteriormente eram realizados em hospitais tipo asilares passaram a ser feitos em edifício anexo ao hospital geral, aproximando assim, a clínica psiquiátrica das demais especialidades médicas.

A melhoria da assistência em saúde mental, com o surgimento do Instituto de Psiquiatria, também possibilitou um incremento na qualidade do ensino. Assim, ao longo das décadas seguintes, a psiquiatria foi aumentando sua carga horária e sua importância no ensino médico da FMUSP.

A utilização de material para as aulas práticas, estudos minuciosos de casos enriquecidos com a disponibilidade de preciosos recursos subsidiários criaram, desde cedo, condições objetivas para a realização de pesquisas e publicação de trabalhos, monografias e teses que foram aparecendo nos anos que se seguiram. Ao longo das décadas seguintes, o Instituto foi se modernizando e se atualizando, acompanhando as transformações dos tratamentos aos enfermos e tornando o ensino em saúde mental uma referência em nosso País.

REFERÊNCIAS

- AMARO, J.W.F. A História do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. In: **Rev. Psiq. Clín.** 2003;30 (2): 44-71.
- AMARO, J.W.F. (psiquiatra e psicanalista). **Comunicação pessoal**, 2012.
- ANNAES da Faculdade de Medicina de São Paulo: **Notas para a Memória Histórica da Faculdade de Medicina de São Paulo**. 3º vol., 1928.
- ATA DA SUPERINTENDENCIA DO HOSPITAL DAS CLINICAS - Arquivo do Conselho Deliberativo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- BRAGA J.C.S e PAULA, S.G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.p.54-5.
- CARTA DO CENTRO ACADEMICO OSVALDO CRUZ – CAOC, de 1921 (endereçoada ao presidente da república Dr. Epiácio Pessoa) (arquivo Pacheco e Silva do Museu Histórico “Prof. Carlos da Silva Lacaz” FMUSP.
- HOCHMAN, G e FONSECA, C. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In:

- GOMES, A.C. **Capanema: o ministro e seu ministério**. Rio de Janeiro: FGV ed., 2000.
- MARINHO M.G.S.M.C. **Elites em Negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)**. Bragança Paulista, São Paulo: EDUSF; 2003.
- MARINHO M.G.S.M.C. **Trajetória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: aspectos históricos da “Casa de Arnaldo”**. São Paulo: FMUSP, 2006.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. **O Hospital Moderno de Psiquiatria. Notícias para publicação – Repartição Sanitária Panamericana – Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde**. Washington, DC, 11 de dezembro de 1953. (Arquivo Pacheco e Silva do Museu Histórico “Carlos da Silva Lacaz” da FMUSP)
- PACHECO E SILVA, A.C. **Memória histórica sobre a psiquiatria brasileira particularmente em São Paulo**. Obra premiada pela “Associação dos antigos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – história da Medicina – 1976.
- PACHECO E SILVA, A.C. **Grande luta em prol de um ideal – A Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, (Arquivo Pacheco e Silva. Museu Histórico “Carlos da Silva Lacaz” da FMUSP), s.d.
- PACHECO E SILVA FILHO, A.C. (psiquiatra e psicanalista). **Comunicação pessoal, 2012**.
- PESSOA, S.B. (remissiva) In : **O Bisturi**. São Paulo, ano V, nº 23, 1937.
- RIGONATTI, S.P. História dos tratamentos biológicos. In : **Rev. Psiq. Clín.** 2004; 31 (5): 210-212.
- SANTOS, M.C, MOTA, A. **São Paulo 1932: memória, mito e identidade**. São Paulo: Alameda, 2010.
- SILVA, M.R.B. **Construindo uma instituição: Escola Paulista de Medicina 1933-1956**. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, FFLCH; 1998.
- SILVA, M.R.B. O processo de urbanização paulista: a medicina e o crescimento da cidade moderna. In : **Revista Brasileira de História**. 2007; 27: 243-66.

ESCOLA PACHECO E SILVA: PROPOSTAS PARA A INFÂNCIA PAULISTA

Lia Novaes Serra
Ianni Régia Scarcelli

*“A infância é a idade de ouro da higiene mental”
(William White)*

Do completo abandono no período colonial à centralidade nas políticas na Primeira República, as crianças se tornavam importantes para a constituição do país. Interessados na profilaxia das doenças, os médicos higienistas extrapolaram as funções exercidas nos hospitais para auxiliar a criação de novas práticas de educação e higiene mental. Projetos de intervenção eram implementados em todas as grandes cidades, adentrando famílias, trabalhos, escolas ¹.

É seguindo esse investimento e institucionalização da infância no estado de São Paulo que buscaremos, nesse capítulo, compreender como a preocupação em lidar com a anormalidade infantil, tomaram-se, na década de 1930, diversas medidas assistenciais, públicas e privadas que culminaram com a edificação da Escola Pacheco e Silva, no Hospital do Juquery.

IDEAL DE PAULISTA:

Embrenhados com o projeto nacionalista de constituição racial, boa parte dos médicos almejava que a ciência psiquiátrica se tornasse uma ciência educativa, de medidas preventivas, que pudesse atuar sobre os indivíduos e as coletividades. Uma das consequências dessa pretensão foi transformar a infância em tema prioritário do Estado republicano;

por meio da prevenção, os “homens da ciência” ² buscavam garantir a saúde física e psíquica das futuras gerações (FERREIRA, 2009).

Segundo os médicos higienistas, a infância deveria ser disciplinada – devia-se aproveitar esse período em que sua “alma é ainda dócil” e reprimir-lhe qualquer gesto de desonestidade. De acordo com Costa (2004),

-
- 1 REIS, J. De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. In: **História da Ciência Saúde-Manguinhos**; 7 (1): 135-57, Jun. 2000.
 - 2 Termo emprestado de SCHWARCZ, L. K. M. (1993). **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e pensamento racial no Brasil. 1870-1930.**

o objetivo explícito da pedagogia higiênica era, ao fim e ao cabo, criar homens adequados à ordem médica pelo condicionamento dos hábitos.

Como ramo da higiene geral, a puericultura mostrou-se capaz de moldar e de prevenir as moléstias ao implementar hábitos alimentares e morais, ao inspecionar os cuidados no pré-natal e tudo o que fosse possível para a melhoria racial³. Com efeito, o discurso o médico buscava articular saúde infantil e hereditariedade, na tentativa de garantir o destino do país. Muitas mudanças foram incorporadas ao cotidiano dos cidadãos, pautadas pela moralização e eugeniação da família (MOTA & SCHRAIBER, 2009).

Pacheco e Silva⁴ era representante desse grupo médico engajado na difusão dos preceitos da higiene mental desde a vida uterina do bebê. Reunidos em torno da Liga Paulista de Higiene Mental (LPHM), Pacheco e Silva, Franco da Rocha, Vicente Baptista, Marcondes Vieira, Ferraz Alvim, entre outros psiquiatras importantes do cenário estadual fomentavam as discussões sobre a saúde da criança. O grupo criou o “*Boletim de Higiene Mental*” justamente para informar e orientar a educação das crianças a fim de prevenir e tratar possíveis “anormalidades” no desenvolvimento infantil, como se pode observar em um exemplar, dessa publicação algumas “*notas pedagógicas*” escritas por Vicente Batispta:

“Desde o nascimento, o pequenino ser é, com seus característicos próprios, uma individualidade inconfundível. Enquanto o limite do normal psíquico não é ultrapassado, resultam apenas insignificantes divergências pessoais que dão origem aos vários tipos infantis. As crianças de sistema nervoso bem equilibrado reagem às solicitações do mundo exterior com vivacidade ora maior, ora menor. Entre os indivíduos anormaes (que exigem uma técnica especial de educação) e os normais com reações exageradas, existe uma larga escala intermediária” (BAPTISTA, 1929, p. 1).

A LPHM tinha como sede o Hospital do Juquery, justamente no período em que Pacheco e Silva era diretor do complexo hospitalar (1923-1937). Grande empreendedor, em sua gestão, além do investimento nas publicações, a assistência à infância ganhou corpo. Em 1929, inaugurou-se um pavilhão especial para os “menores anormais”⁵, dedicado a seu tratamento médico-pedagógico, como medida de prevenção à perversidade e às práticas antissociais.

Idealizada por Pacheco e Silva, a Escola visava tratar dos meninos que apresentavam condutas consideradas “anormais”, por meio de sua reclusão.

3 Segundo Novaes (2009, p. 123), a puericultura é o ramo das ciências médicas que se ocupa das crianças no início da vida e “se propõe a normatizar todos os aspectos que dizem respeito à melhor forma de se cuidar de crianças, tendo em vista uma saúde perfeita”.

4 Cf. *Boletim de Higiene Mental*, 1929, nº 9.

5 O termo “menores” aparece no Código de Menores de 1917 para designar os infantes encontrados em situação de abandono, os vadios, que se recusam à instrução ou ao trabalho, pequenos mendigos, que pedem esmola, e os libertinos, envoltos em obscenidades.

Ainda pouco estudada, a internação das crianças na Escola Pacheco e Silva permite levantar hipóteses sobre as possíveis ressonâncias no cuidado e da assistência à infância na atualidade.

Bastante presente nas discussões e na criação de políticas para o tratamento dos menores de São Paulo, Pacheco e Silva participou de espaços importantes nos governos estadual e federal – foi deputado da Assembléia Nacional Constituinte, em 1934, e na Assembléia Legislativa de São Paulo, em 1935 –, tornando a infância um dos campos privilegiados de sua atuação no âmbito político e acadêmico.

Boa parte de seus escritos da década de 1930, que hoje integram o acervo do “*Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz - FMUSP*”, é dedicada à investigação da infância “anormal” segundo os preceitos da higiene mental. Interessava ao autor compreender a emergência dos menores abandonados e delinquentes na cena paulista da primeira metade do século XX. Como e por que apareciam crianças de comportamento antissocial na sociedade? Seriam eles frutos de relações indesejáveis aos olhos dos higienistas? Como prevenir e como tratar esses pequenos infelizes?

As respostas surgiam pelo recente interesse da medicina em educar a população. Se tivessem esses menores “anormais” uma educação adequada, que privilegiasse suas necessidades especiais, provavelmente a sociedade estaria a salvo das aflições que eles causavam. Pacheco e Silva, como muitos outros higienistas, acreditava que o país deveria ter como pauta principal a dedicação à infância, assim como vinha acontecendo na Europa.

“Nação nova, onde tanto há ainda por fazer em matéria de higiene infantil, o Brasil não pode, neste momento em que as Nações do mundo inteiro têm as suas vistas voltadas para os problemas de fisiologia e patologia infantis, descuidar dessa questão” (PACHECO E SILVA, [ca. 1934], p. 1).

De acordo com Pacheco e Silva, se antes o modelo de tratamento era o socorro aos menores “anormais”, o foco agora deveriam ser as medidas de caráter profilático como ângulo do cuidado médico-pedagógico. Nesse contexto, as providências profiláticas se baseavam nas leis da higiene mental e da eugenia. Ele almejava organizar alguns serviços de assistência psiquiátrica, psicológica e assistencial que pudessem triar, prevenir e tratar os desvios de “anormalidade” na infância (PACHECO E SILVA, [ca. 1934]; PACHECO E SILVA, 1929).

Para tanto, Pacheco e Silva (1929) buscava articular certa parcela da elite paulista e do governo estadual para encampar seus projetos de assistência à infância “anormal”. Com focos de investimento público e privado, São Paulo poderia consolidar instituições suficientes para lidar com as 20 mil crianças que precisavam de tratamento no estado.

Profundo conhecedor do modelo de cuidado adotado em países como Estados Unidos, Alemanha, França, Argentina, Bélgica etc., Pacheco e Silva estava permanentemente atualizado com o que ocorria nas instituições particulares e públicas mundo afora. Em artigos e palestras, relatou diversas dessas visitas e suas observações a respeito. Percebe-se que também estava interessado em fortalecer o setor público e privado, em São Paulo, pelas notícias do cenário internacional.

Em palestra aos membros do Rotary Club de São Paulo, em 1929, intentava mobilizar os ouvintes para a criação de novos estabelecimentos privados para os menores. Ressaltou a importância da participação do Rotary na elaboração de projetos para os problemas sociais enfrentados pelo estado, sobretudo no que se referia à infância. Assim, acreditava que, tal como em instituições similares nos Estados Unidos e na Europa, o Rotary Club de São Paulo poderia promover ainda mais ações para a proteção das crianças:

“Reuni alguns dados sobre essas instituições e serviços sociais para menores abandonados existentes no estrangeiro, que tenho a honra de transmitir ao prof. Cantídio de Moura Campos, digníssimo presidente da comissão de menores, certo de que o Rotary, ocupando-se dessa questão, prestará um grande serviço a São Paulo, realizando ao mesmo tempo um ato de alta significação rotariana” (PACHECO E SILVA, 1929, p. 2).

Para ele, cabia também às autoridades públicas organizar os serviços de assistência aos menores, sobretudo aos “anormais”, a exemplo da constituição do Juizado de Menores e da construção de abrigos, institutos de pesquisa e da própria Escola Pacheco e Silva, até 1929. Contudo, para estender a assistência a todas as crianças paulistas que dela necessitavam, era mister criar outros estabelecimentos:

“Tais como a escola de preservação, os patronatos destinados à instrução profissional, os estabelecimentos rurais para o emprego de menores no trabalho agrícola, são índices evidentes do esforço empreendido para dotar São Paulo de um perfeito aparelhamento destinado a socorrer os menores” (PACHECO E SILVA, 1929, p. 3).

Naquela época, os pequenos “anormais” eram tratados de duas formas, no estado de São Paulo: pelos serviços abertos e pelas instituições fechadas. As crianças que apresentassem comportamentos antissociais eram observadas pelo Juizado de Menores, onde eram submetidas a exames físicos, mentais e morais. Pacheco e Silva ressalta que fazer a vigilância e identificação dos “anormais”, assim como as pesquisas que investigavam as “causas sociais ou mórbidas que levavam os menores a se afastarem

das regras do bem viver”, era da competência das autoridades públicas (PACHECO E SILVA, 1929, p. 3).

Ademais, a “inspeção médica”, segundo Patto (1999 [a], p. 332), ocorria em qualquer espaço educacional, até mesmo nas escolas primárias, complementares ou profissionais. As crianças diagnosticadas como moral ou intelectualmente incapazes ou que apresentavam desatenção, instabilidade, agitação ou apatia deveriam ser encaminhadas aos Juizados de Menores.

Além disso, os institutos de pesquisas, como os Juizados de Menores, deveriam estudar e classificar as causas da “anormalidade” na infância e indicar o “corretivo” apropriado. Os centros de conselhos médico-pedagógico participariam da divulgação dos princípios da higiene para o público leigo – pais, professores e responsáveis –, que poderiam ajudar na educação das crianças (PACHECO E SILVA, [ca. 1938]).

Em poucos anos, Pacheco e Silva (1929) esperava que os serviços de proteção e assistência aos menores de São Paulo pudessem selecionar e dividir as crianças “difíceis” em três grupos:

“1) Dos menores reconhecidamente anormais, portadores de anomalias físicas, cujo estado reclame antes de tudo cuidados médicos. Estes, quer sejam educáveis, quer não, serão encaminhados para o Hospital do Juquery, onde já há elementos para que os do sexo masculino sejam devidamente assistidos.

2) Dos menores do sexo masculino que não apresentem grandes desordens físicas, mas que, em virtude de fatores hereditários e de uma educação viciosa, se mostrarem incorrigíveis, instáveis, inadaptáveis aos estabelecimentos destinados às crianças normais. Estes seriam encaminhados para os Institutos Disciplinares e para as colônias agrícolas, em vias de organização. As menores do sexo feminino serão recolhidas ao reformatório para meninas, cuja construção já vai adiantada em terrenos anexos ao Instituto Disciplinar desta cidade.

3) Finalmente, num terceiro e último grupo, figurariam os meninos e meninas de boa índole, adaptáveis aos institutos particulares, mas que se desviassem da vida normal por motivos de ordem social” (PACHECO E SILVA, 1929, p. 3).

Por essa descrição, pode-se perceber que os menores com qualquer tipo de anormalidade física deveriam ser enviados ao Hospital do Juquery, ou aos Institutos Disciplinares, onde já havia um local destinado a essas crianças. As crianças “difíceis”, “psicopatas”, “anormais” etc. passariam por reeducação e pelo aprendizado de trabalhos manuais. Por fim, as crianças menos trabalhosas, e provavelmente as mais ricas, poderiam ser tratadas nos institutos particulares e, que Pacheco e Silva tanto investira.

INSTITUIÇÕES TOTAIS:

A depender do diagnóstico, e também da classe social, seriam os menores tratados em instituições abertas ou fechadas. Os “débeis mentais” progrediam nas instituições de tratamento aberto. Já os psicopatas, em geral, necessitavam de assistência fechada, ou seja, em asilos, escolas, institutos profissionais e colônias agrícolas.

“[...] com a assistência aberta, o psicopata continua em seu meio, no próprio lar, quase sempre ninho de outras neuroses, sujeito ao contágio mental, em contínuo conflito com a **entourage**, inclinado às fugas em más companhias, tendo diante de si todas as perigosas tentações da rua. As particularidades do seu caráter fazem-no presa fácil dos vícios e, passo a passo, penetra na sombria vereda do crime. Ao menos sob esse ponto de vista, de preservá-lo das perversões e de preservar a sociedade de suas eventuais práticas daninhas, justifica-se a internação” (PACHECO E SILVA, [ca. 1938]. p. 14, grifo nosso).

De modo geral, essas instituições procediam à completa reclusão e segregação dos menores. Denominadas “instituições totais” por Erving Goffman (2007), as instituições fechadas ou totais seriam um híbrido social que conciliaria num mesmo local uma população residente e uma trabalhadora, que permaneceriam ausentes da sociedade mais ampla durante algum tempo. Ali, a vida era restrita e formalmente administrada: dormia-se, brincava-se e trabalhava-se no mesmo lugar.

Segundo Yokomiso (2007, p. 24.), as instituições totais eram regidas por dois princípios: o afastamento da região central da cidade e a “organização de sua estrutura interna com vista a suprimir as mazelas higiênicas e a instaurar a ordem e a disciplina”. Assim, o novo pavilhão construído no Hospital do Juquery em 1929 pode ser considerado exemplo do modelo das instituições fechadas analisadas por Goffman (2007).

Pacheco e Silva angariou fundos para a construção de um local específico para tratar os menores “anormais”, que estaria pautado na exclusão “temporária” desses pequenos. Apesar de se mostrar bastante pessimista em relação as “anormalidades” mais graves, acreditava que a educação especializada, em lugar apropriado, poderia criar condições para regenerar a formação moral e a conduta antissocial desses menores (PACHECO E SILVA, [ca. 1938]).

Severo crítico do “desleixo” das gerações anteriores para a infância, Pacheco e Silva transitava por órgãos governamentais a fim de pautar a criação de novos estabelecimentos para a assistência à infância “anormal”. Em alguns textos, expõe claramente sua divergência da falta de políticas para as crianças dos governos anteriores.

“As passadas gerações não se preocuparam com esse importante ramo da assistência social, deixando pesados encargos à atual, que se vê, de um momento para o outro, a braços com um sério problema que se apresenta, agora, pelo vulto e complexidade, de grave e difícil solução. Si essa magna questão, de grande interesse social, houvesse merecido a atenção dos Governos passados, por certo as dificuldades que se nos deparariam não seriam tão sérias como as que agora se verificam. Tal fato, longe de fazer com que se protelesse ainda por mais tempo o início das medidas preliminares visando a organização de uma assistência a menores condigna da nossa cultura e progresso, deve antes servir de exemplo, para que não prossigamos no critério, até aqui seguido, de adiamento das providências que se fazem imprescindíveis, sob pretexto econômico ou qualquer outro” (PACHECO E SILVA, [ca. 1934], p. 1).

Sabe-se que, em 1934, Pacheco e Silva participou da Assembléia Nacional Constituinte, quando os debates sobre a situação das crianças no Brasil foram fundamentais para a elaboração daquela Constituição Federal. Os médicos tiveram presença significativa no plenário e, a partir de sua fundamentação científica, concorreram para a criação de diagnósticos e a formulação de projetos de intervenção na infância.

A Constituição Federal de 1934 representava um conjunto de medidas que deveriam ser aplicadas ao país para a construção do regime democrático. Entre os cerca de 250 signatários da Carta, havia na Assembléia Nacional Constituinte 70 médicos, a quem cumpria identificar as mazelas, diagnosticar e prescrever a solução para curar a população brasileira (MOURA, 2009, p. 23).

Pacheco e Silva se mostrava interessado nos projetos de constituição de uma nacionalidade, em que incluiria a infância como foco principal da profilaxia e da regeneração. Com base nas diretrizes da higiene mental e da eugenia, suas propostas de intervenção não poderiam deixar de ter a marca dos ideais eugênicos:

“Cumpre-nos adotar um programa de defesa nacional da saúde, encarado sob os seus mais diversos aspectos, baseando-nos em fundamentos de ordem eugênica racial e social, como se faz hoje nos países mais adiantados do mundo. Devemos criar a nossa antropologia política, proporcionar meios para que o ambiente em que vive o nosso povo seja mais propício à saúde, velar pelas leis que regem a transmissão dos fatores hereditários às gerações futuras” (ASSEMBLEIA..., 1935-1936 ⁶ apud MOURA, 2009, p. 24).

6 ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE. Congresso Nacional. **Annaes da Assembléia Nacional Constituinte**. Organizados pela Redação dos Anaes e Documentos Parlamentares. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1935-1936, v. 8, p. 225.

No que tocante à infância, a Carta Magna de 1934 apresentava os regimentos que a União, os estados e os municípios deveriam seguir para cuidar, sobretudo, dos menores – uma clara referência às crianças pobres. Cabia às instâncias governamentais difundir a educação eugênica, estimular a higiene e prevenir a propagação de doenças transmissíveis, pelo exame pré-nupcial (MOURA, 2009).

Nesse sentido, pode-se considerar que as discussões sobre a infância que permeavam o âmbito político na década de 1930 se apoiavam no saber médico que se constituía no país. Pacheco e Silva, que desde 1923 assumira a direção do Hospital do Juquery, trazia para o interior do estabelecimento o ideal eugênico e higienista como principais aportes científicos.

Já em 1929, Pacheco e Silva lograra construir um pavilhão de internação especial para os menores “anormais” no Hospital do Juquery. Denominado Escola Pacheco e Silva, o pavilhão era parte das novas políticas de caráter eugenista e higienista que circulavam na cena médica brasileira. Assim, para compreender os espaços criados por Pacheco e Silva no Hospital do Juquery especialmente para atender à infância, faremos uma breve digressão sobre a passagem da direção administrativa de Franco da Rocha a seu sucessor. Qual terá sido o legado do primeiro diretor da instituição ao jovem Pacheco e Silva?

ENTRE FRANCO DA ROCHA E PACHECO E SILVA:

Uma das características do tratamento médico-pedagógico para os menores “anormais” era o incentivo ao trabalho, ou o exercício de uma “profissão honesta”, que poderia ser desenvolvido num espaço adequado, como as colônias agrícolas do Juquery. O trabalho, de acordo com Pacheco e Silva, era considerado:

“[...] importante parte do tratamento, além de sua incontestável utilidade ao futuro do educando, serve-lhe como escola de disciplina, auxiliando, pela criação de reflexos condicionados, a substituição de impulsos congênitos anômalos por atividades compatíveis com a vida social. Compreendendo isto, a ‘Assistência Geral a Psicopatas’ criou o ‘Serviço de Ergoterapia’ para os insanos e os menores anormais” (PACHECO E SILVA, [ca. 1938], p. 15).

Antes de Pacheco e Silva, o alienismo do final do século XX no Brasil destacou a laborterapia como uma das principais formas de tratamento dos pacientes psiquiátricos. A terapêutica do trabalho consistia no uso da mão de obra dos internos para a realização de benfeitorias dentro do hospício, como construção e manutenção de instalações e produção de bens para consumo interno.

Franco da Rocha adotou a laborterapia no Hospital do Juquery, desde a sua inauguração, em 1898. O tratamento desenvolvido nas colônias agrícolas do Juquery pretendia “harmonizar” a loucura pelo asilamento próximo à natureza, onde os internos poderiam ser reeducados pelo trabalho. Nesse período em que foi diretor do então Hospício do Juquery, foi criada a Seção de Ergoterapia, que gerenciava a Seção de Obras Novas.

“A racionalidade alienista inscrita no resultado terapêutico do ar livre e no benéfico efeito moral que a visão do produto do próprio trabalho proporciona aos doentes sofre uma retradução para servir às necessidade econômicas de viabilização de uma instituição pública de prestação de serviços. Se os loucos se sustentam, aliviam o estado do pesado ônus a que corresponde sua guarda” (PEREIRA, 1995, p. 92).

Idealizado pelo próprio Franco da Rocha, o Hospício do Juquery previa a instauração de um clima rural, fora da zona urbana, para a internação de pacientes oriundos das mais diversas regiões do estado. Tratados ali, os internos poderiam recuperar sua força e “normalidade” mental pelas práticas da laborterapia, nas colônias agrícolas, ou pelas terapias químicas aplicadas. O discurso dos alienistas pressupunha a “curabilidade” do paciente, ao mesmo tempo em que o termo “incurável” era aplicado à maioria dos internos, em aparente contradição com os argumentos “científicos” (CUNHA, 1988).

O complexo asilar era composto por um prédio central, destinado à triagem dos recém-chegados e ao tratamento dos pacientes agudos, e as colônias agrícolas, pelos campos de trabalho rural, onde se devolviam as técnicas de laborterapia. Era considerado um modelo misto de assistência, que aliava as terapias químicas e mecânicas da medicina mental à laborterapia e ao tratamento moral do asilo clássico (CUNHA, 1988; 1990; PEREIRA, 1995).

“A intenção era de que, através do trabalho “terapêutico” dos internos, se atingisse o estágio da auto-suficiência e, possivelmente, mesmo um pequeno excedente destinado ao mercado. O louco, que constituía até então um ônus sobre os ombros dos governos ou da família, seria de alguma forma reintegrado a um circuito produtivo e arcaria com o custo da própria subsistência – condição, aliás, indispensável para que se pudesse ampliar a escala da assistência” (CUNHA, 1988, p. 70).

Nas primeiras décadas de sua existência, o Juquery poderia ser considerado um espaço para a recuperação dos degenerados, daqueles que estavam a caminho da loucura, pelo uso da disciplina, do trabalho, do

revigoramento de práticas sociais e culturais. Já sob a direção de Pacheco e Silva, as teses eugênicas e a perspectiva higienista adentram a instituição com tamanha força, que os traços da nova vocação “fascista” se tornaram bem mais evidentes (CUNHA, 1999, p. 209).

Com a aposentadoria de Franco da Rocha, em 1923, Pacheco e Silva assumiu a direção do Hospício. Uma das primeiras medidas de sua gestão foi mudar o nome para Hospital do Juquery, reflexo da intenção de reaproximar a psiquiatria da medicina. Para Franco da Rocha, o jovem que o substituiria seria capaz de resgatar o projeto mais científico de tratamento dos degenerados, que perdera a força com o passar dos anos no estado de São Paulo (PEREIRA, 1995): “Procurei um homem moço, correto, de moral irrepreensível e grande estudioso, cientista por temperamento e capaz de sacrificar-se por amor à ciência” (ROCHA, 1923⁷ apud CAMARGO, 1978, p. 14). Em outra carta, diz:

“Vendo que nenhum outro se dedicava como V. ao estudo da parte científica da psiquiatria; vendo que V. está disposto a abandonar tudo – clínica e mais pretensões dispersivas para só se entregar ao hospital e à ciência, de corpo e alma, resolvi apresentar o seu nome ao Governo, na grande esperança de que V. trará fama a São Paulo e ao Hospital que eu criei, certo de que V. corresponderá à minha esperança” (ROCHA, 1923 apud BUZOID, 1978, p. 19).

Se, na edificação do Hospício do Juquery, Franco da Rocha aspirava a implementação do conhecimento positivista pelo discurso científico vigente – o que significava articular a terapêutica (instrumento), a cientificidade (saber) e as determinações sócio-históricas (necessidades e finalidades) –, na ascensão de Pacheco e Silva havia certo reconhecimento do “fracasso científico” desejado para os hospícios.

“Instaurou-se uma política de saneamento dessa dificuldade: o hospício passou a ser chamado de hospital, os alienistas, de psiquiatras, a anatomopatologia ganhou seu primeiro impulso” (PEREIRA, 1995, p. 7). Esse era o caminho que seguiria Pacheco e Silva de 1923 a 1937 na direção do Hospital, deixando como marca um modelo de tratamento mais organicista e anatomopatológico (PEREIRA, 1995; LANCMAN, 1999).

“O período de gestão de Pacheco e Silva, denominado por alguns autores “período anatomopatológico”, buscará tenazmente o estatuto de cientificidade médica, organizando o trabalho no hospital psiquiátrico de modo a reproduzir os procedimentos do método anatomoclínico. Tentará conciliar essa “finalidade” interna com a melhor racionalização dos custos, utilizando, o máximo possível, a mão de obra internada” (PEREIRA, 1995, p. 76).

7 Infelizmente, Buzaid (1978) não dá a referência desse texto.

Nesses termos, pode-se perceber que o Hospital de Juquery era um projeto inovador para tratamento e assistência no estado, não havendo, na época em que foi criado, nada que se lhe comparasse em tamanho e importância. Pelo discurso “cientificista”, o hospício tentava articular os problemas decorrentes da urbanidade e as técnicas de disciplinarização. A partir da década de 1930, ganhou fama também pelas denúncias de falta de higiene nos pavilhões e precariedade das instalações, além de violação aos direitos humanos, com maus-tratos aos internados, práticas repressivas e violentas etc. (CUNHA, 1986).

Os “MENORES” DO JUQUERY:

Como legado ao Hospital, Pacheco e Silva também deixou marcas no tratamento à infância, que, como vimos, tornou-se o alvo privilegiado do espírito científicista da época. As crianças já habitavam os pavilhões do Juquery na gestão de Franco da Rocha; as meninas, no pavilhão das mulheres e os meninos, no dos homens. Em 1922, construiu-se um pavilhão exclusivo para os menores “anormais”, que recebia meninos ⁸ encaminhados pelo Instituto Disciplinar ou por juízes. Consta que o trânsito entre o Juquery e o Instituto Disciplinar era intenso, de acordo com os relatórios da “Secção para menores anormais” (BAPTISTA, 1938 ⁹ apud ZUQUIM, 2002).

Na gestão de Pacheco e Silva, melhoraram as acomodações dos pequenos. Mais especificamente, o 5º pavilhão do Juquery, antes destinado à ala masculina dos internados, com instalações antigas e anti-higiênicas, foi inteiramente reformado para receber os meninos, principalmente os menores “ineducáveis”. Em 1929, edificou-se também a Escola Pacheco e Silva, onde ficariam os menores “educáveis” (PEREIRA, 1995, p. 126).

“Os menores eram assistidos por médicos alienistas, já sobrecarregados com o trabalho de outras enfermarias. A assistência limitava-se, então, aos cuidados médicos-higiênicos, sem vislumbre de qualquer medida pedagógica. Lotação oscilante entre 20 e 30 meninos. Pavilhão de construção antiga, com instalações primitivas, anti-higiênicas, exigindo, portanto, radical reforma” (BAPTISTA, 1938 apud ZUQUIM, 2002, p. 140).

Em 1926, após uma visita a escolas para menores “anormais” nos EUA, Pacheco e Silva retorna ao Brasil preocupado em construir uma instituição similar em São Paulo (PACHECO E SILVA, 1929, s/p). Esse tipo de

⁸ As meninas continuaram indo para o pavilhão das mulheres.

⁹ BAPTISTA, V. Seção de menores anormais do Hospital do Juquery. In: *Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, ano III, 1º e 2º trim. 1938, p. 251-258.

assistência buscava atender os menores “delinquentes” ou “predelinquentes” que cometiam atos condenáveis, “muito mais pelos fatores mórbidos, que pelos de ordem social” (PACHECO E SILVA, 1929, p. 3). Para tanto, os psiquiatras e psicólogos deveriam participar da triagem dos menores, indicando o tratamento segundo critérios psicológicos e psicopatológicos.

Em 1929, dentro do Juquery, é inaugurada a Escola Pacheco e Silva, que pretendia ser o local mais moderno de tratamento do país. Pode-se considerar a construção como fruto do debate teórico-conceitual promovido pela psiquiatria nacional e internacional da década de 1930. Na posição de porta-voz, Pacheco e Silva concretizou com essa Escola as diretrizes científicas da eugenia e da higiene mental preconizadas pela psiquiatria dos EUA e da Europa:

“Nos Estados Unidos, há instituições admiráveis, como as de Jeffersonville, Fernald e de Elmira. Na Inglaterra, fundaram-se as “Industrial Schools”, em Red Hill. Na Alemanha, há as “Raushaus”. Na Bélgica, as chamadas Escolas de Beneficência. A Argentina possui o magnífico reformatório de Oliveira, com capacidade para 1.200 menores, de 6 a 21 anos, dotado de numerosos pavilhões isolados, permitindo a separação dos internados de acordo com a idade e a constituição mental de cada um, dispondo ainda de oficinas, enfermarias, salas de diversões, capela etc.” (PACHECO E SILVA, 1929, p. 3).

São interessantes os comentários e as críticas que a nova construção recebeu no noticiário da época, revelando a dimensão sociocultural de que fala Amarante (2007) e que perpassa o imaginário social sobre a infância “anormal”. Trazemos especialmente as impressões do jornal “*Folha da Manhã*”, que depois se tornaria a “*Folha de S.Paulo*”, sobre a nova escola.

Em 29 de maio de 1929, anunciou-se a inauguração da Escola Pacheco e Silva como um curso destinado aos menores “anormais”. Sem muitos esclarecimentos sobre o que realmente significava a Escola dentro do Hospital do Juquery, o jornalista questiona o objetivo que teria o novo pavilhão. Num tom jocoso, a matéria descreve a cerimônia de inauguração, abrilhantado pela presença do sr. Fábio Barreto, secretário da Justiça, do Dr. Pacheco e Silva, diretor do Hospital do Juquery, e de Floriano de Moraes, diretor do Instituto Disciplinar de Mogi Mirim.

A dúvida do jornalista parece legítima, pois ele pergunta o que seria um curso destinado a menores “anormais” dentro do Hospício. Pode-se constatar que, mesmo com a mudança do nome do Juquery, em 1923, persistia no imaginário social sobre a instituição a ideia de um hospício, e não de um hospital, como almejava Pacheco e Silva.

“[...] trata-se de uma organização de que não se vulgarizou convenientemente o mecanismo. Não obstante o título com que tem sido anunciado – escola para anormais – o instituto, a inaugurar-se hoje, parece que não se trata precisamente de escola para crianças anormais, uma vez que esteja anexo a um hospício. A anormalidade das crianças a serem submetidas á ação desta ‘escola’ deve ser tão pronunciada que escapa aos recursos propriamente pedagógicos de que hoje se lança mão para corrigir, na medida do possível, os desvios físicos ou mentais das crianças. A que espécie de “anormais” se destinará a ‘escola’ do Juquery? Aos filhos dos loucos internados no hospício? A todos os anormais de São Paulo, indistintamente?” (FOLHA DA MANHÃ, 1929, s/p).

As questões da reportagem pediam esclarecimentos importantes: a que parcela da população se destinava à escola? Qual seria a fundamentação pedagógica das ações da instituição? Nota ainda o jornalista que a pedagogia aplicada ali seria provavelmente muito mais moderna do que o que se conhecia então. Assim, pode-se dizer que a Escola Pacheco e Silva foi percebida, em sua inauguração, como uma instituição pioneira. Pioneira também porque, segundo a notícia, as crianças “anormais” não poderiam receber o mesmo tratamento que os adultos de um hospício:

“A infância alienada bem merece que dela cuidemos com carinho todo especial, que não é de mesma natureza que a assistência dispensada aos adultos. Então, só pode merecer aplausos a iniciativa governamental, instalando ao lado do Hospício do Juquery uma secção para infância” (FOLHA DA MANHÃ, 1929, s/p).

A notícia não diz quanto tempo os menores ficariam na Escola ou se em algum momento sairiam de lá, mas frisa a marca maior de identidade da Escola: sua vinculação com o “hospício” do Juquery, ou seja, a de que as crianças “anormais” seriam tratadas num hospício:

“Agora que o governo inaugura uma “escola para anormais”, junto ao Hospício do Juquery, é o caso de perguntar-se a que classe de anormais se destinam as suas classes e os seus professores. Não será, acaso, isto que se inaugurará hoje, um hospício em miniatura para pequenos dementes?” (FOLHA DA MANHÃ, 1929, s/p).

A notícia considerava louvável a retirada desses menores “anormais” da sociedade, assim como o cuidado da infância “alienada”. Essa ideia corrobora o modelo de assistência que caberia, sobretudo, aos médicos na década de 1930, em São Paulo. O fim do alienismo consistiria numa nova

roupagem ao tratamento, com cunho mais científico e mais especializado, e as instituições fechadas eram tidas como o meio ideal para esses cuidados.

Nesse sentido, a Escola Pacheco e Silva poderia ser justificada pela intenção de “cuidar” do modo mais adequado e, na medida do possível, “regenerar” os menores internados. Toda a infraestrutura e os profissionais da instituição davam-lhe um caráter de “estufa para mudar pessoas”, típico das instituições fechadas (GOFFMAN, 2007, p. 22).

O jornal termina aplaudindo a iniciativa da criação de um ambiente “especial” para os menores “anormais”, cuja grande maioria freqüentava as mesmas classes que os alunos “normais”. A reportagem deixa claro que o governo deveria investir mais na iniciativa de retirada dos pequenos rixentos e dos “retardados anormais”, como de fato fizeram alguns estados do país:

“Na capital, é ocioso repisar que, mau grado a enormidade da verba despendida com a aparelhagem escolar, nada possuímos que se pareça com a escola para menores anormais, motivo pelo qual nas classes dos grupos e escolas reunidas, se encontram hoje, numerosos alunos que estariam ambientes especiais, médico-pedagógicos. Não ha muito tempo que ainda pesava sobre a legião de indivíduos, cuja deficiências mentais, fisiológicas e somáticas impediam de adaptação ao meio domestico, escolar ou social, a irremediável contingencia de uma ex-comunhão definitiva. As ciências médico-pedagógicas, porém, têm resolvido até hoje, pelo estabelecimento de processos especiais, o problema de reintegrar tais crianças no convívio da sociedade” (FOLHA DA MANHÃ, 1929, s/p).

ESCOLA PACHECO E SILVA:

Segundo as fontes bibliográficas consultadas, a Escola Pacheco e Silva tinha capacidade para receber entre 33 e 50 meninos, e seu intuito era a alfabetização e a reeducação dos “menores anormais” que eram considerados “educáveis”. As descrições levam a crer que os menores recém-chegados ficavam no pavilhão-asilo até receber a notificação de que eram “educáveis” ou “ineducáveis”. No primeiro caso, eram encaminhados para a Escola; no segundo, permaneciam no pavilhão-asilo, que tinha capacidade para 30 menores.

“Com a criação da Escola Pacheco e Silva, os menores encaminhados para o Hospital do Juquery foram subdivididos em dois grandes grupos: o dos ineducáveis, constituído por idiotas, epiléticos, já em estado demencial, pelos portadores de graves seqüelas pós-encefálicas, e o dos educáveis, representado por débeis e anômatos

capazes de serem alfabetizados. O pavilhão-asilo ficou reservado para os menores ineducáveis e o pavilhão-escola para os educáveis” (PACHECO E SILVA, 1945, apud ASSUMPÇÃO, 1995, p. 47) ¹⁰.

O instrumental com que se diagnosticavam os meninos como “educáveis” ou “ineducáveis” consistia em “ficha biográfica, exames de entrada, somático, neurológico, mental, psicopedagógico e “testes variados”. De rotina são realizados exames de sangue, urina e fezes, além da inspeção dos ouvidos, nariz, garganta e dos dentes” (PEREIRA, 1995, p. 126). Os considerados “ineducáveis”, que recebiam cuidados médicos-higiênicos, eram os “idiotas de todos os gêneros, imbecies, epiléticos em marcha para o estado demencial, post-encefalíticos graves, etc.” (BAPTISTA, 1938 ¹¹ apud PEREIRA, 1995, p. 126). Aos “educáveis”, aplicava-se a pedagogia corretiva e pensava-se que, quanto mais nova a criança, melhor seria sua readaptação. Entre os educáveis, estavam os débeis mentais e os anômalos com perturbações da moral e do caráter.

“A terapêutica pedagógica especial impõe, além dos métodos que visam mormente à ‘educação dos sentidos, da atenção, da vontade’, algumas normas: são proibidas licenças e férias, pois estas ‘prejudicam o plano educativo’; as visitas restringem-se aos ‘terceiros domingos de cada mês’ e os presentes trazidos aos pequenos devem ser entregues às guardas, que procederão a uma triagem antes de entregá-los [...]. Para os anormais a educação é mais importante que a instituição. Embora os procedimentos estejam orientados para a finalidade de ‘aumentar o mais possível o valor social do educando’ e aos mais prendados ensina-se como ganhar a própria vida” (PEREIRA, 1995, p. 127).

Pacheco e Silva encarregou o médico Vicente Batista, seu companheiro na Liga Paulista de Higiene Mental, para organizar esses dois locais dentro do Juquery. Além de escrever para o “*Boletim de Higiene Mental*”, Baptista tinha uma coluna do “*Diário de São Paulo*” intitulada “Conselho às mães”. O médico mostrava-se bastante próximo da eugenia, que se propunha “a melhorar a raça, [pois] já é tempo de deixar a seleção dos bois e dos cavalos para se tratar da seleção da humanidade” (BAPTISTA, 1930 ¹² apud ZUQUIM, 2002, p. 141).

Segundo Baptista (1933 ¹³ apud ZUQUIM, 2002, p.141), “quase 50% dos menores são absolutamente imundos; os demais são pelo menos sujeitos

10 Cf. PACHECO E SILVA. *Assistência a psicopatas no Estado de São Paulo*. Breve resenha dos trabalhos realizados durante o período de 1923 a 1937. São Paulo, 1945.

11 BAPTISTA, V. Seção de menores anormais do Hospital do Juquery. In: *Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo*, ano III, 1º e 2º trim. 1938, p. 251-258.

12 BAPTISTA, V. O problema da assistência e proteção à infância, pediatria prática. In: *Revista Mensal de Clínica Infantil e Puericultura*, v. 3, jul. 1930, p. 148.

13 BAPTISTA, V. Relatório apresentado ao Diretor Geral da Assistência aos Psicopatas, Pediatria Prática.

e nenhum é amigo franco da higiene”. Deveriam, pois, ser submetidos às orientações educacionais ensinadas pelos estadunidenses, que prometiam reintegrar esses menores, higienizados, à sociedade. O método proposto por Pacheco e Silva era o dos “três emes”: manual, mental e moral.

“[...] isto é, desenvolvimento simultâneo das qualidades mentais, dos princípios morais e das aptidões manuais e, de modo geral, de toda a esfera sensorial da criança procurando sempre a melhor colaboração entre a escola, a família, para que o desenvolvimento global da criança se processe harmoniosamente, sem ‘quebras’ que a desorientariam” (PACHECO E SILVA 1959, s/p).

Para tanto, havia jogos educativos, seções de modelagem, cartoneagem, encartagem e ginástica. A ginástica visava a constituição física dos menores, que, pelo exercício de movimentos ritmados, poderiam corrigir suas eventuais “anomalias”. Para o desenvolvimento mental, “adotou-se a chamada ginástica de concentração para distraídos de Potoski” (ASSUMPCÃO, 1995, p. 48).

Pacheco e Silva justificou a construção da Escola em entrevista ao jornal “*O Estado de S. Paulo*”, em 30 de maio de 1929. Segundo o psiquiatra, a instituição visava prevenir e corrigir as “anormalidades” infantis a partir de critérios científicos, para que os menores “anormais” e abandonados se tornassem cidadãos úteis à sociedade:

“[...] agora, seguindo a nova orientação, que se apóia na profilaxia mental, que se baseia num critério muito mais científico e humano porque busca corrigir em tempo as anomalias das crianças de hoje, para preservar a sociedade de amanhã de elementos tarados. Lançando mão dos meios indicados para corrigir-lhes os defeitos e atenuar-lhes a tendência viciosa precocemente revelada” (PACHECO E SILVA, 1929, s/p).

Pacheco e Silva acreditava que a escola pudesse ser “o embrião de um grande aparelhamento social” e que seus resultados poderiam inspirar a construção de inúmeras outras instituições que dariam orgulho aos filhos do estado de São Paulo. Percebe-se que o discurso da constituição de uma raça “paulista” encontra eco perfeito no projeto científico de eugenia dos menores. Prova disso é que o trabalho médico-pedagógico desenvolvido na Escola Pacheco e Silva, no Juquery, consistia na permanente vigilância dos menores, identificando quais seriam os educáveis, quais os ineducáveis.

Sabe-se que, nos três primeiros anos da escola, as crianças mudavam constantemente de pavilhão, conforme sua classificação, sempre provisória. Em 1930, 38 crianças foram internadas no pavilhão-asilo, sendo que

29 foram deslocadas para o pavilhão-escola. Dessas, sete receberam o diagnóstico de “inaproveitável” e quatro voltaram ao pavilhão-asilo por “estado mental e indisciplina” (ZUQUIM, 2002, p. 144).

Não se encontra no material pesquisado indícios e esclarecimentos sobre as saídas ou deslocamento dessas crianças para abrigos, se voltavam para casa ou se morriam dentro do Juquery. Há, sim, relatos de fugas e raros casos em que as famílias retiravam seus filhos independentemente da alta. O que permite concluir que o projeto poderia prever o apartamento permanente desses menores da sociedade.

“Nos três primeiros anos da década de 1930, não houve alta para nenhuma criança. Quando a seção foi criada, ao completar 17 anos, as crianças deveriam se “removidas” para outros pavilhões. A remoção também poderia se dar por motivos de indisciplina. Em 1932, por exemplo, três meninos ‘extremamente agressivos, indisciplinadíssimos’, foram transferidos para os pavilhões dos homens” (ZUQUIM, 2002, p. 122).

É de supor que o modelo do cuidado com as crianças “anormais”, especificamente na Escola Pacheco e Silva, estaria de acordo com uma política de “higienização racial”. Isso permitiria dizer que as internações que pretendiam “reeducar” as crianças estavam articuladas com os ideais de identidade encontrados nos interesses políticos da psiquiatria em voga na cidade de São Paulo, encabeçada por Pacheco e Silva, de regenerar a “raça paulista”.

Cabe esclarecer que o termo “raça”, nesta pesquisa, tem o sentido que lhe deram as ciências médicas no debate proposto para “biologizar” as categorias populacionais. Segundo António Sérgio Guimarães (2003), categoria “raça” foi criada pelas ciências biológicas e pela antropologia física para classificarem-se as subespécies humanas, assim como as animais. De acordo com essa classificação, algumas espécies seriam mais desenvolvidas intelectual, física e moralmente, justificando a hierarquização de certos grupos identitários e, em seus piores dias, favorecendo verdadeiros genocídios. Apesar de sua origem biológica, o conceito raça foi apropriado pelas ciências humanas e pelo discurso popular para explicar os fenômenos sociais:

“Ou seja, as raças são, cientificamente, uma construção social e devem ser estudadas por um ramo próprio da sociologia ou das ciências sociais, que trata das identidades sociais. Estamos, assim, no campo da cultura, e da cultura simbólica. Podemos dizer que as “raças” são efeitos de discursos; fazem parte desses discursos sobre origem (WADE, 1997) ¹⁴. As sociedades humanas constroem

14 WADE, Peter. *Race and ethnicity in Latin America*. London: Pluto Press, 1997.

discursos sobre suas origens e sobre a transmissão de essências entre gerações” (GUIMARÃES, 2003, s/p).

Agora, pode-se pensar na hipótese de que a política de “higienização”, aplicada em São Paulo na década de 1930, tenha sido francamente “racial”, porquanto estivesse diretamente implicada com projetos políticos identitários da corporação médica, que, apoiada num discurso científico, legitimou o asilamento de algumas crianças. Classificadas por suas características fenotípicas e/ou por seu comportamento supostamente inferior, do ponto de vista moral, psicológico intelectual, essas crianças – seu corpo e sua vida – estavam agora sob uma nova forma de controle que emergia.

O discurso da higiene pelo viés da educação infantil, sobretudo quando referido às crianças das classes mais pobres, denunciava o anseio de se europeizar a infância, mas os médicos, juristas e educadores também estavam preocupados com a constituição de uma população não branca (PATTO, 1999 [a]). Para tanto, seria necessária a regeneração da raça pelas ações profiláticas e corretivas que fariam uma limpeza urbana completa e, assim, evitariam o estigma de uma sociedade “degenerada”.

É o que se pode constatar a partir da investigação sobre a Escola Pacheco e Silva, assim como sobre o pavilhão-asilo para os menores – um discurso médico que pretendia “corrigir” e salvar a infância da consolidação de comportamentos “anormais”. Retirá-las da sociedade era uma forma de evitar sua proliferação. O hospital pretendia criar um espaço “ideal” para a revitalização desses pequenos “anormais”. No entanto:

“[...] o fato é que grande parte dessas crianças passarão a vida dentro do hospício. Sairão da Escola Pacheco e Silva para o Pavilhão Asilo, deste para os pavilhões de adultos, caso sejam agitados, ou para as casas colônias, caso sejam tranquilos. Daí, por alguma intercorrência clínica, irão para as Clínicas Especializadas e finalmente destas salas para a sala de necropsia. Entregues à própria sorte, muitos falecem ainda nos primeiros estágios da sua carreira de vida no Juquery. O hospital fracassa também na sua ‘problemática assistencial’, malgrado todo o devotamento de seus agentes” (PEREIRA, 1995, p. 127).

Ao fim e ao cabo, este percurso nos permite compreender o contexto histórico e cultural de Pacheco e Silva quando empreendeu a criação da Escola Pacheco e Silva dentro do Hospital do Juquery. Para além da prevenção, a psiquiatria paulistana representada por ele almejava “limpar” a sociedade das crianças que não eram “ajustadas”. Esta investigação se pretende ser um mapeamento das ações herdadas – e hoje negadas – de um ideal dito científico que provavelmente ainda repercutem entre nós.

REFERÊNCIAS

Fontes primárias:

- ASSEMBLEIA NACIONAL CONSTITUINTE. Congresso Nacional. **Annaes da Assembléia Nacional Constituinte**. Organizados pela Redação dos Anaes e Documentos Parlamentares. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1935-1936, v. 8, p. 225.
- BAPTISTA, V. Notas pedagógicas. In: **Boletim de Hygiene Mental**. São Paulo, nº9, setembro, 1929.
- BAPTISTA, V. O problema da assistência e proteção à infância, pediatria prática. In: **Revista Mensal de Clínica Infantil e Puericultura**, v. 3, jul. 1930, p. 148.
- BAPTISTA, V. Relatório apresentado ao Diretor Geral da Assistência aos Psicopatas, Pediatria Prática. In: **Revista Mensal de Clínica Infantil e Puericultura**, v. IV, jan./fev. 1933, p. 385.
- BAPTISTA, V. Seção de menores anormais do Hospital do Juquery. In: **Arquivos do Serviço de Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo**, ano III, 1º e 2º trim. 1938, p. 251-258.
- BUZAIS, A. Homenagem ao Prof. Dr. Antônio Carlos Pacheco e Silva. In: **Sessão Solene na Associação Paulista de Medicina**. 1, 1978. São Paulo, 1978, p. 17-25.
- PACHECO E SILVA, A.C. A inauguração da primeira escola para crianças anormaes. In: **Jornal O Estado de S. Paulo**. São Paulo, 20 maio, 1929. Entrevista concedida a entrevistador não identificado.
- PACHECO E SILVA, A.C. **Assistência a psicopatas no Estado de São Paulo**. Breve resenha dos trabalhos realizados durante o período de 1923 a 1937. São Paulo, 1945.
- PACHECO E SILVA, A.C. Conferência proferida na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. São Paulo, 1959.
- PACHECO E SILVA, A.C. **Direito à saúde no Brasil**, [ca. 1934].
- PACHECO E SILVA, A.C. **Infância anormal e criminalidade**, [ca. 1934].
- PACHECO E SILVA, A.C. **Tratamento e assistência aos menores anormais**. [ca.1938]
- FOLHA DA MANHÃ (1929). Pesquisa feita no acervo online do Jornal Folha de São Paulo, edição de 1929, do dia 29 de Maio.

Bibliografia Secundária:

- ASSUMPÇÃO Jr., F. B. Pequena História da Psiquiatria Infantil: aspectos críticos. In: ASSUMPÇÃO Jr., Francisco B. **Psiquiatria da Infância e da adolescência**. São Paulo: Santos-Maltese, 1994; p. 3-8.
- COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5ªed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- COSTA, J. F. Ordem médica e norma familiar. 5ªed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- CUNHA, M. C. P. **O Espelho do Mundo – Juquery a história de um Asilo**. 2ªed. São Paulo: Paz e Terra, 1988.
- CUNHA, M. C. P. **Cidades da Ordem. A doença mental da República**. São Paulo: Brasiliense, 1999.
- FERREIRA, L. O. Institucionalização da Infância. In: MOTA, A.; SCHARAIBER, L. (Org.) **Infância e Saúde perspectivas históricas**. São Paulo: Hucitec, 2009.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- GUIMARÃES, A. S. Como trabalhar com “raça” em sociologia. In: **Educ. Pesqui.** (online). 2003, vol.29, n.1 [cited 2010-04-07], pp. 93-107 . Available from: <<http://www.scielo.br/>>. ISSN 1517-9702. doi: 10.1590/S1517-97022003000100008.
- LANCMAN, S. **Loucura e espaço urbano, Franco da Rocha e o asylo do Juqueri**. Rio de Janeiro/ Belo Horizonte: Te Cora, 1999.
- MOTA & SCHAIRAIBER, L [org.]. **Infância e Saúde - perspectivas históricas**. São Paulo: Hucitec, 2009.
- MOURA, E. **O fim, o meio e a forma: o Brasil desejado, a infância e a Lei na Assembléia Nacional Constituinte de 1934**. In (org.) Mota, André; Schraiber, Lilia **Infância e Saúde - perspectivas históricas**. São Paulo: Hucitec, 2009, p.21-59.
- NOVAES, H. M. A Puericultura em questão. In: (org.) MOTA, A.; SCHRAIBER, L. **Infância e Saúde - perspectivas históricas**. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 121-170.
- PATTO, M. H. S. Ciência e Política na Primeira República: Origens da Psicologia Escolar. In: JACÓ-VILELA, A. [et al.]. **Clio-psyché: histórias da psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado Rio de Janeiro, 1999 [a].
- PATTO, M. H. S. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, vol.13 no.35, Jan./Apr. 1999 [b].
- PEREIRA, L. **Reformas da ilusão: a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do século XX**. 1995. 156f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1995.

- REIS, J. R. F. De pequenino é que se torce o pepino: a infância nos programas eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental. In: **História da Ciência Saúde-Manguinhos**; 7 (1):135-57, Jun. 2000.
- SCHWARCZ, L. **O Espetáculo das Raças: Cientistas, Instituições e Pensamento Racial no Brasil: 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- YOKOMISSO, C. T. **Violência e descontinuidade psíquica: um estudo sobre a Fundação Casa**. São Paulo, Dissertação (Mestrado). 2007, 270f. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2007.
- ZUQUIM, J. **Infância e crime na história da psicologia no Brasil: um estudo de categorias psicológicas na construção da história da infância criminalizada na Primeira República**. 2001. 197 f. Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2001.
- ZUQUIM, J. “Pequenos psicopatas”. Infância, criminalidade e loucura na Primeira República. In: (org.) ANTUNES, E. BARBOSA, L.; PEREIRA, F. **Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos de história brasileira**. São Paulo: Edusp: 2002.
- WADE, Peter. **Race and ethnicity in Latin America**. London: Pluto Press, 1997.

PSIQUIATRIA EM CONVULSÃO: A CARDIAZOLTERAPIA E A INTRODUÇÃO DA ELETROCONVULSOTERAPIA NO HOSPITAL DE JUQUERY (1936 – 1950)

Gustavo Querodia Tarelow

INTRODUÇÃO:

A partir da década de 1920, uma série de terapias conhecidas como “*terapias de choque*” ou “*terapias biológicas*” foram introduzidas nos Hospitais psiquiátricos brasileiros, sendo que as primeiras experiências com cada uma dessas técnicas foram desenvolvidas no *Hospital do Juquery*. Tais terapias, de uma maneira geral, podem ser definidas como um conjunto de técnicas utilizadas por alguns psiquiatras que buscavam provocar determinadas alterações fisiológicas nos indivíduos internados no hospital, com o objetivo de obter mudanças comportamentais nos mesmos.

Tais técnicas foram introduzidas no *Juquery* por Antonio Carlos Pacheco e Silva, diretor daquela instituição entre 1923 e 1937, em um contexto em que as concepções organicistas sobre as doenças mentais ganhavam cada vez mais força, especialmente com a descoberta do agente etiológico da Paralisia Geral Progressiva (PGP), uma das principais causas de internação no *Juquery* naquele momento. As primeiras técnicas desenvolvidas, com esta perspectiva, foram as Piretoterapias, com destaque para a Malarioterapia, que buscavam promover elevados picos febris para, supostamente, combater os sintomas da PGP. Foi utilizada em larga escala no *Juquery*, também, a Insulinoterapia, que buscava promover comas hipoglicêmicos em pacientes diagnosticados com Esquizofrenia, afim de que eles tivessem os sintomas de sua doença sanados ou amenizados ¹.

No entanto, outra “*Terapia de choque*” que também visava, inicialmente, ser direcionada ao tratamento das Esquizofrenias que será o alvo da presente análise: A Convulsoterapia, realizada ou pelo Cardiazol (*Cardiazolterapia*) e, posteriormente, através de choques elétricos (Eletroconvulsoterapia). Visando provocar ataques convulsivos com a finalidade de tratar certas doenças mentais, tal terapia possui características peculiares em sua forma

1 Para maiores informações sobre as terapias biológicas aplicadas nos indivíduos internados no *Juquery*, ver: TARELOW, G. Q., 2012.

de aplicação e pelo empirismo em que foi utilizada, uma vez que os médicos pouco ou nada sabiam sobre o seu modo de ação no organismo humano quando iniciaram as primeiras experiências com esta técnica entre os seus pacientes.

Baseando-me na análise dos prontuários médicos dos pacientes internados no Juquery entre 1923 e 1937, nas publicações médicas do período analisado e no conjunto documental sobre a trajetória acadêmica, política e científica de Pacheco e Silva que se encontra no Museu Histórico da Faculdade de Medicina da USP, analisarei as bases históricas em que se assentaram o uso das Terapias Biológicas, com ênfase no uso do Cardiazol, bem como o abandono desta técnica e sua substituição pela Eletroconvulsoterapia.

PACHECO E SILVA E A INTRODUÇÃO DAS TERAPIAS DE CHOQUE NO JUQUERY:

Ao assumir a direção do Juquery em 1923, Pacheco e Silva passou a imprimir grandes mudanças administrativas e científicas naquela instituição e a galgar cargos e títulos que lhe conferiram um papel de destaque nos âmbitos médico, social, político e acadêmico. Tendo a sua trajetória construída em um momento em que as instituições públicas, por diversas vezes, se confundiam com a imagem de seus dirigentes, Pacheco se tornou uma figura pública influente tanto do ponto de vista da formação de novos profissionais da saúde, quanto nos rumos seguidos pelas instituições em que atuou. Com uma posição ideológica conservadora, Pacheco e Silva imprimiu em suas publicações e conferências pontos de vista voltados à manutenção da ordem e da moral oriundas das camadas mais abastadas da sociedade de seu período.

Do ponto de vista científico, Pacheco e Silva, dada a sua especialização em Anatomia Patológica, pautava, na maioria das vezes, a formulação dos diagnósticos médicos a partir das concepções organicistas sobre as doenças mentais. Desta maneira, buscava relacionar, a partir de pesquisas laboratoriais, os comportamentos dos doentes a alguma possível lesão cerebral, de origem congênita ou não. Assim, nos primeiros anos à frente do Juquery, Pacheco e Silva dedicou-se à estruturação e aparelhamento técnico e pessoal do Laboratório de Anatomia Patológica, contratando para a sua direção Constantino Tretiakoff, renomado pesquisador de origem russa. Além disso, Pacheco ampliou o serviço das Clínicas especializadas, criou um necrotério com uma seção de autópsias, uma seção de radiologias, o que mostra de maneira clara a sua preocupação com a identificação anatomopatológica das doenças mentais.

Nesta perspectiva, atento aos debates científicos contemporâneos realizados nas clínicas psiquiátricas europeias, Pacheco e Silva passou a implantar no Juquery terapias chamadas de “choque” ou “biológicas”. Tais técnicas terapêuticas estavam sendo desenvolvidas por diversos psiquiatras, especialmente austríacos e húngaros, a partir da segunda década do século XX. Essas terapias consistiam em provocar algum choque fisiológico no indivíduo, como febres (Malarioterapia, injeção de cálcio, entre outras), convulsões (Cardiazolterapia e Eletroconvulsoterapia) e comas (Insulinoterapia), por exemplo, tendo em vista a cura da suposta doença mental dos pacientes. Baseadas no empirismo e na observação das mudanças de comportamento que tais terapias provocavam nos indivíduos, os psiquiatras fizeram desta lógica diagnóstica e terapêutica a base de sua prática médica por pelo menos três décadas (1920 a 1950) com a utilização de diversas terapias biológicas e, de alguma maneira, até a atualidade com a aplicação da Eletroconvulsoterapia em alguns casos específicos.

As chamadas “Terapias Biológicas” puderam se desenvolver, em um primeiro momento, dentro de um contexto específico da história da Psiquiatria em que vários indivíduos haviam contraído Sífilis, doença que, em alguns casos, pode afetar o Sistema Nervoso Central e causar danos cerebrais através de um treponema, gerando uma doença chamada de “*Paralisia Geral Progressiva*” (PGP). Nesta doença havia um evidente agente etiológico: o “*Treponema pallidum*”. Este microrganismo age no sistema nervoso e alcança o cérebro de maneira lenta e progressiva, provocando disartria, alucinações e comprometimentos motores que acabam por levar o paciente ao óbito.

A sua descoberta, feita por em 1822 por Bayle, um pesquisador francês, foi considerada um grande avanço para a Psiquiatria, pois permitiu aos especialistas relatarem com precisão a causa de uma determinada doença mental, abrindo a possibilidade de se formular uma terapêutica específica para curá-la (PACHECO E SILVA 1933, p.1). A razão de tal comemoração se dava, uma vez que a compreensão sobre a PGP legitimara, de certo modo, o esforço de psiquiatras organicistas que buscavam explicar a gênese de várias doenças mentais a partir de análises anatomopatológicas do cérebro.

Nos primeiros anos do século XX diversos médicos publicaram referências ao fato de que alguns portadores da PGP, após passarem por períodos de febre intensa, haviam demonstrado certa melhora em seu comportamento considerado “anormal”. Surgiram, então, diversas tentativas de fazer com que estes indivíduos tivessem acessos febris e pudessem ser tratados para que, assim, tivessem sua doença mental controlada.

Foi então que o médico austríaco Wagner von Jauregg, em 1917, observando que a Malária provocava nos doentes febres mais duradouras e mais fortes, procurou meios de aplicar de maneira artificial esta doença nos pacientes diagnosticados com PGP tentando assim eliminar o seu agente causal, o “*Treponema pallidum*”. (SILVA P. A e SILVA Jr. A. S, 1937, p. 11). Foram assim inauguradas, por Von Jauregg, em 1917, as primeiras experiências com a “Malarioterapia”, isto é, o uso da Malária com fins

terapêuticos psiquiátricos. Desta maneira, tem-se pela primeira vez uma relação clara entre uma doença mental e, preconizavam os médicos, uma terapia específica para combatê-la

Muito embora os resultados que a Malarioterapia apresentavam fossem vistos como “revolucionários” pelos médicos do Juquery, a análise dos prontuários médicos dos pacientes ali internados demonstra que o número de altas médicas concedidas e de óbitos não tiveram grandes alterações em comparação aos pacientes que não foram submetidos a tal processo terapêutico. Todavia, o que nos importa neste momento é salientar que o desenvolvimento da Psiquiatria organicista no interior do Hospital do Juquery e a introdução de uma lógica terapêutica pautada pelo estímulo a um choque humoral estimulou os psiquiatras a buscarem novas técnicas que pudessem combater os sintomas de outras doenças mentais.

A CONVULSOTERAPIA PELO CARDIAZOL:

Com a utilização em larga escala da Malarioterapia nos hospitais psiquiátricos de várias partes do mundo e a partir da legitimação do modelo “de choque” nos tratamentos das doenças mentais, os psiquiatras passaram a buscar outros métodos que pudessem ampliar a possibilidade de cura dessas doenças. Com o tratamento da PGP já estabelecido com a Malarioterapia, o objetivo passou a ser o desenvolvimento do tratamento para as diversas formas da Esquizofrenia (também chamadas de “Demência Precoce” por alguns psiquiatras do início do século XX), já que esta doença era responsável, juntamente com a PGP, pela maior parte das internações psiquiátricas naquele momento. Ao se referir às formas esquizofrênicas, Pacheco e Silva (1940, p. 2) especula sobre como se iniciaram as terapias de choque para tratar aquela doença:

“Em todas essas formas, a evolução é sempre irremissível e desastroza; apenas em alguns casos, infelizmente raros, observam-se remissões espontâneas da afecção. Muitos autores, sobretudo da Escola Francesa, entre os quais se destacava Pinel, observaram que as remissões da esquizofrenia surgiam freqüentemente após uma moléstia intercorrente, tal como a febre tifóide ou uma afecção supurativa. Foram dessas observações iniciais que surgiu a idéia de se empregar na cura da esquizofrenia a terapêutica pelo choque”.

Desde os primeiros anos do século XX, vários psiquiatras buscaram analisar os possíveis efeitos benéficos dos ataques epiléticos na cura de determinadas doenças mentais. A partir de suas observações, alguns médicos, de clínicas psiquiátricas húngaras, afirmaram haver um “antagonismo

biológico” entre a Esquizofrenia e a Epilepsia. Tal conclusão foi feita a partir dos relatos de que uma paciente diagnosticada com esquizofrenia catatônica, após sofrer uma crise epilética, havia obtido uma “remissão espontânea” não se observando mais os sintomas psiquiátricos que justificavam o seu diagnóstico. (CARVALHO, H. M. e SILVA, P. A., 1937, p. 539).

Este empirismo que se assemelha muito com o que fomentou o uso em larga escala da Malarioterapia impulsionou os psiquiatras a buscarem formas de provocar nos pacientes esquizofrênicos crises epiléticas tão intensas quanto as observadas na paciente em questão. Para tanto, Laudislau Von Meduna, em um primeiro momento, utilizou a cânfora para provocar convulsões nos pacientes. No entanto, segundo Henrique Marques de Carvalho e Pedro A. Silva (1937, p. 540), o Cardiazol se mostrou mais eficaz:

“Procurou então um meio de produzir artificialmente o acesso convulsivo nos doentes esquizofrênicos e, após inúmeras pesquisas em animais de laboratório, elegeu a cânfora para a obtenção de seu propósito. [...] Pouco depois abandonava essa técnica substituindo-a pelo Cardiazol, estribado em duas razões: menor quantidade de droga injetada e reação imediata, enquanto que empregando a cânfora era obrigado a injetar grandes quantidades e para que se desencadeasse o acesso epiletiforme tinha que aguardar uma ou duas horas. Com êste último medicamento usava doses que variavam entre 5 e 10 cc. e obtinha uma reação logo após a injeção aplicada”

O Cardiazol é o nome comercial do Pentametilentetrazol, fabricado na década de 1920 pelo laboratório “Knoll”. Segundo Pacheco e Silva (1951, p. 178), “o Cardiazol atua sobre o sistema nervoso, determinando convulsões pela excitação dos centros subcorticais. Segundo Blume, o Cardiazol age também sobre a medula, atingindo o segmento sensitivo do arco reflexo”. No entanto a reação ou a alteração que o Cardiazol provocava no cérebro, gerando a pretensa cura da Esquizofrenia era desconhecida pelos médicos.

O psiquiatra húngaro Laudislau von Meduna é considerado o fundador desta técnica terapêutica, divulgada por ele em 1936. Psiquiatra genuinamente organicista, Von Meduna chefiou o Laboratório Histológico da clínica psiquiátrica de Budapeste e com base em seus estudos sobre lesões e anatomia patológica do cérebro, desenvolveu experiências envolvendo as crises convulsivas no tratamento das Esquizofrenias. Com a metodologia da Convulsoterapia desenvolvida, foi premiado por sua “descoberta” e ganhou fama entre a comunidade médica internacional ². (PACHECO E SILVA, A. C, 1939, p. 2).

2 Devido ao uso em larga escala de sua terapia no Brasil, Laudislau Von Meduna visitou o país em 1939, tendo ido ao Hospital do Juquery, ministrado ali conferências e sido recebido, nas palavras de Pacheco e Silva, como “um dos valores mais expressivos da moderna psiquiatria”. Para maiores informações sobre a repercussão da visita de Von Meduna ao Juquery, ver: PACHECO E SILVA, 1939.

No Juquery a sua técnica passou a ser experimentada já em 1936 pelos Drs. Mario Yahn entre as pacientes do 5º Pavilhão feminino e Henrique Marques de Carvalho, Pedro Augusto Silva e Anibal Silveira entre os pacientes de sexo masculino. Nos primeiros ensaios com esta nova terapêutica, os psiquiatras procuravam seguir os procedimentos recomendados por von Meduna da maneira mais fiel possível. Assim, aplicavam o Cardiazol nos pacientes por via endovenosa, com a recomendação de que a aplicação do líquido fosse feita de maneira rápida para que as convulsões tivessem início rapidamente. As doses iniciais eram de 5 cc., mas, aumentando gradativamente a cada aplicação, podia chegar a 10 cc, provocando-se de 20 a 30 crises convulsivas durante o tratamento, que chegava a durar meses. Conforme a indicação dos pesquisadores húngaros, o Cardiazol deveria ser aplicado pela manhã, com o paciente em jejum para evitar que o paciente vomitasse ou tivesse um engasgamento (PACHECO E SILVA, A. C., 1940, p. 99).

Dada a intensidade das crises epiléticas, os pacientes eram amarrados às macas na tentativa de se evitar fraturas ou outras lesões, sobretudo, musculares:

“De acôrdo com os conselhos de VON MEDUNA, costumamos passar dois lençóis, torcidos e úmidos, em tórno do corpo do doente, um na altura dos ombros, de maneira a manter os braços colados ao tronco, o outro colocado na altura do têrço superior das coxas. Além disso, convém que o médico se faça auxiliar por quatro enfermeiros, dois de cada lado do leito. Dois ficarão encarregados de impedir a flexão forçada coxa sôbre a bacia, afastando desta forma a possibilidade de fraturas do colo do fêmur, acidente sempre a se temer. Os outros dois enfermeiros devem procurar evitar a flexão do braço sôbre a articulação escápulo - humeral. A um quinto auxiliar fica reservado o papel de proteger a língua do doente; colocando uma borracha ou uma toalha dobrada entre as arcadas dentárias, tendo o cuidado de evitar não só as mordeduras da língua como também dos lábios” (PACHECO E SILVA, A.C, 1951, p. 178).

Como se pode perceber, a Convulsoterapia pelo Cardiazol era extremamente arriscada para a integridade física dos pacientes e necessitava de uma equipe grande para a sua aplicação. Devido à falta de funcionários que o Juquery enfrentava nos anos 1930 e o número crescente de pacientes internados, os riscos de acidentes se ampliavam, no entanto, as experiências com o Cardiazol continuaram a ser vistas como a melhor solução no tratamento da Esquizofrenia. Além disso, dada essa realidade, os pacientes que eram encaminhados para o tratamento nem sempre tinham as condições físicas adequadas para início do mesmo. Mario Yahn, em seu estudo sobre 400 mulheres tratadas pelo Cardiazol, mostra as condições dos pacientes que eram submetidos a essa terapia:

“Não tivemos um único caso de fratura e não sabemos precisar a que atribuir a ausência desse tipo de acidente, tão temido pelos diversos terapêutas.

Supomos, de um lado, que os pacientes de sexo feminino, pela sua debilidade muscular, estão menos sujeitos a tal ocorrência, e, de outro lado, que o pessoal submetido a tratamento nem sempre apresentava condições de nutrição ótimas, em vista predominarem os doentes mentais crônicos, menos cuidadosos com a alimentação e mais entregues à inércia, que desfibra e enfraquece a musculatura” (YAHN, M. e OLIVEIRA NETO, E. M, 1942, p. 340).

Neste mesmo trabalho, Yahn analisa os efeitos do Cardiazol entre as pacientes grávidas e relata o número grande de mortes devido à disenteria, tuberculose e gripe, o que mostra o estado de saúde daqueles que permaneciam por longos anos no Juquery ou mesmo que eram recolhidos entre as cadeias públicas e asilos por São Paulo e, evidentemente, o caráter experimental de tal técnica terapêutica. No entanto, deixa transparecer que as reclamações feitas pelos pacientes a respeito das terapias recebidas, nem sempre eram ouvidas pelos médicos. Assim, ao afirmar que as mulheres eram mais “submissas ao tratamento”, argumenta que:

“Resignam-se mais prontamente depois de ver que alegações quase infantis como gravidez, menstruação, gripe, indisposição geral, não surtem efeito para dissuadir o terapeuta, levando-o ao adiamento da aplicação” (idem, p. 346).

Além dos riscos de lesões ósseas e musculares, as fortes convulsões também geravam o risco de ocasionar problemas circulatórios, crises convulsivas espontâneas ocorridas horas depois da aplicação do Cardiazol e até mesmo lesões cerebrais em diversas escalas³. Entretanto, havia outra característica da terapia cardiazólica que assustava muito mais os pacientes que os riscos descritos acima: a “aura cardiazólica”, que segundo Urquiza, L. M. F. P. (2002, p. 44), é “um estado de vivências internas e sensações corporais que podem ser extremamente desagradáveis e aterrorizantes”.

Esta aura se dava entre a aplicação da injeção de Cardiazol e o início da crise epilética. Em alguns pacientes a convulsão, dada a dosagem do medicamento aplicado, não chegava a se estabelecer, ficando somente na aura, que provocava entre os pacientes, nas palavras do Dr. Henrique M. de Carvalho (1939, p. 288) “reações psicológicas interessantes, tais como angústia, ansiedade (sic), temor, sensações estranhas, etc. etc.” Tal sensação que ainda ocasionava delírios angustiosos, sensação de morte iminente e pânico, faziam com que os pacientes procurassem fugir das injeções:

3 Para maiores informações sobre os riscos de acidentes ocasionados pelo Cardiazol, ver: PUPO, P. P, 1943.

“Houve o caso de um doente catatônico, com obediência passiva, puramente automática, que quando solicitado para receber a injeção de Cardiazol reagia com tal violência que não foi possível continuar seu tratamento” (Idem, *Ibidem*).

Esta aura que gerava angústia e oposição por parte dos pacientes acabou por provocar um debate entre alguns psiquiatras nas publicações médicas. Enquanto alguns preferiam ignorar a reclamação dos pacientes, outros optaram por procurar formas de eliminar essas reações de maneiras nem sempre muito cautelosas.

Pacheco e Silva, por exemplo, defendia que após o “pânico cardiazólico” o psiquiatra poderia aplicar mais uma dose de Cardiazol “de modo a fazer com que o indivíduo fique em amnésia posterior e perca o pavor pela droga”⁴. Determinados psiquiatras defendiam que o medo que o paciente sentia da terapia era tão benéfico quanto o próprio Cardiazol para o seu restabelecimento. Darcy de Mendonça Uchoa, psiquiatra do manicômio Judiciário de São Paulo, descreve um caso em que o paciente após ser submetido ao Cardiazol fugiu e lastimava-se aos médicos e familiares sobre o medo de morrer em decorrência do tratamento. Assim descreve que

“Todas as nossas explicações foram inúteis, mas sua melhoria foi grande. A seus pedidos repetidos de novos métodos de tratamento, respondemos a princípio que o único aconselhável era a Convulsoterapia – isto é, aquele que lhe provocava tanto horror. Durante cerca de seis meses sua modificação foi profunda (desapareceram os sintomas, trabalhou normalmente, etc.) até que gradualmente resurgiram seus anteriores distúrbios que agora neutralizámos em grande parte com uma psicoterapia persuasiva – sugestiva (notar que evitamos a psicanálise para facilitar – no que fomos bem sucedidos – a repressão iniciada e levada a bom termo pelo mêdo do tratamento cardiazólico)” (UCHOA, D.M, 1941, p. 162).

Essa “repressão” feita pelos médicos com o Cardiazol, aliás, era difundida com certa frequência como um elemento importante para a cura dos pacientes e para a manutenção da ordem asilar. Mario Yahn assume que nos casos de depressão, tendência ao suicídio, pacientes agitados, negativismo, o Cardiazol “consegue inestimáveis benefícios, não só como tratamento, mas também como recurso que traz em si um caráter quasi disciplinar” (YAHN, M e OLIVEIRA NETO, E. M, 1942, p. 359).

Com a difusão do tratamento cardiazólico no Juquery, rapidamente os psiquiatras passaram a experimentar tal terapêutica em outros quadros diagnósticos. Assim, entre o final da década de 1930 e a primeira metade da década de 1940 a Esquizofrenia era ainda a principal doença mental tratada

4 PACHECO E SILVA, A C., 1940.

pelo Cardiazol, porém, nas publicações médicas eram relatados casos de Histeria, Psicose Maníaco – Depressiva, Parafrenia, Oligofrenia e até mesmo de Epilepsia tratados pela Convulsoterapia.

Pacheco e Silva mostra de maneira clara a difusão do método cardiazólico e a busca por legitimá-lo com resultados favoráveis em quadros diagnósticos diversos. Em 1940 ele publicou, com a colaboração de João Carvalho Ribas, um estudo sobre um caso de “Paraplegia Pitiatíca” curada pelo Cardiazol.

Segundo a publicação, a paciente observada possuía 17 anos quando foi submetida ao Cardiazol. A sua doença se manifestava desde seus 13 anos de idade quando em certas ocasiões perdia a voz, a visão, passava por crises convulsivas; no momento de sua internação, havia perdido a sensibilidade dos membros inferiores. Assim, no ambulatório de Higiene Mental, Pacheco e Silva a submeteu ao tratamento convulsivante e afirma:

“A paciente não acusava desordens psíquicas, respondendo com precisão às perguntas que lhe eram dirigidas, relatando os seus padecimentos e manifestando vivo desejo de se restabelecer o mais prontamente possível. Aplicada uma injeção de 4cc. de Cardiazol por via intravenosa e rapidamente a paciente teve uma crise convulsiva típica das que aquele medicamento costuma provocar, readquirindo a consciência cêrca de 10 minutos depois. Convidada a se locomover não o conseguiu. Minutos depois, quando já menos obnublada, iniciámos uma sugestão enérgica, obrigando a paciente a ensaiar alguns passos, o que foi a principio com certa dificuldade e depois com desembaraço, permanecendo a paciente em pé, embora acometida por vômitos freqüentes. Meia hora depois a doente deixou a Clínica inteiramente curada.

Vimo-la no dia seguinte, alegre e bem disposta.

Esta observação veio a confirmar os efeitos da convulsoterapia nos acidentes histéricos, fato relatado por numerosos autores.” (PACHECO E SILVA, A.C e RIBAS, J.C, 1940, p. 174).

Apesar de ser amplamente divulgada como uma terapêutica “revolucionária”, a convulsão cardiazólica, de acordo com as análises estatísticas dos próprios médicos do Juquery, não produzia grandes efeitos na grande maioria dos pacientes submetidos a essa terapêutica. Tanto os estudos de Mario Yahn ⁵ quanto os de Henrique Marques de Carvalho ⁶ mostram que entre 53 e 59% dos pacientes submetidos a este tratamento tinham seu quadro sintomático e mental “inalterado”. O número de “remissões” variava nos trabalhos desses dois médicos entre 18 e 35%, ao passo que o número de “melhorados”, isto é, pacientes que apresentaram

5 YAHN, M. e OLIVEIRA NETO, E. M., 1942.

6 CARVALHO, H. M. 1939.

melhoras somente no aspecto físico e não no mental, variava entre 12 e 20%. Como a maioria dos pacientes tratados era diagnosticada com alguma forma esquizofrênica, o número de pacientes com “remissão” e mesmo “melhorados” era considerado alto para os padrões da época e por isso, ainda que muitos pacientes não mostrassem qualquer melhora com a terapêutica convulsiva, os médicos continuavam a realizar experiências com este tipo de tratamento.

Nas análises desenvolvidas sobre os dados extraídos dos prontuários médicos dos indivíduos internados no Juquery entre os anos de 1923 e 1937, foi possível verificar que entre os pacientes que foram tratados pela *Cardiazolterapia*, 21,7% saíram do Hospital com alta médica, 26% saíram sem alta, 47,8% morreram dentro do Juquery, sem ter alta, e em 4,3% dos prontuários não consta nenhuma informação sobre uma eventual alta do paciente. Cabe salientar que dentre os óbitos, muitos ocorreram pouco tempo após o término do tratamento ou mesmo durante ele.

Além disso, observando os prontuários médicos, é possível observar que os tratamentos feitos pelo Cardiazol, muitas vezes apresentavam resultados desfavoráveis em alguns indivíduos. Um bom exemplo disso é o de Henrique L., branco, brasileiro, estudante, católico, internado em janeiro de 1936 aos 21 anos de idade, que foi diagnosticado como sendo um esquizofrênico e foi tratado pelas injeções de Cardiazol e pela Insulinoterapia. Quanto ao tratamento pelo Cardiazol, o seu prontuário registra que tal terapêutica foi instituída entre outubro de 1937 e julho de 1938, apresentando o seguinte resultado:

“O tratamento é suspenso em virtude das condições do doente permanecerem estacionárias e da impossibilidade de se praticar injeções endovenosas nesse paciente. Nenhuma melhora é observada neste caso; ao contrário, há uma agravação de sua sintomatologia”.

MESMOS PRINCÍPIOS, NOVAS TÉCNICAS: A ELETROCHOQUETERAPIA:

A substituição do Cardiazol por outras técnicas convulsivantes era um desejo de alguns psiquiatras, uma vez que esta terapêutica era custosa demais e exigia um número de funcionários elevado para que os procedimentos pudessem ser ministrados de maneira correta. Isso em um hospital já superlotado como o Juquery era um problema considerável. Além disso, os psiquiatras não conseguiam aplicar o Cardiazol sempre que necessário, uma vez que os pacientes se rebelavam contra a aura e as

sensações ruins que ele provocava. É neste contexto que chega ao Brasil um novo método terapêutico de base convulsiva que prometia eliminar todos os inconvenientes do tratamento com o Cardiazol: a Eletrochoqueterapia, que posteriormente ficou conhecida como Eletroconvulsoterapia (ECT).

O desenvolvimento desta técnica é atribuído ao psiquiatra italiano Ugo Cerletti com a colaboração de seu assistente Lucio Bini, que publicaram seus estudos em 1938 em uma conferência à Real Academia de Roma. Entretanto, os estudos que buscavam utilizar as correntes elétricas de maneira terapêutica já eram desenvolvidos desde os primeiros anos do século XX na tentativa de se estimular crises convulsivas de maneira artificial (MATHIAS, I, 1953, p. 17)

O uso da eletricidade em Psiquiatria passou a ser cogitado após o uso em larga escala do Cardiazol, uma vez que já se sabia que, com uma voltagem específica, a corrente elétrica, aplicada nas têmporas dos seres humanos, provoca uma crise convulsiva semelhante à da Epilepsia. Segundo Pacheco e Silva (1951, p. 181) é neste ponto que Cerletti merece reconhecimento internacional pela difusão da Eletrochoqueterapia, pois,

“Partindo desses princípios e, após ter assistido à provocação de crises convulsivas pela eletricidade em suínos, empregada no Matadouro de Roma, a fim de facilitar-lhes a matança, é que ocorreu ao Prof. CERLETTI a idéia, após ter verificado a rapidez com que os porcos se refaziam do eletrochoque, de recorrer a esse método convulsivante no tratamento das doenças mentais, onde se indicava o emprego do Cardiazol”.

Em relação ao Cardiazol, a técnica de Cerletti apresentava, segundo os psiquiatras, além das “vantagens” de ordem econômica (já que os manicômios tinham que investir somente na obtenção do aparelho de eletrochoque e não mais em grandes quantidades de Cardiazol – medicamento que possuía um preço elevado no mercado), ela ainda provocava uma perda de memória nos pacientes, de modo que eles não se lembravam do choque sofrido após terem a sua consciência restabelecida. Por isso, o uso do eletrochoque no estímulo às crises convulsivas foi assimilado rapidamente pela Psiquiatria e foi difundido nos manicômios de várias partes do mundo, como mostra Henrique M. de Carvalho (1943, p. 179):

“O método pode ser empregado em larga escala e em muitos doentes no mesmo dia, com muito menos trabalho e o mesmo pessoal exigido para com o Cardiazol. Os doentes não se queixam e facilitam o tratamento, tendo desaparecido aquelas dramáticas cenas comuns com o emprego do Cardiazol, em que o paciente se debatia, reagia, tentava fugir, tornando por vezes impossível a prática da injeção endovenosa. Hoje, há silêncio e ordem entre os

pacientes que vão tomar o eletrochoque e são raros os que reagem, lutam e tentam fugir no momento em que vão fazer aplicações.”

Em São Paulo, a Eletrochoqueterapia passou a ser aplicada em 1941, por Pacheco e Silva, na Clínica Psiquiátrica do Serviço de Assistência aos Psicopatas de São Paulo, no Sanatório Pinel (hospital psiquiátrico, até então, particular, de propriedade de Pacheco e Silva) e no “Sanatório Esperança” e, em 1942, passou a ser usada em larga escala no Juquery, substituindo gradativamente o método baseado no uso do Cardiazol (YAHN, M e BARROS, P. F, 1947, p. 236). Os médicos responsáveis pela aplicação do Eletrochoque no Juquery eram Mario Yahn entre as mulheres e Henrique Marques de Carvalho, na Seção de Esquizofrenia, entre os homens.

A primeira publicação encarregada de debater as técnicas e os resultados da Eletrochoqueterapia no Brasil (e na América do Sul) foi publicada em 1941 por Pacheco e Silva, a partir de um estudo prático desenvolvido em 21 indivíduos, após a técnica ter sido testada diversas vezes em cães. Segundo o autor da publicação, as primeiras experiências com a nova técnica convulsiva foram feitas da seguinte forma:

“[...] O doente deve estar em jejum e vestir pijama folgado, exatamente como se procede quando se pratica a convulsoterapia pelo Cardiazol.

Os autores americanos costumam colocar, para prevenir fraturas nas vértebras, pequenos sacos de areia ou um travesseiro duro, em correspondência à convexidade dorso-lombar [...]. O paciente deve ser colocado num sofá estofado de madeira, que por sua vez deve esse encontrar sobre o soalho ou sobre um linoleum, nunca sobre o ladrilho ou cimento [...].

Os eletródios são colocados um de cada lado da cabeça do paciente, na região fronto-parietal. [...] Autores alemães recomendam a raspagem do cabelo da região onde são colocados os eletródios, o que contribue para diminuir a resistência.

[...] Antes de se aplicarem os eletródios, unta-se a região onde vão ser colocados com uma pasta especial (Eletrode jelly) para favorecer o contato. A flanela que reveste os eletródios é embebida numa solução saturada de cloreto de sódio. Entre as arcadas dentárias do paciente se coloca um chumaço de gaze torcida, para proteger os dentes e se evitar a mordedura da língua ou dos lábios. [...]” (PACHECO E SILVA, 1941, p. 19).

As recomendações sobre a aplicação desta técnica indicavam certos cuidados como a utilização de uma descarga elétrica de, no máximo, 120 volts, a fixação dos eletrodos nas têmporas dos pacientes, utilização de luvas de borracha pelos médicos e o isolamento, também com borracha, dos pacientes, para que a eletricidade não provocasse danos aos médicos e ao

paciente. No entanto, os médicos do Juquery logo passaram a experimentar a aplicação das correntes elétricas em outras regiões da cabeça do paciente, bem como abandonaram o uso do “lençol de borracha” e das luvas de proteção por não verem nenhuma ação benéfica no uso desses recursos. Passaram também a aplicar choques de até 130 volts em alguns pacientes mais resistentes às crises convulsivas (PACHECO E SILVA, 1951, p. 181).

Assim, por ser aplicado facilmente com um pequeno aparelho, que podia ser carregado entre as macas pelos médicos, o Eletrochoque passou a ser a principal ferramenta terapêutica utilizada no Juquery a partir da década de 1940. A sua “praticidade”, aliada ao baixo custo e ao pessoal reduzido que esta técnica demandava fez do ECT (mesmo com o advento dos medicamentos neuroléticos) o maior símbolo da psiquiatria asilar até, pelo menos, a década de 1980. (AMARANTE, 1994)

Além disso, esta indicação terapêutica passou a englobar o tratamento de praticamente todas as doenças mentais e a ser utilizada como um elemento de manutenção da ordem asilar em diversos hospitais psiquiátricos brasileiros. O medo que o ECT gerava nos pacientes, de alguma maneira, se assemelhava ao que o Cardiazol provocava, uma vez que a possibilidade de receber um eletrochoque em função de algum “mau comportamento” era, frequentemente, descrita como motivo de angústia e auto - vigilância⁷. Deste modo, se o advento do ECT se deu em função da eliminação do medo que os pacientes possuíam de receber as doses de Cardiazol, pode-se afirmar que tal objetivo foi frustrado.

Como um desdobramento das terapias biológicas que foram desenvolvidas em anos anteriores, o Eletrochoque se constituiu como o principal representante dos tratamentos de choque em psiquiatria. Com aplicação até a atualidade em algumas clínicas psiquiátricas, há uma ampla discussão entre diversos psiquiatras sobre os efeitos negativos que o eletrochoque provoca no organismo humano, como a perda de memória, por exemplo, e como permanece sendo usado na manutenção da ordem asilar, em diversos hospitais psiquiátricos pelo Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Analisando os aspectos históricos que embasaram a criação e a ampla difusão das terapias biológicas e, mais especificamente, das terapias convulsivantes, é possível observar que tais técnicas foram fruto de diversas experiências e de muitos anos de observação sobre os indivíduos internados em hospitais psiquiátricos. No entanto, elas também devem ser

7 Para maiores informações, ver: BUENO, A.C. **Canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001. Este relato de Austregésilo Carrano Bueno inspirou o roteiro do filme “Bicho de Sete cabeças” e mostra bem as críticas feitas à aplicação do Eletrochoque.

lembradas como uma forma terapêutica que foi ministrada em larga escala constantemente em caráter experimental e empírico.

Os resultados considerados positivos apresentados por tais técnicas, publicados nas revistas médicas ou extraídos dos prontuários médicos dos pacientes, embora altos para os padrões da época, eram consideravelmente menores que os índices de pacientes com seus sintomas “inalterados” ou mesmo que faleceram durante ou logo após o tratamento. Da mesma forma, é importante ressaltar que os aspectos éticos no desenvolvimento das terapias apresentadas eram muito limitados, o que permitia que novas técnicas fossem desenvolvidas em experiências realizadas em pacientes, que serviam, de certa forma, como objetos de estudo para as análises que seriam divulgadas nas publicações científicas.

Finalmente, cabe aqui a reflexão sobre as relações de poder que pautam a introdução e a aplicação de uma determinada técnica terapêutica em uma instituição asilar psiquiátrica. Dentro desta realidade, os pacientes são vistos como incapazes de opinar sobre o tratamento que estão recebendo e devem se submeter ao poder médico, que detém o conhecimento técnico sobre as terapias instituídas e o poder de determinar, ou não, a alta do paciente. Com esta relação estabelecida, o medo, as angústias e os efeitos colaterais que a Convulsoterapia provocava nos indivíduos eram utilizados, não poucas vezes, como parte integrante do processo disciplinar no Juquery.

Justamente esta aplicação de cunho disciplinar, somado aos significativos efeitos colaterais que a Convulsoterapia apresentava, foram objetos de diversas denúncias nas décadas subsequentes ao período analisado neste trabalho e se tornaram um dos maiores pontos de crítica fomentados pelos movimentos da Luta Antimanicomial e da Antipsiquiatria. Com isso, o uso do ECT passou a ser feito de maneira muito mais limitada e passou a ser indicado para casos mais específicos, sendo aplicado, geralmente, em clínicas especializadas, embora ainda seja notório o uso desta técnica, sob o prisma disciplinar e em larga escala (em detrimento ou somado ao uso de medicamentos) em algumas instituições asilares em nosso país.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 202p.
- BARROS, P.F. de. Considerações sobre a eletrochoquerapia. Atas do Centro de Estudos “Franco da Rocha”: In: **Arquivos da Assistência aos Psicopatas do estado de São Paulo**, ano VIII, nº 1 – 4, p. 263 – 268, 1943.
- BUENO, A.C. **Canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
- CARVALHO, H. M. Considerações sobre a Secção de Esquizofrenia do Hospital Central de Juqueri. In: **Arquivos do Serviço de Assistência**

- aos **Psicopatas do Estado de São Paulo**, ano IV, nº 3 – 4, p. 281 – 297, 1939
- CARVALHO, H. M. Considerações sôbre dois casos de “coma irreversível”, no tratamento de Sakel. In: **Arquivos do Serviço de Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo**, ano VIII, nº 1 – 4, p. 155 – 195, 1943.
- CARVALHO, H. M. e SILVA, P. A. O tratamento convulsivante na esquizofrenia. Método de Von Meduna. In: **Arquivos da Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo**, ano II, nº 2, p. 539 – 552, 1937.
- CUNHA, M C P. **Espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 23 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- MACHADO, R et al. **Da Nação da norma: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MARINHO, M. G. S. M. C. Intelectuais e saber médico. História da Psiquiatria e das Práticas Médicas no “Fundo Pacheco e Silva. In: **Centenário Simão Mathias: Documentos, métodos e identidade da história da ciência**. São Paulo: PUC, 2008.
- MATHIAS, I. A Eletroanestesia. In: **Arquivos do Depto. De Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo**. Ano XVIII, nº único, p. 17 – 23, 1953.
- MOTA, A. **Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.
- MOTA, A. **Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892 e 1920**. São Paulo: Edusp, 2005.
- PACHECO E SILVA, A C. Syphilis Nervosa. In: **O Estado de São Paulo**. Medicina e Higiene. 17 de mar. 1933.
- PACHECO E SILVA, A. C. **Saudação proferida em nome da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo ao Dr. Ladislau Von Meduna, em 4 de julho de 1939**. Fundo Pacheco e Silva - Museu histórico da FMUSP (mimeo), 3 p. São Paulo, 1939.
- PACHECO E SILVA, A C. **Terapêutica moderna da Esquizofrenia**. Conferência na semana de terapêutica clínica na Escola Paulista de Medicina. Fundo Pacheco e Silva - Museu histórico da FMUSP (mimeo), 11 p. 1940.

- PACHECO E SILVA, A. C. O eletrochoque no tratamento das doenças mentais. In: **Revista de Medicina**. Vol. 25, nº 95/96 – novembro-dezembro, 1941.
- PACHECO E SILVA, A. C. **Psiquiatria clínica e forense**. 2. Ed. São Paulo:Renascença, 1951.
- PACHECO E SILVA, A. C. **Professor Ugo Cerletti**. Saudação ao prof. Ugo Cerletti, feita pelo prof. Pacheco e Silva em 10 de agosto de 1953. Acervo do Museu histórico da FMUSP (mimeo), 2 p. São Paulo, 1953.
- PACHECO E SILVA, A. C. e RIBAS, J. C. Sobre um caso de Paraplegia Pitiática curada após uma injeção de Cardiazol. In: **Revista médica brasileira**. Ano III, nº 2, tomo IX, p. 63 – 70, ago. 1940.
- PUPO, P. P. Acidentes encefálicos da convulsoterapia. In: **Arquivos da Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo**, ano VIII, nº 1 – 4, p. 269 – 291, 1943.
- SILVA, P. A e SILVA Jr. J. A. Resultados da Malarioterapia na Assistência Geral a Psicopatas. In: **Arquivos da Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo**, Ano II, nº 1 – 2, p. 11 – 22, 1937.
- SILVEIRA, A. Contribuição para o tratamento convulsivante nos esquizofrênicos. In: **Arquivos da Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo**. Ano II, ano 3 – 4, p. 391 – 427, 1937.
- TARELOW, G. Q. Um tratamento de choque: A aplicação da Malarioterapia no Hospital do Juquery (1925 – 1940). In: **Cadernos de História das Ciências**. Vol. 5, nº 1. São Paulo: jan. – jul. 2009. p. 7 – 22.
- TARELOW, G. Q. **Entre febres, comas e convulsões: As Terapias Biológicas no Hospital do Juquery administrado por Pacheco e Silva (1923 – 1937)**. [Dissertação de Mestrado; orientadora: Maria Amélia Mascarenhas Dantes]. São Paulo: Departamento de História/Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas/USP, 2012.
- UCHÔA, D. M. A significação terapêutica da angústia no método de Meduna. In: **Arquivos da Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo**, ano VI, nº 1 – 4, p. 143 – 163, 1941.
- URQUIZA, L. M. P. F et al (orgs.). **Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira**. São Paulo: Edusp, 2002.
- YAHN, M. e BARROS, P. F. A Convulsoterapia no tratamento da epilepsia. In: **Arquivos da Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo**, ano IX, nº 1 – 4, p. 203 – 220, 1944.
- YAHN, M. e BARROS, P. F. Eletrochoqueterapia. In: **Arquivos da Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo**, ano XII, nº único, p. 233 – 276, 1947.
- YAHN, M. e OLIVEIRA NETO, E. M., Consideração sobre 400 casos tratados pelo método de Von Meduna. In: **Arquivos da Assistência aos Psicopatas do Estado de São Paulo**, ano VII, nº 3 – 4, p. 333 – 361, 1942.

MEDICINA E PSIQUIATRIA EM SÃO PAULO NOS ANOS DE 1930-1940: O CASO DAS MULHERES DO JUQUERI

André Mota
Líliã Blima Schraiber

INTRODUÇÃO:

“O Hospício do Juqueri constituiu a primeira tentativa de montagem de uma instituição modelar no país. Simbolicamente erguido em região vazia próxima à cidade de S. Paulo, foi implantado em consonância com os padrões mais avançados do alienismo internacional. No interior de um intenso movimento de cientificação - semelhante aqui a muitas cidades no mesmo período, pelo mundo afora - o hospício medicalizado aparecia como uma das mais sólidas cidadelas da nova ordem que se construía no Brasil no final do século XIX”¹.

Durante o período de criação do Hospital do Juqueri, foi o médico e psiquiatra Francisco Franco da Rocha, que procurou desenvolver as concepções advindas de Morel, através da laborterapia. Por essa concepção, a aglomeração humana e o caldo de cultura viciosa estavam ligados à alienação: “uma proposta terapêutica coerente deveria incluir o afastamento do doente de seu meio original e proporcionar-lhe um ambiente higienizado físico e mentalmente saudável, onde ele possa recuperar os bons valores morais perdidos”². Esse é um período em que o espaço asilar dos hospícios começam a receber críticas, vindas dos próprios médicos, quanto a sua forma de funcionamento, vigilância, arquitetura, classificações dos doentes e a eterna lotação.

Nesse quesito, superlotação, a estratégia utilizada por Franco da Rocha junto à laborterapia seria de estabelecer colônias em sítios circunvizinhos, no sentido de desobstruir o asilo, já que a cura não ocorria nas proporções esperadas e muitos eram internados em contextos dos mais variados,

1 CUNHA, M. C. P. De historiadoras brasileiras e escandinavas: loucuras, folias e relações de gênero no Brasil (século XIX e início do XX) In: **Tempo**, Rio de Janeiro, Vol. 3, n.5, 1998, p. 2.

2 PEREIRA, L. M. F. Os primeiros sessenta anos da terapêutica psiquiátrica no Estado de São Paulo In: ANTUNES, E. H; BARBOSA, L. H. S e PEREIRA L. M. F (orgs.). **Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira**. São Paulo, Edusp, 2002, p.36.

acentuando o abarrotamento, inclusive, das colônias. Com o passar do tempo e as mudanças tecnológicas médico-psiquiátricas trazidas para dentro do Juqueri, seria esse o quadro preponderante da instituição, ou seja, administrar, antes de tudo, a sua superlotação³.

O artigo em questão traz como objetivo central de análise a institucionalização da psiquiatria em São Paulo, atrelada às ações impetradas no Hospital do Juqueri no caso de morte de mulheres na ala feminina da Colônia do Hospital do Juqueri em 1939, fruto da superlotação, justamente quando o interventor do Estado, Ademar de Barros, inaugurava uma nova ala dedicada, segundo dizia, ao bem estar desse mesmo grupo. A recuperação dessa história de mulheres, como aqui proposta, buscará questionar, a partir de um quadro específico, as esferas institucionais tidas como capazes de acolher e tratar aquelas diagnosticadas como doentes mentais, mas também o arcabouço teórico e institucional que envolveria a mulher e seu corpo. Instâncias que se entrelaçam e que, para além das (in) competências institucionais, complexificam o lugar da mulher na sociedade e, em sua extensão, da própria história.

AS COLÔNIAS DO JUQUERI: O CASO DA MORTE DE MULHERES NO ANO DE 1939

Quando o médico e psiquiatra Antonio Carlos Pacheco e Silva assumiu a direção do Hospital do Juqueri, desde 1923, buscou dentro e fora do país tecnologias que pudessem ser aplicadas no campo do ensino e da pesquisa, utilizando-se largamente do Hospital como um novo campo de experimentações científicas enlaçado aos momentos políticos vividos por São Paulo. Isso porque, esse “Estado paulista superior”, construído, em grande medida, por práticas e representações médicas, foi abalado a partir de 1930 e São Paulo alijado do poder político central, teve de encontrar novos caminhos para reafirmar seus símbolos em torno da existência de uma independência técnica, científica e, inclusive, de sua “natureza racial diferenciada”⁴. Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder, Pacheco e Silva procurou acalmar os seus funcionários com a seguinte declaração:

“Aos funcionários e empregados do Hospital do Juqueri:

Nenhuma alteração sofreu a direção desta casa com a modificação verificada no governo da república. Logo após a posse do novo

3 DIAS, I. M. *A história da psiquiatria no Estado de São Paulo (sob o signo da exclusão)*. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Depto. de Medicina Preventiva, FMUSP, 1985, p.201.

4 MOTA, A. *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de Janeiro, DP&A, 2003.

Secretário do Interior – o Exmo. Sr. Dr. José Carlos de Macedo Soares – ao mesmo me apresentei, sendo recebido com as mais inequívocas provas de confiança e de animação no prosseguimento do posto que ocupo. Não tendo ligações de ordem política com o governo passado, não me tendo nunca afastado das normas pelas quais sempre pautei os atos de minha vida, de rigorosa probidade administrativa, de justiça, de independência, de tolerância e, ao mesmo tempo, de rigor no cumprimento da ordem e do dever, prestigiado pelos funcionários e empregados deste estabelecimento nos momentos mais difíceis da vida do país, continuo no meu cargo, sem transigir, como é público e notório, com minhas ideias, e profundamente reconhecido à dedicação e solidariedade dos meus auxiliares. Venho agora solicitar a todos que morejam nesta casa, a cooperação dedicada e leal com que sempre me distinguiram, pedindo, ao mesmo tempo, que suportem com paciência e tolerância todas as dificuldades que porventura a situação anormal, criada por tão grandes mutações, possa ter acarretado na vida de cada um”⁵.

Foi ainda em 1932 que mais uma colônia do Juqueri, com capacidade inicial para 500 pessoas, foi traçada com o objetivo de se construírem pequenos pavilhões sem grande ônus para o Estado, ampliando o projeto executado por Franco da Rocha, já que a superlotação dava sinais de descontrole frente as atividades a serem realizadas. Sob a orientação de Pacheco e Silva e a direção técnica do engenheiro Ralph Pompêo de Camargo, foi a mesma concluída em 1932, compondo-se de 8 pavilhões-dormitórios, localizados em semi círculo.

A colônia dispunha de dois pátios circundados por cercas vivas, com as seguintes instalações acessórias: “a) 2 refeitórios semi-abertos; b) 2 instalações de banhos de asseio com chuveiros, vestiário e rouparia; c) 2 abrigos; d) 2 secções para agitados e moléstias intercorrentes, com 16 quartos e instalações de balneoterapia; e) 1 cozinha com capacidade para 500 pessoas, disposta de forma a facilitar o transporte da comida para os refeitórios”⁶ Mesmo diante das novas instalações como as novas colônias, o Manicômio Judiciário e um Departamento de Menores Anormais, a confluência de pessoas para o Juqueri continuaria a ser um dos pontos inconclusos da instituição, envolvendo diversas autoridades do Estado.

Entre esses personagens, Adhemar de Barros foi o político que logrou espaço junto ao governo central, ganhando a interventoria federal do Estado no período de 1938 a 1941. Foi assim que no dia 27 de maio de 1939, às 9 horas da manhã, partia do Palácio dos Campos Eliseos rumo à cidade de Juqueri, a comitiva liderada por ele com o fito de inaugurar mais uma colônia

5 PACHECO E SILVA, A. C. *Aos funcionários e empregados do Hospital de Juqueri*, São Paulo, de outubro de 1930 (mimeo).

6 PACHECO E SILVA, A. C. *Quinze anos na direção dos serviços de assistência aos psicopatas do Estado de São Paulo*, s/d. (mimeo)

para mulheres vindas das cidades do interior, no Hospital do Juqueri, agora sob a direção de Marcondes Vieira. Segundo o jornal *Correio Paulistano*:

“o dr. Adhemar de Barros, tomando de suas mãos as chaves, encaminhou-se, por entre as alas de doentes, para o pavilhão recém-construído e, abrindo a sua porta principal, deu por inaugurada mais aquela colônia, ampla e higiênica, capaz, por si só, de concorrer para que o interior do Estado fique livre do espetáculo constritor que as suas cadeias ofereciam a todos, apinhadas de insanos que por ali iam se acumulando”⁷.

O projeto desenvolvido pela interventoria estadual transferiu para a nova colônia do Juqueri 860 mulheres, consideradas dementes e por isso aprisionadas, em meses anteriores, em cadeias públicas e postos policiais do interior⁸, gerando escândalos entre os moradores, já que as presas eram obrigadas a conviver em celas superlotadas com outros presos nas delegacias municipais. Tal assunto estava dentro de uma série de internamentos exigidos pelo novo diretor da Assistência aos Psicopatas de São Paulo, Milton Pena, que encontrando 2.438 processos arquivados e 961 processos novos, determinou que fossem internados 2.701 pessoas em todo o Estado.

No discurso de Adhemar de Barros, tal cenário era uma “página horrenda que a falta de assistência hospitalar para os enfermos da mente escreveu, até ontem, na história da nossa organização social. As cadeias públicas regurgitavam de infelizes cujo crime consistia em terem desmerecido a proteção de Deus”. E num claro arroubo voltado para os opositores de suas medidas, foi direto: “quero dizer, falando como chefe de Estado e como médico, mais como médico, talvez, do que como Chefe de Estado, que há por aí muitos loucos em liberdade, a sonhar com um passado que não voltará jamais e sobre o qual caiu, como uma lage de sepultura, o desprezo do Brasil inteiro”⁹.

No entanto, contrariamente ao discurso positivo de Adhemar de Barros, os analistas não deixaram de perceber e demonstrar o quanto o Complexo do Juqueri era naquele momento um “depósito humano de encarcerados”, sem controle ou proteção institucional. Em artigo publicado sob o título “*Efeitos da hiperinsolação entre doentes mentais hospitalizados*”, os médicos Edgar Pinto Cesar e José P.G. D’Alambert narram um história dramática ocorrida neste momento em que foram removidas das cidades do interior para lá, as centenas de “insanas”. Em 1940, diante do aumento expressivo de mulheres encarceradas nas colônias, fruto, em larga medida, das prisões realizadas

7 O Hospital do Juqueri está em condições de atender a qualquer pedido de internamento de doentes mentais. In: *Correio Paulistano*, 28/05/1939, p. 3.

8 Eram elas: Baurui, Ribeirão Bonito, Mogi Guaçu, São João da Boa Vista, Bragança Paulista, Serra Negra, Jacaré, Jundiá, Santos, São Vicente, Ribeirão Preto, Campinas, Araras, Pirassununga, Leme, Piraju, Avaré, Botucatu, São Manuel, Amparo, Campos do Jordão, Duartina, Limeira, Tietê, Itararé, Araraquara e posto policial da Vila Guilherme na Capital.

9 Idem

pelo interior do Estado, teria havido no Juqueri, um considerável aumento de óbitos, determinado, principalmente, pelos distúrbios do aparelho digestivo: “surgiram também numerosos casos de doentes com lesões pelagrosas que incidiam, principalmente, nos que acusavam distúrbios enterocolíticos, com grave desnutrição”¹⁰. Embora a ração alimentar fornecida às doentes fosse considerada “um pouco defeituosa” e que a água potável fornecida não fosse considerada de “rigorosa pureza”, esses fatores só poderiam exercer influência bem pequena – avaliavam os médicos.

Um fato que chamava mais a atenção, porém, dizia respeito a ocorrência destas mortes serem apenas entre as mulheres. Foi a partir dessa observação que passaram a se debruçar sobre o cotidiano da ala feminina, chegando a seguinte conclusão do caso:

“Ao pesquisarem a ala feminina do Hospital verificaram que devido à superlotação, muitas mulheres, principalmente as mais doentes, ficavam dias do lado de fora dos quartos na área externa e sem nenhuma proteção contra o frio noturno ou a insolação diurna. Verificaram também que o mesmo ocorria na ala masculina, mas que na área externa as árvores protegiam das intempéries.

Foi assim que os dois médicos puderam dar o seguinte diagnóstico:

“suspeitaram então o fator hiperinsolação estivesse determinando o grave anormal estado de coisas. Realmente puderam os autores depois de comprovar que era o principal fator em causa, pois uma simples supressão, a situação voltou à normalidade”¹¹.

QUEM SÃO ELAS? A MEDICALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO CORPO FEMININO

Para Foucault entre os anos de 1850-1870 nascia uma “nova” psiquiatria, que teria como traço fundamental incorporar, além do delírio e da alienação mental, os “comportamentos”, através de seus desvios e suas anomalias. Para isso, mesmo tendo patologizado a loucura como um saber médico, a psiquiatria encontrou atrás do corpo anormal, a hereditariedade como explicativa do processo degenerativo do indivíduo:

10 CESAR, E. P e D'ALAMBERT, J. P.G. Efeitos de hiperinsolação entre doentes mentais hospitalizados In: **Associação Paulista de Medicina: atas das reuniões realizadas em 1942**. São Paulo, s/ed, 194, p. 290.

11 Idem.

“na teoria da hereditariedade psiquiátrica, está estabelecido que não apenas uma doença de certo tipo pode provocar nos descendentes uma doença de mesmo tipo, mas que ela também pode produzir, com idêntica probabilidade, qualquer doença de qualquer tipo”¹². Muito mais, não é necessariamente uma doença que provoca outra, mas algo como um vício, um defeito”¹³.

Por essa perspectiva: “o alienado não seria ainda considerado um “doente”, tal como portador de uma afecção no fígado ou nos rins, e passível de tratamento e de cura. O alienado é considerado ainda um ser que “perdeu” ou “adquiriu” qualquer coisa, e *definitivamente*.”¹⁴. Esse raciocínio se pautará pela “doutrina da degeneração”, formulação aprofundada por Benedict Augustin Morel¹⁵, que mesmo sendo um termo usado por naturalistas e antropologistas na designação de variações étnicas e raciais, sem nenhuma conotação patológica, foi alterada para significar uma “alteração do tipo antropológico ou do biótipo *Homo sapiens*, com a patologia, particularmente com a patologia mental”¹⁶. Os seus critérios passavam pelas relações de gênero, interesses familiares, senso comum e pela intersecção entre medicina e a doutrina jurídica, numa conjunção entre eugenia e higiene mental¹⁷.

Tal procedimento discursivo e prático se dava num misto de ações, que lembrariam os processos de internamento e exclusão dos chamados loucos e ociosos do século XVII e XVIII, como nos lembra Foucault:

“neste mundo da moral que castiga, a loucura tornou-se um fato que concerne essencialmente à alma humana, sua culpa e liberdade (...) ela está encerrada num sistema punitivo onde o louco minorizado, encontra-se incontestavelmente aparentado com a criança, e onde a loucura, culpabilizada, acha-se originariamente ligada ao erro”¹⁸.

Tal “erro” será o ponto de partida para o aprisionamento de todo homem ou mulher considerado fora da “normalidade”, campo amplo e

12 KURCGANT, D. **Uma visão histórico-crítica do conceito de crise não-epilética psicogênica**, São Paulo, Tese de Doutorado, Depto. de Medicina Preventiva - FMUSP, 2010.

13 FOUCAULT, M. **Os anormais: curso do Collège de France (1974-1975)**. São Paulo, Martins Fontes, 2001, p. 399.

14 RAMOS, A. **Saúde do espírito: higiene mental**. 6.ª ed. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 1955, p. 11.

15 “baseando-se implicitamente em Rousseau, Morel partia do princípio que, criado originalmente por Deus, o homem era um ser perfeito. É interessante notar que tal perfeição em sua expressão máxima nada mais seria, para Morel, senão a possibilidade de uma completa submissão do físico ao moral, do corpo à alma, princípio da totalização da pessoa humana enquanto pessoa divina” In: CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro/São Paulo, UERJ/EDUSP, 1998, p. 84.

16 Idem, p. 82.

17 COUTO, R. C. C. M. **Nos corredores do Pinel: eugenia e psiquiatria**. São Paulo, tese de Doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1999, p. 2.

18 FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro, Biblioteca Tempo Universitário, 1968, p. 350.

indefinido, legitimando-se por essa existência “hereditariamente patológica” uma moralidade punitiva, escondida sobre epítetos como “normalidade nacional” e “salvaguardo dos destinos hereditários”. Por esse quadro, “no século XX são a teoria e as práticas da eugenia – equivalente moderno de degenerescência – que ocupam o lugar central na orientação assumida pela medicina mental”¹⁹. Essa, por sua vez, era assumida como uma especialidade a ser aprendida na formação de todo o profissional médico.

Já sua “aplicação prática” se dará em níveis diferenciados, captando as diferenças dos grupos sociais, raciais, faixas etárias e gênero, formando uma rede complexa de definições científicas, muitas vezes contraditórias²⁰. No caso das relações estabelecidas entre a medicina, a psiquiatria e as mulheres, especificamente aqui apresentadas, cabe sublinhar que tais diferenças e significados devem ser encontrados nas diversidades sociais, étnicas, religiosas, regionais e políticas, motes explicadores para as relações estabelecidas entre o saber médico-psiquiátrico e “determinados” grupos de mulheres²¹.

No entanto, foi a concepção de “natureza feminina”, a base pela qual a medicina social se constituiu, ampliando o processo de medicalização do corpo feminino e sua (re) leitura pela especialidade médica-psiquiátrica:

“por ter de ser a natureza feminina essencialmente materna e reprodutiva, a sexualidade feminina essencialmente maternal e reprodutiva, a sexualidade feminina só poderia estar relacionada a essas qualificações. Surge então a imagem da mulher “degenerada” e da mãe “desnaturada” por referência aos desvios da norma. As medidas repressivas da sexualidade tornam-se medidas terapêuticas, já que a normalidade instituída é a sexualidade procriadora”²².

Magali Engel vai fazer considerações importantes sobre a historicidade das relações entre a psiquiatria e a presença feminina, na virada do século XIX para o XX, chamando a atenção para a construção representativa da “natureza da mulher” como um ser mais propenso e próximo da doença mental do que o homem:

“no organismo da mulher, na sua fisiologia específica estariam inscritas as predisposições à doença mental. A menstruação, a gravidez e o parto seriam, portanto, os aspectos essencialmente priorizados na definição e no diagnóstico das moléstias mentais

19 CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo: Juqueri, a história de um asilo**. São Paulo, Paz e terra, 1986, p.166.

20 BARBOSA, R. M. **A presença negra numa instituição modelar: o Hospício do Juqueri**. Dissertação de Mestrado, São Paulo, Depto. de Sociologia, FFLCH-USP, 1992.

21 ENGEL, M. **Psiquiatria e feminilidade** In: PRIORE, M. D (org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo, Contexto, 9ª. Ed, 2009, p.334.

22 VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002, p.38.

que afetavam mais frequentemente ou de modo específico as mulheres”²³.

Nesse sentido, não foi difícil identificar em determinadas mulheres, sinais de uma patologia mental, variando as peculiaridades de cada uma conforme seu lugar social, indo da moça rica à pobre, da mãe de família à prostituta: “paulatinamente todas as mulheres são responsabilizadas por atitudes moralmente condenáveis e por uma tendência perversa latente”²⁴.

EUGENIA E ESTERILIZAÇÃO: A CONTENÇÃO NO CORPO FEMININO DOS DEGENERADOS DA NAÇÃO

Em São Paulo, no ano de 1926, fundava-se a Liga Paulista de Higiene Mental, com sede no Juqueri tendo a frente os médicos Pacheco e Silva, Geraldo de Paula Souza, Enjolras Vampré, Marcondes Vieira, Cantídio de Moura Campos, Fausto Guerner e Ferraz Alvim. Tal liga nunca recebeu recursos do Estado para a realização de suas atividades, tendo um perfil ligado particularmente à psiquiatria e em suas propostas de higiene mental e de eugeniação social: “reformular os dispositivos institucionais, adaptando-os aos novos propósitos da eugeniação constitui um dos objetivos visados pelos psiquiatras entrincheirados nas Ligas de Higiene Mental”²⁵.

A higiene mental serviria como a guardiã do equilíbrio humano, visando a conservação da saúde do espírito, cultivando o seu exercício diário no sentido de “alimentar” certos pensamentos e ideias, valorizando a alegria, a beleza e a bondade, com bom humor, confiança e tolerância. Para o professor Alberto Lyra, da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a melhor orientação para a higiene mental é dirigir os pensamentos de maneira efetiva e benéfica de acordo com a frase de Thackeray: “semeia pensamento e colherás uma ação; semeia uma ação e colherás um hábito; semeia um hábito e colherás um caráter; semeia um caráter e colherás teu DESTINO”²⁶.

Na década de 1930, diante da própria radicalidade em que se inscrevia parte da psiquiatria, houve, igualmente, uma radicalização dos discursos vindos da Liga, o que levou, segundo Vera Regina Beltrão Marques, “sob a influência de psiquiatria alemã, a Liga Brasileira de Higiene Mental

23 ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade In: PRIORE, M. D (org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo, Contexto, 9ª. Ed, 2009, p. 333.

24 RAGO, M. **Os prazeres da noite: prostituição e códigos de sexualidade feminina em São Paulo 1890-1930**, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991, p.159.

25 CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo**. Op.cit., p.170.

26 LYRA, A. Higiene Mental. In: **Boletim de higiene mental**, nº. 35, São Paulo, 1947, p. 4.

adotar, nos anos 30, um discurso fortemente marcado pela higiene racial em contraposição às práticas de higiene psíquica individual”²⁷. Segundo o estudo de Andrade, em 1931 já se podia acompanhar a difusão de textos alemães que defendiam a ampliação das atividades de higiene mental para todos os domínios da vida social: “em 1933, Ernani Lopes propõe que sejam instituídos no Brasil tribunais de eugenia, a reforma eugênica de salários e o seguro paternidade eugênica, três instrumentos jurídicos-institucionais criados por Hitler com intuito de aperfeiçoar a raça alemã”²⁸.

Haveria duas direções para os encaminhamentos da higiene mental em terras paulistas. Uma de conotação predominantemente eugênica e outra de terapêuticas predominantemente somáticas como a prática médica. Dessa forma se “por um lado, em nome da higiene mental, o lugar da prática médica e eugênica é reafirmado à psiquiatria, por outro lado, as teorias eugênicas são utilizadas para a concepção de sociedade advogada pelos psiquiatras da Liga paulista, num movimento de reafirmação de seu potencial normativo social”²⁹. Para isso o higienista deveria atentar para as resoluções dos congressos de higiene e eugenia, sintetizados em três itens, sendo o primeiro deles endereçado, quase que diretamente à função das mulheres na sociedade, já que a realização da maternidade seria capaz de prevenir e até mesmo curar os distúrbios psíquicos relacionados direta ou indiretamente à sexualidade e à própria fisiologia feminina³⁰:

“1°) educar o povo, fornecendo-lhe conhecimentos práticos e acessíveis sobre os problemas da transmissibilidade das moléstias mentais, preparando-o psicologicamente para a construção da família e educação de seus filhos; 2°) contribuir para correção dos defeitos da organização social e econômica do país apontando aos economistas, sociólogos e políticos os impasses que tais defeitos originam aos propósitos profiláticos em questão, afim de que através dessa cooperação surja uma resultante que represente a possibilidade material máxima de aproximação do ideal desejado; 3°) agir perante os poderes públicos afim de que instituem em todo o país organizações assistenciais e obter dos mesmos uma legislação eugênica tolerante, mas de eficiência comprovada”³¹.

Tais posições, ao se tratar da presença da mulher nesse processo de eugeniação, se dariam tanto ao dar filhos hígios para a sociedade,

27 MARQUES, V. R. B. **A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico**. Campinas, Ed.Unicamp, 1994, p. 69.

28 ANDRADE, R. A. S. Avatares da história da psicanálise: da medicina social no Brasil à medicina nazista e à medicina romântica alemã In: HERSCHMANN, M. M. e PEREIRA, C. A. M (orgs.) **A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20 e 30**. Rio de Janeiro, Rocco, 1994, p.74.

29 ANTUNES, E. H. **Raça de gigantes: a higiene mental e a imigração no Brasil**. Op.cit., p. 93.

30 ENGEL, M, Op.cit, p. 336.

31 VIZZOTTO, S. Possibilidade de higiene mental em nosso meio In: **Boletim de Higiene Mental**. São Paulo, Associação de Assistência Social ao Psicopata, ano V, no. 58, 1949, p.1.

como breçar em seu próprio corpo a vinda de seres indesejáveis. Em sua aula inaugural do curso de Clínica Psiquiátrica em 1936, Pacheco e Silva divulgou a importância do estudo desta disciplina no campo das especialidades médicas ³², pois seria o médico, o profissional habilitado e autorizado a aprofundar esses estudos. Pelo olhar desse profissional, poderiam ser apreciados os fenômenos mórbidos e conhecer-se os meios capazes de devassar o espírito humano, penetrando em seus meandros e fazendo uma “limpeza”. Segundo ele:

“a patologia do espírito integra cada vez mais dentro da medicina geral. Para se fazer tal demonstração, é o bastante recordar que mais de 50% dos casos de alienação mental se originam de afecções localizadas fora do cérebro e que, em tais casos, os distúrbios psíquicos não passam de epifenômenos. Daí a orientação moderna que preconiza a criação de clínicas especializadas, laboratórios bem providos, gabinetes dentários e outros recursos para se proceder, no dizer dos alienistas alemães – à limpeza orgânica dos doentes” ³³.

Exemplarmente, dentro de certas práticas psiquiátricas defendidas estava prevista a legalização da esterilização no Brasil, observando que “é bem de ver, contudo, que a esterilização, posta em prática como medida de caráter eugênico, não mutila o indivíduo, não o priva de qualquer função, mas apenas impede de se reproduzir” ³⁴. Por essa visão a esterilização deveria ser encarada como uma ação clínica, com objetivos terapêuticos, profiláticos ou até mesmo neo-maltusianos: “partindo do princípio, hoje universalmente aceito, de que grande maioria dos anormais são congênitos e contam com antecedentes hereditários neuro-psicopáticos, busca-se pela esterilização diminuir, como dissemos, a descendência desses elementos, o que vem reduzir sensivelmente os encargos da assistência e possibilitar a diminuição de impostos” ³⁵.

Diante das defesas em torno da eugenia restritiva dos indivíduos, tendo a esterilização eugênica de mulheres um lugar diletto, a pergunta que se faz é: teria havido tais práticas em São Paulo? Tal pergunta merece atenção, pois as posições vindas do campo médico deixavam implícito que sua prática estaria sendo efetivada, em determinadas circunstâncias e sob a chancela de determinadas especialidades. Mesmo não existindo uma “avalanche documental” comprobatória sobre tais ações, já que ela não é formalizada em lei, não foi difícil encontrar tais ações.

32 SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites de liberdade**. São Paulo, Hucitec, 1994.

33 PACHECO E SILVA, A. C. Aula Inaugural do curso de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo In: **Arquivos da Assistência Geral A Psicopatas do Estado de São Paulo**, São Paulo, 1936, p. 8.

34 PACHECO E SILVA, A.C. **Psiquiatria clínica e forense**. Op.cit., p.2-11.

35 Idem, p.149.

Esse foi o caso apresentado na Revista de Medicina em 1927, a partir de um trabalho escrito pelo médico Paulo de Godoy Moreira e Costa chamado: “*Eugenia e seleção*”. O trabalho criticado trazia como premissa a utilização em São Paulo de medidas eugênicas esterilizadoras em mulheres pelo então renomado cirurgião paulista Luciano Gualberto:

“tratando dos processos de esterilização da mulher diz: muito propositalmente deixamos para o fim a alusão a 3 processos que em São Paulo tem dado bons resultados. Assim temos o processo indicado pelo dr. Luciano Gualberto, proficiente cirurgião paulista. É a salpingectomia acompanhada de ligamentopexia. Este processo apresenta as seguintes vantagens: a) técnica duma grande simplicidade, donde economia de tempo; b) peritonização absoluta, afastando assim o perigo de aderências ulteriores; c) coloca o útero em boa posição. Em linhas gerais a técnica é a seguinte: fixado o útero e orientadas em boa posição as trompas, transfixa-se com uma agulha e sutura o mezo tubo-ovariano e se toma o pedículo da artéria ovariana. O ramo inicial desta ligadura é posto numa pinça de Kocher e deixado à parte. Depois, com um golpe de tesoura, separa-se a trompa do seu mezo, até a sua inserção interna, onde se termina a secção em ângulo agudo, em pleno tecido uterino. Passa-se, então, a sutura do mezo que é terminada por um ponto cruzado, ao nível do corno uterino. Retomando-se agora o fio inicial do pedículo e o terminal desta sutura, faz-se um nó aproximando o ovário do corno uterino. Faz-se o mesmo do lado oposto, completando-se a salpingectomia. Em seguida procede-se a ligamentopexia. O autor deste processo, empregando-o inúmeras vezes, não teve nenhum insucesso”³⁶.

Para Paulo de Godoy Moreira e Costa, tais ações, tidas por “métodos engenhosos” se dariam “nas ocasiões consideradas adequadas”, e tais técnicas apenas demonstravam aquilo que vinha sendo feito em Zurique onde, numa recente estatística, apontavam-se 225 casos com um único insucesso. E concluía com uma defesa à esterilização eugênica:

“a esterilização humana para fins eugênicos e raciais não pode ser considerada absurda e impraticável. Acoimar de impossível essa inovação científica, significa a mais solene capitulação, pela fraqueza, da Ciência, cujo culto professamos. Porque a ciência é evoluir, transformar, melhor. A rotina e involução, não a poderia fixar no tempo e no espaço. Também não se afirme, nem se averbe de falsa e imoral a esterilização eugênica”³⁷.

36 MOREIRA E COSTA, P. G. Eugenia e seleção In: **Revista de medicina (publicação do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina de São Paulo)**, nº 47, São Paulo, 1927, p.176.

37 Idem, p. 178.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

No Hospício do Juqueri estaria previsto, inicialmente, a obrigatoriedade do trabalho como meio de cura ou de controle, sendo dirigido às mulheres “qualquer que fosse sua procedência ou experiência anterior de trabalho, as atividades da agulha, do fogão, dos baldes e vassouras em um simulacro de lar coletivo, capaz de trazê-las de volta normalidade projetada na figura feminina sob a forma da domesticação”³⁸. Nessa direção, as mulheres foram alvo de ações, que, mesmo se dizendo profiláticas, demonstravam o quanto estavam expostas de formas diferenciadas aos regramentos das instituições hospitalares do Estado.

Imputava-se de acordo com os valores e padrões predominantes nos enfoques psiquiátricos do corpo e da sexualidade femininos, a visão de que a mulher estaria mais próxima da loucura do que o homem, e do ponto de vista político, o quanto elas deveriam ser dispostas a determinadas formas de internação e medicalização. Responsável por ser o cimento familiar, dando os melhores filhos ao Estado, recairia sobre as mulheres a pecha de representarem também o oposto do lugar de mãe, desregrando a partir do indivíduo mal formado toda a coletividade nacional.

Degeneração e corpo feminino passariam a ganhar entrelaçamentos com conotação especial ao se tratar da eugeniação da raça, afinal, seria a mulher a “responsável” pela concepção, ou não, dos filhos que se esperava, também a “nação paulista”, para não se esquecer das prédicas de Alfredo Ellis Junior ao defender de forma cabal a “sub-raça-superior”, que faria do paulista o ser mais acabado e altivo da raça brasileira. Contudo, se a mulher estava na mira dessas prédicas, o que dizer daquelas diagnosticadas como a encarnação da loucura e degeneração.

A narrativa desta história se apresenta como uma ponta de iceberg de uma complexa rede envolvendo a psiquiatria, sua rede de institucionalização em solo paulista, bem como as diversas formas com que certos grupos eram concebidos e “tratados entre os muros de suas instituições hospitalares e de reclusão”. A historiadora Maria Clementina da Cunha notou em sua pesquisa que, percorrendo milhares de prontuários psiquiátricos do hospício do Juqueri entre 1895 e 1930, nunca viu um único caso de mulher que tenha conseguido ser ouvida e fazer valer seus direitos em face do poder discricionário dos pais e maridos aliados ao psiquiatra, demonstrando o quanto as diferenciações de gênero eram presentes e importantes nessa análise. A descrição da prisão dessas mulheres e a forma como foram abandonadas até a morte nos pavilhões recém-criados do Juqueri, desvelam mais um capítulo dessa história, que mesmo silenciada reaparece, nas entrelinhas dos discursos, mesmos os mais dispersos.

38 CUNHA, M. C. P. De historiadoras brasileiras e escandinavas: loucuras, folias e relações de gênero no Brasil (século XIX e início do XX). Op.cit., p.3.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, R. A. S. Avatares da história da psicanálise: da medicina social no Brasil à medicina nazista e à medicina romântica alemã In: HERSCHMANN, M. M. e PEREIRA, C. A. M (orgs.). **A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20 e 30**. Rio de Janeiro, Rocco, 1994.
- ANTUNES, E. H. Raça de gigantes: a higiene mental e a imigração no Brasil In: ANTUNES, E. H, BARBOSA, L. H. S e PEREIRA, L. M. F (orgs.). **Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira**. São Paulo, Edusp, 2002, p. 81-104.
- BARBOSA, R. M. **A presença negra numa instituição modelar: o Hospício do Juqueri**. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Depto. de Sociologia, FFLCH-USP, 1992.
- CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro/São Paulo, UERJ/EDUSP, 1998.
- COUTO, R. C. C. M. **Nos corredores do Pinel: eugenia e psiquiatria**. São Paulo, tese de Doutorado, Depto. de História, FFLCH-USP, 1999.
- CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo: Juqueri, a história de um asilo**. São Paulo, Paz e terra, 1986.
- CUNHA, M. C. P. De historiadoras brasileiras e escandinavas: loucuras, folias e relações de gênero no Brasil (século XIX e início do XX). In: **Tempo**, Rio de Janeiro, Vol. 3, nº 5, 1998, p.181-215.
- DIAS, I. M. **A história da psiquiatria no Estado de São Paulo (sob o signo da exclusão)**. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Depto. de Medicina Preventiva, FMUSP, 1985.
- ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade In PRIORE, M. D (org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo, Contexto, 9ª. Ed, 2009, p. 322-361.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro, Biblioteca Tempo Universitário, 1968.
- FOUCAULT, M. **Os anormais: curso do Collège de France (1974-1975)**. São Paulo, Martins Fontes, 2001.
- KURCGANT, D. **Uma visão histórico-crítica do conceito de crise não-epilética psicogênica**. São Paulo, Tese de Doutorado, Depto. de Medicina Preventiva -FMUSP, 2010.
- MARQUES, V. R. M. **A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico**. Campinas, Ed.Unicamp, 1994.
- MOTA, A. **Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil**. Rio de Janeiro, DP&A, 2003.
- PEREIRA, L. M. F. Os primeiros sessenta anos da terapêutica psiquiátrica no Estado de São Paulo In: ANTUNES, E. H, BARBOSA, L. H. S e

- PEREIRA, L. M. F (orgs.). **Psiquiatria, loucura e arte: fragmentos da história brasileira**. São Paulo, Edusp, 2002.p.35-53.
- RAGO, M. **Os prazeres da noite: prostituição e códigos de sexualidade feminina em São Paulo 1890-1930**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.
- SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites de liberdade**. São Paulo, Hucitec, 1994.
- VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2002.

MODELOS E FINALIDADES DA TERAPÊUTICA PSIQUIÁTRICA NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX – UMA HISTÓRIA DO INÍCIO DO USO DOS NEUROLÉPTICOS NO ESTADO DE SÃO PAULO ¹

Lygia Maria de França Pereira

A PSIQUIATRIA E O ESTATUTO DE CIENTIFICIDADE

A análise dos textos da produção científica psiquiátrica ao longo da história mostra que as propriedades de cientificidade vigentes que haviam sido anteriormente glorificadas por terem elevado a psiquiatria ao legítimo estatuto da ciência, fornecendo-lhe a necessária e definitiva medicalidade são desqualificadas assim que alguma novidade teórico-técnica aparece no campo disciplinar. Assim, cada nova aquisição em seu arsenal terapêutico ajuda a psiquiatria a se tornar “enfim científica”, “enfim médica”, “enfim não mais empírica”. Tal fato fica demonstrado na medida em que o tratamento passa a ser eficiente. “Dominar” doenças significa a possibilidade do exercício da clínica, significa ser médico.

“Eu posso lhe dizer que a psiquiatria era muito primitiva nesse tempo [1930]. (...) O que houve foi um progresso científico muito grande que então foi mostrando que muitas doenças podiam ser dominadas.” (ENTREVISTA I)

No Juqueri construído por Franco da Rocha no fim do século XIX, a ciência buscada pelo alienismo está no “hospício científico”, com suas intervenções higienizadoras: o valor do trabalho, o saneamento dos espaços e a serenidade de palavras e atos.

1 Este artigo faz parte da tese da autora (PEREIRA, 1995) sobre as práticas terapêuticas da psiquiatria paulista entre 1923 e 1959. O material empírico estudado incluiu as publicações em periódicos científicos sobre o tema, leitura de prontuários no Hospital de Juquery e entrevistas com médicos psiquiatras que iniciaram o exercício da profissão em qualquer período anterior a 1959.

Com Pacheco e Silva, a cientificidade será alcançada através de processos de esquadramento do corpo biológico individual. A causa da doença mental pode estar escondida no cérebro, nas glândulas, nas vísceras. O exame minucioso dos líquidos que habitam esses órgãos - a urina, o sangue, o líquor, os hormônios - pode desvelar as alterações, fazer aparecer os venenos. Na era das terapias biológicas ², o cérebro, com suas circunvoluções anatômicas ou suas conexões funcionais, guarda a verdade sobre a loucura e uma promessa de cura. A existência de um laboratório de anatomia patológica funcionando a pleno vapor transforma o velho hospício do Juqueri em “um hospital como os outros”. (URQUIZA, 1991)

No fim da década de 50 do século passado, as qualidades de “científico”, “revolucionário”, “positivo”, “médico” do plano discursivo são instantaneamente transportadas dos velhos substantivos - ópio, hospício, clinoterapia, banho, bromo, laborterapia, Malarioterapia, Cardiazol, insulina, eletrochoque, lobotomia - para os substantivos emergentes - Clorpromazina, Reserpina. Na prática do trabalho, no entanto, novos e velhos métodos conviveram por longo tempo num ritmo oscilante, complexo e contraditório de eterna passagem.

As terapias biológicas que, segundo os psiquiatras da década de 40, deixam de ser empíricas para tornarem-se científicas a partir de 1936, voltam a ser adjetivadas de empíricas pelos psiquiatras do meio da década de 50, ainda que continuem a ser consideradas eficientes.

“As chamadas técnicas biológicas, sem dúvida as mais eficientes no tratamento das doenças mentais, de aplicação empírica e mecanismos de ação ainda obscuros se valem das modificações gerais que provocam no equilíbrio orgânico, mas seu efeito terapêutico terá aplicação em mecanismos muito complexos e indiretos que parecem não depender da natureza do agente que os provoca.” (MARTINS, 1956, p. 198).

Nas práticas asilares, a prescrição corriqueira de eletrochoque e Insulinoterapia ao longo de toda a década de 50, a crescente superlotação dos hospitais psiquiátricos durante esse período ³ e a permanência do efeito cronicador do asilamento multiplicando o número de pacientes que, saindo do edifício central para tratamento de agudos, são “removidos para as colônias”, vêm embaçar o brilho revolucionário que os primeiros remédios específicos para a loucura prometem trazer.

Assim, no âmbito das palavras, é possível descrever uma “revolução” psiquiátrica com o advento dos Neurolíticos, mas no nível das práticas concretas, esse impacto é bastante amortecido em face das reais condições em que se realiza o trabalho e da configuração social que o determina. Além

2 Malarioterapia, Choque cardiazólico, Coma insulínico e Eletrochoque.

3 Os quase 7.000 doentes internados no Juqueri, em 1954, serão 11.000 quatro anos depois.

disso, o novo tratamento será utilizado segundo uma velha racionalidade terapêutica, conforme se verá mais adiante.

No novo período, os Neurolíticos atraem o olhar psiquiátrico para a intimidade das células cerebrais. Justamente ali, onde elas se comunicam umas com as outras passando mensagens em códigos bioquímicos especialíssimos, está a chave do entendimento sobre a doença mental. Se a ação dos Neurolíticos nas sinapses neuronais produz efeitos na modificação dos quadros mentais, deve ser também ali, nessa obscura interação de secretas substâncias, que as alterações do psiquismo são engendradas. Os novos remédios permitem à psiquiatria utilizar a ciência neurofisiológica, incorporando-a como sua própria, para tornar-se definitivamente científica.

“O aparecimento da Reserpina e de outras drogas de ação central sobre certas estruturas do sistema nervoso, sem sombra de dúvida, constitui uma importante conquista da medicina contemporânea, tanto por suas inegáveis qualidades terapêuticas, como porque abrem novas e mais amplas perspectivas para a própria compreensão dos fenômenos neurofisiológicos, psicofisiológicos, psicopatológicos e, conseqüentemente, para o estudo da personalidade humana.” (MARTINS, 1956, p. 249)

MODELOS E FINALIDADES:

É possível identificar que os tratamentos da psiquiatria paulista da primeira metade deste século perseguem basicamente duas finalidades: a “cura” e o “controle”. Para atingir um ou outro são utilizados alguns modelos terapêuticos distintos. Note-se que a noção de modelo não diz respeito aos tratamentos concretos, mas à racionalidade que orienta a sua prescrição de tal modo que uma mesma substância ou intervenção pode ser administrada por referência a modelos diferentes.

A finalidade do controle engloba um conjunto variado de intervenções de diversos modelos - medicamentosas, comportamentais ou mecânicas - que não se compromete propriamente com a cura da doença, mas com a amenização de suas manifestações mais aberrantes e a transformação dos comportamentos. Incluem-se nesse grupo a imobilização (Clinoterapia⁴ e celas fortes), as medicações sedativas, os tônicos, as repreensões, as ameaças, a estimulação, a educação, a imposição de limites, a laborterapia. Entra-se aqui no território das dificuldades imediatas que inadequações comportamentais como a agressividade, a sujeira, a expansão afetiva, o definhamento e a sexualidade impudica impõem tanto aos agentes do

4 Contenção mecânica do doente no leito usualmente realizada com a utilização de faixas ou lençóis.

trabalho, na internação, quanto à convivência familiar e social fora do hospital.

O conceito de doença prevalente no período de Franco da Rocha (URQUIZA, 1991) pressupõe a teoria da degeneração aliada à teoria da gênese moral. Entendia-se, neste sentido, que os vícios e maus costumes que o caldo de cultura urbano fermenta favorecem o aparecimento da tara familiar. O modelo de tratamento moral, característico desse período, respeita o imperativo do isolamento - que retira o doente de um meio social e cultural adverso que causador ou propiciador da doença e o insere num ambiente moralmente saneado e regulado - e do reaprendizado dos bons valores humanos. O trabalho ocupa aí papel preponderante. As várias anotações de alta “saiu curado” nos prontuários do Juqueri e os artigos de seu primeiro diretor apostam, de certa maneira, que o tratamento moral opera transformações no corpo e no juízo promovendo o retorno do doente à sua razão. A cura deve advir dessa intervenção. O médico que diagnostica, trata e cura transforma-se em “um médico como os outros”. (URQUIZA, 1991)

Além do tratamento moral, a finalidade da cura se inscreve em quase todas as intervenções baseadas no modelo de “choque”. Elas se caracterizam por provocar uma alteração brusca de propriedades do corpo ou do espírito - como o fluxo dos humores (através das antigas cadeiras giratórias), o auto-controle (através dos sustos), a temperatura (através dos banhos e das febres provocadas), a consciência (através dos comas e das crises convulsivas). No modelo do choque, de maneira geral, são realizadas séries de doze a vinte intervenções com graus crescentes de ação e de efeito. Essa referência certamente se encontra presente na maneira pela qual o psiquiatra da década de 50 entende e prescreve o seu novo remédio, o qual será inicialmente utilizado como instrumento de desconexão, tal como se verá a seguir.

A RESERPINA E A CLORPROMAZINA:

No período das terapias biológicas, o acesso medicamentoso ao cérebro se dá através de truculentas intervenções operatórias diretas - a pneumoencefaloterapia, a injeção de substâncias na medula alta ou no próprio tecido encefálico e as cirurgias cerebrais. Agora, com os Neuroléticos, é possível atingi-lo sutilmente, sem nenhuma necessidade de promover uma “solução de continuidade” mecânica. O Neurolético é um remédio como qualquer outro. Administrado por via oral, tão simples quanto uma aspirina, faz o seu percurso dentro do organismo a caminho das sinapses neuronais. Ali, ele transforma discretamente os comportamentos e produz a cura.

“O aparecimento (...) de agentes químicos capazes de, por si mesmos, por ação direta sobre determinados campos nervosos, modificarem mecanismos psicopatológicos, conduzindo à cura,

constitue a nosso ver, verdadeira revolução na terapia psiquiátrica. (...)” (MARTINS, 1956, p. 198).

As novas drogas recebem divulgação entusiástica nos veículos de comunicação, como jornais e revistas. Elas ganham expansão no conhecimento médico e leigo. Vejamos:

“Como a imprensa deu uma propaganda grande, foi que nem a penicilina. Ia curar tudo, e tal. As doenças mentais iam desaparecer, os hospitais iam esvaziar. Primeiro foi a Reserpina, depois foi o Amplictil, Largactil naquele tempo. Foi uma esperança grande... Não [para os] médicos, mas [para] a opinião pública, os leigos, os deputados... Não me lembro, não sei qual foi o deputado ⁵ que chegou, na câmara, a dizer que em breve os hospitais como o Juqueri iriam desaparecer.” (Entrevista III)

E:

“Títulos como ‘Droga milagrosa que dissolve a angústia’, ‘Derrubados os muros dos hospitais psiquiátricos’ e outros pelo estilo, aparecem em revistas de grande penetração popular e que, dedicando-lhes páginas e páginas profusamente ilustradas, através da mais moderna técnica de reportagem, procuram dar como resolvido o problema da loucura pelo uso, sem restrições, dos novos medicamentos.” (Martins, 1956, p. 199).

O contato dos psiquiatras com os Neuroléticos se dá muito rapidamente. A princípio recebem com dificuldade amostras vindas da Europa, mas rapidamente, a distribuição maciça da Reserpina em doses psiquiátricas e do Amplictil, lançado no início de 1954, vai permitir sua larga utilização. Além da assiduidade com que os PVs (propagandistas-vendedores) dos laboratórios farmacêuticos frequentam os consultórios, ambulatorios e hospitais psiquiátricos; as reuniões clínicas nos diversos serviços acadêmicos e as seções psiquiátricas da Associação Paulista de Medicina encarregam-se da sua divulgação.

“Eu estava frequentando a Clínica Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. [...] Foi lá que eu me lembro

5 A esse respeito, veja-se um trecho de artigo constante no Rhodia-Jornal, publicação voltada para os propagandistas-vendedores (PVs) dos Laboratórios Rhodia: “Projetando-se além das fronteiras da medicina, o Amplictil acaba de invadir o plenário da Assembléia Legislativa de São Paulo, e, através da autorizada palavra de S. Exa. o Deputado Gabriel Quadros, farmacêutico e médico, a nação tomou conhecimento das admiráveis propriedades medicamentosas da Clorpromazina na Psiquiatria.” (TOMASI, 1955 b).

de ter ouvido falar pela primeira vez do aparecimento do Amplictil, a Clorpromazina. E eu me lembro bem disso, porque, de quando em quando, surgia alguma novidade. E pensei de mim pra mim mesmo: “É mais um ‘não sei quê’...”. Eu não me recordo o nome do preparado anterior, tinha sido objeto de intensa propaganda, houve uma moda de uso desse preparado [que depois não deu em nada].” (Entrevista V)

Não só os aparelhos mais formais se encarregam da divulgação dos novos fármacos. O cotidiano institucional proporciona espaços peculiares. O carro restaurante do trem que faz a linha São Paulo - Franco da Rocha se transforma num deles.

“O conhecimento dos remédios advém da vida comum, do entendimento entre os médicos e, principalmente, da apresentação de trabalhos. Um cita uma revista, o outro cita um encarte [material de propaganda de laboratório farmacêuticos]... Nós tínhamos uma espécie de local de reunião no Juqueri, que era o trem, o carro restaurante [da São Paulo Railway]. (...) Depois [havia] as reuniões de teor mesmo, marcadas, sessões ordinárias e extraordinárias do Centro de Estudos Franco da Rocha, em que eram apresentados trabalhos...” (Entrevista VII).

A Clorpromazina estudada em 1950 por Charpentier (Silva et al, 1957), passa a ser utilizada por Laborit visando a obtenção de uma situação fisiológica de diminuição das reações defensivas do organismo. Contrariamente às teorias de Claude Bernard, segundo as quais a febre e a inflamação seriam reações de defesa do organismo contra as agressões (externas ou internas) tendentes à recuperação de um estado orgânico de homeostasia e, portanto, bem-vindas e necessárias para o retorno orgânico à saúde, Laborit defende que essas reações frequentemente se tornam excessivas, imprimindo um resultado desfavorável para o curso da moléstia. Ele propõe, então, um método a que denomina “hibernação artificial” e que consiste em manter o doente em um estado de metabolismo basal com temperatura baixa (35 a 36°C) e diminuição das respostas orgânicas de defesa. (VIZZOTTO et al., 1955).

A hibernação química, processo obtido com a administração associada de derivados fenotiazínicos como a Clorpromazina (4560 RP) e a Prometazina (3227 RP), começa a ser amplamente usada. Os métodos de narcose prolongada associam essas substâncias aos barbitúricos e à aplicação de bolsas de gelo ao longo do corpo do paciente, o qual permanece vários dias em sono sendo acordado apenas para atividades fisiológicas fundamentais. Muitos são submetidos à alimentação com sonda nasogástrica na vigência do estado de narcose. Alguns psiquiatras mantêm os doentes em rigorosa narcose contínua, alimentado-os por via parenteral e por enemas nutritivos.

As emissões fecais e urinárias ocorrem espontaneamente, mantendo-se o doente adormecido (SILVA, L. M. et al., 1954).

Enquanto as terapias como banhos gelados, insulina, picos febris, Cardiazol e eletrochoque deveriam “estimular” novas conexões para a recuperação do funcionamento cerebral, paradoxalmente, as terapias de sono prolongado têm por finalidade “desconectar” algumas funções para produzir o efeito de saúde. Nesse sentido, estas últimas se assemelham às técnicas cirúrgicas de leucotomia e lobotomia. “Estimulantes” ou “desconectoras”, ambas seguem a racionalidade terapêutica do choque.

Em 1954 aparece nos periódicos nacionais uma série de artigos a cerca do uso da Clorpromazina como componente de coquetéis líticos, nas técnicas de sono prolongado e nas de hibernação segundo sugere Laborit. Baseado nessa capacidade “desconectora” da Clorpromazina, Delay a utiliza, sem associação, para o tratamento de distúrbios mentais, mormente aqueles que cursam com ansiedade, depressão e insônia.

Em 1955 aparece o primeiro estudo clínico publicado em São Paulo sobre o uso da Clorpromazina: Trata-se do trabalho de Spartaco Vizzotto, Roberto B. Tomchinsky, Josaphat F. Góes e Luiz J. Fiore utilizando-a como droga única ou associada a outras drogas ou a terapêuticas biológicas em 71 pacientes do Hospital de Juqueri e da Casa de Saúde de Santana (VIZZOTTO et al., 1955).

Os autores usam a droga por vias de administração as mais diversas: oral, intramuscular, endovenosa (gotejada no soro, pois a injeção direta é irritante para a parede dos vasos). Em algumas situações associam um barbitúrico. No caso de não lograrem bons resultados com a Clorpromazina, algumas aplicações posteriores de eletrochoque ou de Cardiazol usualmente obtêm os resultados desejados.

A duração do tratamento varia desde uma única dose, particularmente nos casos de *delirium tremens* e estados confusionais, até vários meses. “Os tratamentos mais prolongados são os das psicoses crônicas” (idem, p. 25). Observa-se ainda um efeito residual da droga, o que permite intervalos na sua administração, mantendo-se o efeito terapêutico. “O tratamento mais longo que efetuamos foi de 340 dias, com intervalos de algumas semanas ou dias” (idem, ibidem).

Seguindo o padrão das terapias biológicas, a nova droga tem múltiplas indicações que vão desde os quadros psicóticos endógenos, passando pelos orgânicos como a paralisia geral progressiva, até as neuroses.

“[...] uma esperança nova, que ia curar tudo, etc. e tal. Usado a granel, a granel. Ai... neurótico, todo mundo tomava, era tudo...” (Entrevista III)

A Clorpromazina pode ser útil para manter o paciente calmo enquanto aguarda a aplicação das terapias de choque. E mesmo quando o seu efeito

é insuficiente para debelar o quadro psicótico totalmente, ela pode ser complementada posteriormente pelos métodos biológicos.

“Usamo-la (...) associada à Insulinoterapia, ao método de Meduna, à Malarioterapia e à Penicilinoterapia. Não objetivamos nenhum inconveniente nessas associações, que, por outro lado, oferecem vantagens excepcionais, especialmente nos pacientes agitados, ansiosos e confusos.” (VIZZOTTO et al., 1955, p. 26).

E:

“De um total de catorze pacientes (com quadros de excitação psicomotora episódicos endógenos), obtivemos quatro remissões do episódio; em nove houve acalmia (...) Na maioria dos pacientes, no entanto, o eletrochoque e o Cardiazol permitiram remissão em curto prazo, após tentativa inicial com o neuroplégico.” (VIZZOTTO et al., 1955, p. 34).

Além do efeito de complementação entre o psicofármaco e as terapêuticas tradicionais, é possível que uma possa ser alternativa à outra no caso de má resposta do paciente ⁶. Nesse sentido, a novidade do remédio não introduz modificação no modo de organizar as estratégias terapêuticas. Longe de liquidar com as terapias de choque, a Clorpromazina aparece como companheira solidária.

“Em um caso de melancolia (PMD), empregamos a medicação durante 15 dias, por via intramuscular (75 mg diários), sem resultado. Posteriormente o quadro remitiu com Eletrochoqueterapia. De outro lado, um paciente apresentando um quadro de melancolia ansiosa, não influenciado pelo eletrochoque, apresentou remissão após cinco dias de Clorpromazina por via intramuscular (100 mg por dia).” (VIZZOTTO et al., 1955, p. 39).

A histeria pode ser beneficiada pela Clorpromazina. A nova terapêutica, também nesses casos, tem a sua indicação.

6 A resposta do paciente se alia às imposições das prementes questões assistenciais que exigem a associação de métodos terapêuticos. Lucena, em artigo apresentado no II Congresso Internacional de Psiquiatria realizado em Zurich em 1957, comenta da universalidade desse fenômeno. “Tendo tratado, com pessoal auxiliar insuficiente, um grande número de doentes, nós somos forçados a colocar em primeiro plano os problemas de assistência e de adaptação nosocomial, a intervir algumas vezes com outras terapêuticas biológicas (sobretudo a insulina e o eletrochoque), a não utilizar grupos controle não submetidos a tratamento. Assim, no material de observação que apresentamos, trata-se muito mais de um grupo de pacientes submetido a um programa de tratamento imposto pelas circunstâncias e no qual o Largactil tem um papel de primeiro plano, mas não exclusivo, do que de uma terapêutica só pelo Largactil. Essas são, aliás, as condições nas quais a terapêutica neuroplégica é utilizada rotineiramente em quaisquer grandes serviços psiquiátricos com superpopulação.” (LUCENA et al. 1957, trad. da autora)

“Dois casos de histeria ansiosa grave, um deles associado a conversões sob a forma de tique de torção da cabeça, foram muito beneficiados, tendo alta hospitalar com desaparecimento da sintomatologia aguda. Em um deles foi feito tratamento de sono, associado à hipnose, esporadicamente, com a duração de quarenta dias. O outro apresentava hipertensão arterial devida a glomerulonefrite crônica e não houvera sido beneficiado pelo eletrochoque e comas insulínicos.” (VIZZOTTO et al., 1955, p. 39).

Alguns efeitos indesejáveis do Neurolético exigem a utilização de outras drogas. A cafeína é o medicamento mais usado para “contrabalançar os efeitos da Clorpromazina”:

“Tivemos três casos de hipotensão aguda, grave (...). Em todos estes casos o tratamento foi interrompido e com o uso de cafeína e coramina normalizou-se a pressão após cinco a sete horas.” (VIZZOTTO et al., 1955, p. 29).

Nas suas conclusões, os autores arriscam alguma teorização. Conferem à nova droga propriedades polivalentes, modificando-se sua ação de acordo com a especificidade das diferentes apostas etiológicas para os quadros mentais. A terapêutica produz conhecimento médico.

“A nosso ver, em psiquiatria, os efeitos da clorpromazina devem ser encarados de dois modos diversos. Assim, nas psicoses endógenas, em geral, são as suas propriedades “psicoplégicas” que conduzem à redução ou abolição da sintomatologia, ao passo que, nos casos em que há distúrbios vasomotores, de permeabilidade capilar com conseqüente estase circulatória e edema cerebral, são provavelmente as propriedades “neuroplégicas” as que motivam a remissão dos quadros. Em ambos os grupos de doença, o efeito da droga tem-se mostrado, em determinados casos, de grande valor.” (VIZZOTTO et al., 1955, p. 39).

Apesar das doses altas aplicadas em séries, o que mimetiza a técnica das terapias biológicas e segue a racionalidade do choque, rapidamente os Neuroléticos vão frustrando a promessa de cura para se colocarem dentro do modelo de controle.

“Embora julguemos insuficientes as nossas observações sobre 71 pacientes, parecem as mesmas confirmar os resultados favoráveis, relatados na literatura, nas psicoses confusionais de origem endógena ou toxinfeciosa, nos quadros em que predomina a ansiedade, no estado de mal epilético e no *‘delirium tremens’*.

Nos quadros de agitação psicomotora, de modo geral, obtivemos acalmia, mas sem remissão dos demais sintomas, mesmo nos de curso episódico. Em pacientes crônicos de sintomatologia produtiva, conseguimos quase sempre uma redução da mesma, ao ponto de tornar a conduta dos referidos pacientes compatível com a vida em família. Empregamos também a medicação em paralíticos gerais, com intensa agitação, obtendo pronta acalmia. Em dois casos em que o tratamento foi prolongado, houve remissão líquórica final, o que nos permite supor nenhuma influência danosa da Clorpromazina sobre o processo infeccioso neurosifilítico.” (VIZZOTTO et al., 1955).

Em 1954 Stanislau Krinsky, Cléo Lichtenstein e Aldo Miletto (KRYNSKI et al., 1955) ensaiam o tratamento pela Reserpina em 17 pacientes femininas, sendo 9 menores, no Hospital do Juqueri. As doentes escolhidas são doentes crônicas e o efeito desejado é a sua adequação ao cotidiano asilar, ou seja, a diminuição da excitação psicomotora, agressividade, destrutividade e ansiedade. A esperança da obtenção de resultados terapêuticos satisfatórios que legitimem a clínica psiquiátrica se alia a outra expectativa.

Ao ensaiar as novas drogas, o asilo busca resolver as dificuldades com que se defronta no seu cotidiano ⁷. É essa necessidade engendrada na prática do trabalho que determina não só a escolha dos doentes para o tratamento como também os critérios para a avaliação dos resultados. Dentro da finalidade do controle, empreende-se, desse modo, uma farmacoterapia da desordem, cujo objetivo é tornar os doentes “asiláveis”. Um tratamento preciso para internos de hospitais psiquiátricos. Novamente o alvo da intervenção são os crônicos “imprestáveis”. Um tratamento que facilita o trabalho dentro da instituição ⁸. Os “problemas de enfermagem” ocupam o lugar dos problemas psiquiátricos. A determinação científica cede espaço para as necessidades imediatas da ordem interna:

“(…) a seleção foi realizada visando mais as dificuldades de ambientação das pacientes (casos graves em sua totalidade, onde havíamos esgotado os recursos terapêuticos usuais, sem resultado). (..) se tratava de pacientes nas quais não tínhamos absolutamente nenhuma idéia de influenciar a moléstia fundamental, mas que se

7 Essas dificuldades devidas à precariedade com que funciona o serviço aparecem claramente nos dois artigos que relatam as experiências com a Clorpromazina e a Reserpina realizadas no Juqueri: “Em um de nossos casos, por erro de informação, foi aplicada a Clorpromazina por via intravenosa, gota a gota, em um paciente ainda sob o efeito do álcool. Poucos minutos após, a pressão arterial caiu a zero (...)” (VIZZOTTO et al., 1955, p. 27) “O segundo grupo de pacientes deveria tomar doses em torno de 1,50 diários (...) No entanto, um equívoco da enfermagem (comprimidos de 0,10 ao invés de 0,25) ocasionou uma dosagem menor do que aquela desejada.” (KRYNSKI et al., 1955, p. 15).

8 NUNES (1958) justifica o emprego de morfina numa paciente com fratura óssea: “Obtínhamos bons resultados, porém reconhecíamos a superficialidade da terapêutica e a certeza do aparecimento do morfínismo, cuja resolução deixaríamos para uma época de maior estabilidade psíquica. O importante naqueles dias era aliviar as dores, acalmar a paciente e manter a quietude no hospital, permitindo assim o repouso dos outros internados.”

haviam tornado graves problemas de enfermagem.” (KRYNSKI et al., 1955, pp. 15 e 17).

E:

“Devemos acentuar que o critério de avaliação baseou-se especialmente na sintomatologia de excitação das pacientes, não levando em conta aquela própria da moléstia fundamental, ou seja, critério exclusivamente sindrômico.” (KRYNSKI et al., 1955, p. 16).

Finalmente,

“Nos casos crônicos que estudamos, a Reserpina melhorou as condições de adaptação dos pacientes, o que permitiu melhor contato com o ambiente e facilitou os cuidados de enfermagem. Pareceu-nos que a medicação exerce influência sobre a sintomatologia por nós visada, justificando uma experimentação em maior escala nos hospitais psiquiátricos.” (KRYNSKI et al., 1955, p. 18).

No artigo de Vizzotto também é possível perceber esse mesmo tipo de preocupação. O autor confere utilidade à Clorpromazina na medida em que ela acalma os doentes a serem submetidos à terapêutica de choque. Além disso, verifica que o seu efeito “sobre a agitação psicomotora” dos pacientes “é por si só de grande valia, refletindo-se no estado físico dos mesmos e tornando sua conduta menos perigosa para si e para o meio” (VIZZOTTO et al., 1955, p.44).

É visível, a partir desse período, uma diferença qualitativa entre os artigos publicados por psiquiatras de hospitais psiquiátricos e aqueles publicados por psiquiatras da Universidade. Os primeiros, além da busca de cientificidade, continuarão interessados em encontrar métodos terapêuticos tão eficazes que possam promover a desobstrução asilar ou, pelo menos, uma maior adequação do comportamento dos doentes internados, sugerindo “experimentação em larga escala”. Aos segundos está reservada a tarefa da produção da ciência. Não mais se espera do sucateado Juqueri uma contribuição nesse sentido. Os serviços psiquiátricos das faculdades de medicina, dotados da medicalidade que lhes é conferida, produzem o novo campo empírico para as pesquisas científicas.

As publicações brasileiras sobre terapêutica psiquiátrica entre 1924 e 1954 se caracterizam por uma forma própria de apresentação. Inicia-se pela exposição dos resultados obtidos com o uso daquela modalidade de tratamento por autores internacionais. Segue-se uma descrição da técnica e suas indicações para, em seguida, serem relatados os resultados da casuística do próprio autor, incluindo um pequeno resumo clínico de cada caso. Finalmente discutem-se os resultados. A grande maioria deles mostra a

enorme contribuição que o tratamento em questão pode fornecer à psiquiatria, aos doentes e ao hospital psiquiátrico, propiciando-lhes, respectivamente, maior cientificidade e menor empirismo, abrandamento da sintomatologia ou cura e diminuição da agitação e dos maus comportamentos. Cada novo tratamento é muito promissor ainda que, muitas vezes, os resultados iniciais não possibilitem essa conclusão.

No período inicial dos Neurolépticos alguns artigos trazem a novidade da descrição, menos ou mais detalhada, das propriedades farmacodinâmicas e farmacocinéticas das drogas ensaiadas⁹, enquanto outros mantêm o esquema expositivo anterior. Não parece ser, no entanto, a natureza do objeto dessas publicações (no caso, agora, as drogas) a responsável por tal modificação. Estar no hospital psiquiátrico ou estar na universidade imprime à metodologia dos ensaios clínicos algumas diferenças fundamentais. À ciência, o seu novo e adequado lugar - a academia; aos doentes, a sua antiga morada - o asilo que virou hospício que virou hospital psiquiátrico que virou albergue: o Juqueri.

Obviamente não se quer, com essa afirmação, significar que o Juqueri é o único lugar possível para os doentes mentais de São Paulo ou em São Paulo. Às clínicas particulares da década de 50, existentes desde a época de Homem de Mello e Franco da Rocha, vêm a somar aos serviços da academia (inicialmente ambulatoriais e posteriormente hospitalares). No entanto, para aqueles doentes aos quais as terapêuticas existentes em cada período não eliminam os distúrbios mentais ou ainda para aqueles a quem, mesmo “curados”, a sociedade não reserva outro espaço que não o da reclusão, o destino final é certamente o Juqueri (ou seus equivalentes, como os outros hospitais públicos). Os hospitais privados e os serviços universitários, por motivos distintos, não mantêm os doentes crônicos em suas dependências. Nos primeiros, porque as condições econômicas das famílias dificilmente suportam a sua manutenção prolongada; nos últimos, porque interessam os casos novos para objetivos experimentais e pedagógicos. Ao final da pesquisa de Martins (1956), os doentes não melhorados pela Reserpina têm basicamente dois destinos: são retirados pela família sem alta clínica ou são encaminhados ao Juqueri.

Contrastando com a orientação predominantemente pragmática - em relação às condições de operação do trabalho asilar - o artigo de Clóvis Martins, do Instituto de Psiquiatria da USP, tem por objetivo estudar o comportamento da droga em pacientes psiquiátricos. Embora a intervenção não tenha como objetivo principal a convivência harmônica dentro do hospital, é compreensível que esse seu efeito “secundário” seja bem-vindo pelos experimentadores. O autor propõe “aplicar a droga em todos os casos que se internassem daquela data em diante desde que não apresentassem contra-indicações” (MARTINS, 1956, p. 211).

9 Deve-se notar que os tratados de terapêutica médica, pelo menos a partir da década de 30, trazem essas informações (das propriedades farmacológicas das substâncias ativas das medicações), mesmo para aquelas drogas utilizadas pelos psiquiatras (apesar de nenhuma delas ser específica para as doenças psiquiátricas).

As doses de Reserpina utilizadas são até 30 vezes maiores do que aquelas empregadas em clínica médica para o tratamento da hipertensão. Inicia com 7 mg. por dia, podendo chegar até a 18 mg. diários, a depender do caso, e termina a série (de um mês) com 5 mg. A dose de manutenção com a qual as doentes recebem alta hospitalar e passam a fazer seguimento ambulatorial é de 2 mgs. diários.

Para avaliar a ação da droga em função dos diferentes quadros clínicos, as doentes são divididas em quatro grupos. O primeiro inclui aquelas pacientes que apresentam um quadro florido e produtivo, com excitação psíquica, instabilidade motora e agressividade, o que “obrigava ao isolamento onde se mantinham em atitude hostil (...) dificultando o exame clínico metódico ou os cuidados médicos e de higiene” (MARTINS, 1956, p. 240).

“Com as primeiras doses da medicação, sobrevinha sempre sensível agravamento na excitação psíquica e na instabilidade motora; dava-se o caso, porém, que o humor sistematicamente se tornava eufórico, e o que antes era revolta, insulto, coprolalia, agora é canto, riso; o que primitivamente era gesto agressivo e negativismo ativo, agora se transforma em exagerada afabilidade, em efusivas manifestações de entusiasmo à presença do médico, traduzindo alegria pelo exame a que se prontificam e submetem, tornando-se, dentro dessa exuberância, dóceis, obedientes e tratáveis. Dessa forma o trabalho assistencial logo se tornava mais fácil e eficiente. (...) Aos poucos e com o aumento das doses, a excitação ia cedendo. Surgiam então algumas queixas de inquietação, de uma estranha sensação cenestésica, sobretudo nas pernas, que os obrigava a andarem sempre (...). Gradualmente ia surgindo interesse pela cura ou pela alta, passando a doente a participar, através de uma atividade ordenada, dos trabalhos ou das atividades lúdicas. Não raro aquela inquietação parestésica induzia a uma certa depressão, pois que os doentes se impacientavam por senti-la, pedindo ao médico a suspensão do tratamento. Com esta medida estes sintomas tendiam a desaparecer rapidamente.” (MARTINS, 1956, p. 241).

Para um segundo grupo, composto por doentes que apresentam mutismo, autismo, negativismo e isolamento, a Reserpina demonstra extraordinária eficiência. Às vezes, mesmo após a primeira injeção já é possível observar mudanças.

“O facies se modificava: as que o apresentavam inicialmente fixo, contraído, impenetrável, sombrio, de olhar baço, sem vida e inexpressivo, de testa e sobrolhos vincados, fugindo de encarar o examinador, passavam a apresentar uma máscara suavizada: o olhar tornado às vezes perquiridor, já acompanhava os movimentos dos circunstantes, buscando como que reconhecer o ambiente,

dar-se conta do que ocorria ao redor; a mímica se enriquecia, tornava-se mais expressiva, mais móvel. (...) Nota-se também, progressivamente, o aparecimento de certa distensão interior, (...) já responde, ainda que de maneira tímida e contrafeita, às perguntas do examinador: sobrevem certa sonolência, acompanhada de atitudes e movimentos morosos, o olhar torna-se mortiço, o sorriso fácil e freqüente, emprestando ao facies uma expressão de beatífica serenidade. A introversão hostil é, então, gradativamente substituída por uma atitude mais cooperante, permeável às influências e estímulos ambientais. e ainda que de maneira tímida e retraída, vai a doente aos poucos, se integrando na vida coletiva da enfermaria.” (MARTINS, 1956, p. 241-2).

Para o terceiro grupo de doentes - queixosas, pessimistas, deprimidas e hipocondríacas - o autor não consegue nenhum resultado satisfatório, ao contrário, quase todas pioram com a Reserpina.

“Logo aos primeiros dias de tratamento, feito por doses maciças da droga, o estado desses pacientes, geralmente se agrava muito. De um modo geral somava-se às queixas já por elas apresentadas, o efeito paralelo, secundário, do medicamento, geralmente muito desagradável: extremamente chorosas, irritadas, por vezes desesperadas, as doentes pediam, imploravam de maneira plangente, a suspensão do tratamento.” (MARTINS, 1956, p. 242).

O quarto grupo, composto de doentes com predominância de distúrbios do pensamento e senso-perceptivos (esquizofrenias, a maioria), produziu resultados não homogêneos e pouco satisfatórios.

“Durante todo o tratamento, as doentes se mantinham mais ou menos indiferentes a êle. Fato notável, que devemos registrar, foi a atitude crítica, assumida em, pelo menos, duas doentes alguns dias depois de iniciado o tratamento, diante de sua atividade delirante; passaram a referir-se a ela sem a carga afetiva anteriormente notada e procurando dentro de esquemas lógicos, explicações para os distúrbios, atribuindo-os mesmo a doença, que passavam a admitir. Em todas elas houve sensível melhora no contato e na atividade produtiva. Outros casos deste grupo, porém, se mantiveram absolutamente inalterados durante todo o tempo do tratamento e nessas condições tiveram alta ou iniciaram nova técnica terapêutica.” (MARTINS, 1956, p. 243).

Os resultados obtidos por Martins - 27.8% de remissões totais, 24% de melhoras acentuadas e 31.5% de melhoras discretas - parecem muito animadores. Apesar de observar que as ideias de suicídio e os estados depressivos prévios ao tratamento, agravam-se com a elevação das doses,

o autor não atribui os dois casos de suicídio poucos dias após a alta à Reserpina: “(...) as pacientes quando intentaram o gesto, estavam já há bastante tempo apenas com as doses de manutenção (2 mlgrs.) e durante o tratamento não referiram idéias de auto-eliminação com as doses máximas do medicamento.” (MARTINS, 1956, p. 239)

Dois anos após o seu lançamento no Brasil, a Clorpromazina está amplamente difundida, tendo o seu uso em psiquiatria se tornado corriqueiro. O desejo de seguir o modelo médico da máxima adequação droga/doença faz com que o psiquiatra da década de 50 enxergue um alto grau de especificidade na ação da Clorpromazina, mesmo estando ela indicada para uma variada gama de doenças, estados mentais e comportamentos. Vejamos os dois trechos a seguir

“O tratamento das doenças mentais pela Clorpromazina já se tornou de rotina em psiquiatria e tem sido empregado em todos os síndromos psiquiátricos, quer isoladamente, quer associado a outras drogas ou aos tratamentos de Sakel, Cerletti, Meduna e outros. Não existem vozes discordantes quanto aos benefícios desse tratamento nas diversas psicoses e neuroses, existindo uma enorme variedade de técnicas propostas para o seu emprêgo. (...) A nossa experiência se justapõe à observação de quase todos os autores consultados. Julgamos que esse tratamento tem perfeita indicação, por assim dizer específica, nas esquizofrenias, nos estados de agitação de qualquer natureza, nos síndromos delirantes agudos e em quase todos os quadros neuróticos.” (SILVA et al., 1957, p. 65).

“Sobre o Amplictil... Eu tenho lembrança do grande sucesso que ele causou e foi... o sucesso foi muito grande e... tinha-se muito cuidado porque de início o uso era de doses elevadas, com a finalidade de impregnar. (...) produzia quadros intensos de extrapiramidalismo. O indivíduo ficava com doença de Parkinson, como se fosse uma doença de Parkinson, quer dizer, a síndrome parkinsoniana sintomática, e com hipersialorréia, como se tivesse babando mesmo, tremores e a movimentação de parkinson típica, não é?, aquele andar... E depois de uns tempos se chegou à conclusão de que não era a dose intensa que levava à melhora do estado. No começo acreditava-se que era preciso impregnar. Depois então passou-se numa segunda ... há trabalhos do professor Pacheco e Silva sobre isso naquela época, não sei se a senhora conhece. Eu me lembro de um trabalho dele bem feito em que não havia necessidade dessa impregnação. Então ficou a impregnação apenas para aqueles casos em que a agitação intensa ... precisava conter o doente. Prá dispensar o eletrochoque ou qualquer outra terapêutica mais drástica. E aí começou-se a aliviar as doses para os doentes.” (Entrevista VII).

Em 1956, Pacheco e Silva resolve aplicar em 46 doentes do seu serviço, na Faculdade de Medicina da USP, o novo método por ele observado na França. Trata-se de administrar doses maciças de Clorpromazina, por via oral, até a obtenção de um estado de impregnação medicamentosa, pois, segundo alguns autores, a permanência em impregnação franca por 15 a 20 dias é a condição necessária que confere ao tratamento pela Clorpromazina o seu bom êxito (SILVA et al., 1957).

“Inicia-se com 300 miligramas ao dia, tomados em 3 vêzes (...). Tal quantidade é progressivamente elevada em 100 miligramas ao dia, até atingir a cifra de 600 miligramas(...). Mantêm-se essa dosagem durante cerca de seis dias, e se não surgirem os primeiros sinais de impregnação (...), eleva-se a dose em 200 miligramas, atingindo-se a cifra de 800 miligramas diários (...). Continua-se a observar o paciente durante cerca de uma semana e, se não houver o aparecimento dos sinais de impregnação, eleva-se a dose em mais 200 miligramas ao dia, fracionando-a em quatro tomadas. (...) Essa prática deverá ser continuada até que apareça o “síndrome de impregnação” ou até que se atinja a dose previamente determinada como a máxima a ser empregada. (...) Uma vez observado o aparecimento dos primeiros sintomas do denominado “síndrome de impregnação”, não mais elevamos a dose do medicamento. Em geral, com a manutenção da dosagem capaz de produzir os primeiros sinais de impregnação, o quadro observado vai progressivamente se acentuando, alcançando o doente a fase dita de “franca impregnação”.(...) Muitas vezes, o síndrome de impregnação, mesmo depois da diminuição das doses, não desaparece e pode ser mantido com doses bem menores que as anteriores.” (Silva et al., 1957, p. 68).

O síndrome de impregnação se caracteriza por três fases. Na primeira, a de sua instalação, os doentes apresentam sonolência, sensação de fraqueza, cansaço, dores musculares, vertigens, angústia, mal-estar, *facies* “largactiliano”¹⁰, sensação de obstrução nasal, sudorese, lacrimejamento e alterações no pulso, na pressão arterial, temperatura, na frequência respiratória e no funcionamento do aparelho digestivo.

“Esses sintomas manifestamente molestos e incômodos agravam o mal-estar, a angústia e a ansiedade, e por vezes causam sérios embaraços pelo fato de o paciente se recusar a prosseguir no tratamento. Torna-se

10 - “Logo no início do tratamento verifica-se que o *facies* se vai tornando anímico, fixo, estanhado e imutável, com o olhar inexpressivo. Aparece, concomitantemente, certa infiltração no rosto, que fica levemente edemaciado, seborréico. A pele apresenta-se gordurosa e brilhante, ocorrendo um apagamento dos sulcos nasogeninos, dada a infiltração da face. O doente acusa um aspecto bastante característico, que se vai acentuando progressivamente, para atingir o máximo durante a plena impregnação (...)” (SILVA et al., 1957, pp. 75-76)

necessário então o emprego de hábil psicoterapia, um árduo e paciente trabalho, tanto do médico como da enfermagem, para fazer com que o doente compreenda a necessidade de continuar a submeter-se à medicação. Felizmente tais estados são rapidamente ultrapassados com a progressiva elevação da dose, o que permitiu sempre fôsse o tratamento prosseguido sem maiores contratempos.” (SILVA et al., 1957, p. 73).

A segunda fase caracteriza-se pelos sinais de franca impregnação neurolética. Os doentes apresentam uma síndrome parkinsonóide com facies típico, tremores de extremidades, perda dos movimentos automáticos da marcha, rigidez muscular, sialorréia. Podem ocorrer ainda epistaxe, hipertrofia gengival, crises oculógiras e hipertonia da musculatura mandibular que chega a impedir a mastigação. No que diz respeito à esfera do psiquismo algumas alterações são observadas.

“(…) trata-se de um verdadeiro “bloqueio emocional”, um como que ‘amortecimento’ dos estados emocionais, que perdem os concomitantes físicos, a tonalidade e a intensidade peculiares à emotividade. O paciente continua a queixar-se de distímias, de angústia, de inquietação. Acusa as mesmas idéias de ruína, tristeza, com sinais de sofrimento moral, porém sem tonalidade emotiva. As manifestações ocorrem de forma mecânica, automática ou puramente intelectualizada.” (SILVA, A.C.P. et al., 1957, p. 76).

Com o prosseguir da elevação das doses, começa a aparecer alguma melhora nas condições psíquicas dos doentes.

“Mostra-se então integrado na realidade, consciente, responde com lógica, revela boa compreensão e acusa sensação de bem estar. A resistência que anteriormente oferecia ao tratamento, muitas vezes obstinada por causa dos sintomas molestos dêle decorrentes, desaparece totalmente, e o paciente se submete de boa vontade à terapêutica, não opondo mais embaraços à administração do medicamento. Conquanto bradipsíquico, lerdo, lento, não revela mais qualquer fenômeno de confusão, obnubilação ou estreitamento da consciência. (...) recupera a capacidade de síntese mental (...) é flagrante a disparidade aparente entre a maneira do doente se apresentar e o seu modo de sentir e agir.” (SILVA et al., 1957, p. 79).

Na terceira fase, com a diminuição gradativa da medicação, aparecem sinais de inquietação, impulsividade, agressividade, mal-estar, inquietação, inquietação psico-motora, deambulação imperativa, distúrbios cenestésicos e distúrbios de conduta.

“Nessa fase o paciente chega a praticar tentativas de fugas impulsivas, como se quisesse livrar-se da ansiedade e da angústia. Alguns chegam a manifestar idéias de suicídio. (...) Muitas das numerosas queixas que fazem e muitas das suas tendências revelam uma tonalidade pitiática, bem típica, com um comportamento teatral, dramático, infantil, tolo e pueril. (...) Essa sintomatologia, via de regra, desaparece após alguns dias, sem deixar vestígios. (...) Nesta altura do tratamento já o paciente se encontra capaz de deixar o hospital e de adaptar à vida social e familiar, conforme verificamos em vários casos.” (SILVA et al., 1957, p. 80).

No artigo de Pacheco e Silva fica bastante evidente o uso do novo remédio dentro da racionalidade do choque. É interessante observar que a forma da descrição das fases da impregnação neurolética é muito semelhante ao modo como os psiquiatras dos anos 30 descrevem as fases da Insulinoterapia. Os pacientes apresentam alterações dramáticas que vão sendo cuidadosamente registradas. Essas modificações nos estados corporais e nas funções mentais constituem, ao mesmo tempo, a melhora e a sua causa.

No início da experimentação são submetidos apenas doentes esquizofrênicos. Posteriormente, “animados pelos resultados obtidos e também para lograr maior experiência” (SILVA et al., 1957, p. 89) outros quadros clínicos passam a ser incluídos.

Os resultados são bastante animadores, com exceção daqueles casos de melancolia ansiosa nos quais ocorre somente mitigação da ansiedade. Na esquizofrenia, retirados aqueles pacientes que “apresentavam um defeito esquizofrênico”, todos obtêm notáveis melhoras. Nesses casos é possível observar a “crítica serena, justa e lógica, que o paciente faz dos seus distúrbios anteriores” (Silva et al., 1957, p. 94). Nas formas clínicas em que há um síndrome psicótico enxertado em estados constitucionais, como personalidades psicopáticas e oligofrenias, permanecem somente as características de “fundo” anterior.

“Nos neuróticos, com fenômenos de conversão, principalmente na esfera motora, êsse processo terapêutico mostrou-se capaz de debelar a sintomatologia apresentada, de maneira rápida e eficaz, sem provocar oposição e reações de medo por parte dos pacientes.” (SILVA, et al., 1957, p. 95)

A possibilidade de uma atuação mais concreta e objetivável sobre o doente, propiciada pelos Neuroléticos, confere medicalidade ao ato psiquiátrico.

“Pela primeira vez temos à nossa disposição uma arma química de efeitos perfeitamente controláveis, por assim dizer mensuráveis, sobre os fenômenos psíquicos que porventura a elas se filiem.” (MARTINS, 1956, p. 240).

CONCLUSÃO:

É curioso que durante os cinco primeiros anos de sua utilização, os Neuroléticos não tenham modificado o ritmo do trabalho hospitalar e nem aumentado de maneira significativa a demanda ambulatorial. É possível que a explicação possa passar por duas ordens de questão. A primeira se refere ao fato de que na década de 50 não há nenhuma modificação significativa na política de saúde mental ou na orientação de sua gerência institucional. A segunda diz respeito ao modo como a Clorpromazina é inicialmente incorporada como tratamento psiquiátrico.

A utilização do novo remédio em narcose prolongada, hibernação, terapias de sono, em séries de doses crescentes, as abruptas modificações fisiológicas que os pacientes apresentavam, a produção de fases de impregnação neuroléptica, o uso sistemático por via endovenosa ¹¹ e a expectativa de cura fazem com que ela possa ser enquadrada dentro da racionalidade terapêutica do choque. Como tal, a Clorpromazina não apresenta a eficácia alardeada.

Além de mergulhar a psiquiatria do pós-guerra no delicado funcionamento da química cerebral, seu grande valor, para a legitimidade científica, no entanto, está em ser “um remédio como os outros”. Seus “efeitos perfeitamente controláveis” poupam o psiquiatra do terror com que a aparatosa parafernália das terapias biológicas impregna a sua imagem de médico.

Parece que é a passagem da finalidade da cura para a finalidade do controle de sintomas e comportamentos, que vai proporcionar aos Neuroléticos a sua mais adequada utilidade. Embora, já em 1955, o laboratório fabricante do produto anteveja o alastramento de seu uso ¹², essa passagem, no entanto, terá determinações sócio-históricas mais amplas.

11 Em julho de 1955, o Departamento de Especialidades da Rhodia convoca uma reunião com todos os PV do interior de São Paulo para cobrar-lhes maior propaganda para a apresentação do Amplictil comprimidos. Tomasi relata o conteúdo da reunião: “(...) estaríamos, realmente obtendo estimuladores resultados comerciais com a tática de propaganda em ação? Não, não e não! Basta atentar para a comunicação que nos vem da França, onde pelo menos 94,4% das vendas são representadas pelos comprimidos e 5,6% pelas ampolas. (...) De fato, a exploração comercial do Amplictil entre nós está tão afastada dos resultados obtidos pelos franceses e norte-americanos, que não se pode negar razão ao nosso chefe do Departamento de Especialidades, quando afirma que só agora, ao incrementarmos a venda de comprimidos, é que iremos lançá-lo efetivamente.” (TOMASI, 1955 a).

12 “Tenhamos em mente que o principal ‘slogan’ do Amplictil é: ‘fator de calma e tranqüilidade’. O que quer dizer isso? Simplesmente que os maiores consumidores de Amplictil comprimidos em perspectiva, os que devemos visar de maneira particular, são os milhares e milhares de indivíduos que perambulam ao nosso lado pelas ruas das cidades, freqüentam as casas de diversões que nós freqüentamos e, quem

Embora o Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP - a nova morada dos doentes agudos de São Paulo - inaugure a sua produção experimental com a introdução dos Neuroléticos (a partir de 1954), ainda é dentro do Juqueri que se realizam os primeiros ensaios com a utilização da Clorpromazina. O lugar da doença mental dentro do corpo ganha agora uma sutileza maior. A orientação é fisiológica. O Neurolético dirige as esperanças de cientificidade para as transformações químicas escondidas nos interstícios celulares do cérebro.

Num primeiro momento, o seu uso nos coquetéis líticos, na hibernação, nas terapias de sono prolongado e na produção dos quadros de impregnação, segue a mesma racionalidade terapêutica que orienta as terapias biológicas - o modelo do choque com a finalidade da cura. Num segundo momento, os neuroléticos serão utilizados com a intenção do controle sintomatológico. Ambos, academia e serviço público, acabarão adotando o segundo modelo.

O uso do Neurolético é uma tecnologia que traz, virtualmente, a possibilidade do surgimento de outras formas de organização da produção de cuidados ao doente mental: a ambulatorização e a multiplicação de hospitais privados. No entanto, elas só serão efetivadas em função da implantação das políticas de saúde que surgirão na década de 60 com a transformação dos institutos e caixas de pensão no INPS. No industrioso Brasil do “milagre econômico” a seguridade social permite alguma extensão de cobertura. O Neurolético favorece o tratamento ambulatorial na medida em que abranda a sintomatologia agressiva ou aberrante. Sua ação no espaço hospitalar abrevia o período de internação, promove maior rotatividade de doentes e aumenta o número de reinternações.

Menos que uma ruptura epistemológica ou uma mudança paradigmática, o primeiro psicofármaco permite um ajuste conceitual fino no rastreamento da gênese da doença mental em direção à neurofisiologia. Menos que uma revolução, menos que a cura da doença mental, ele poderá contribuir para a construção de um tratamento mais humanizado - no sentido forte do termo. Certamente, uma tarefa para o campo das políticas públicas de Saúde Mental nas décadas seguintes.

REFERÊNCIAS

KRYNSKI, S. ; LICHTENSTEIN, C. ; MILETTO, A. Sobre o emprego da reserpina em psiquiatria. In: **Arq. Dep. Ass. Psic. Est. São Paulo**, XXI (único):5-19, 1955.

sabe, trabalham no mesmo recinto em que trabalhamos. São essas criaturas estafadas pela vida moderna que se tornam portadores de manias, psicoses, insônias, ansiedades, fobias, obsessões, e, enfim, desequilíbrios nervosos de toda a ordem. Atente-se um pouco somente para a venda de barbitúricos e calmantes efetuada diariamente pelos milhares de farmácias espalhadas por todo o território nacional e ficar-se-á espantado com o seu volume. Pois bem: nas mãos de tais consumidores é que devemos colocar o Amplicitil comprimidos.” (TOMASI, 1955 a)

- LUCENA, J.; LORETO, G. e COSTA, A.S. Traitement neuroleptique par le Largactil chez des schizophrenes. In : **Neurobiol** 20 (1): 56-60, 1957.
- MARTINS, C. A Reserpina no tratamento psiquiátrico. In: **J. Bras. Psiq.**, 5:197-252, 1956.
- NUNES, S.J. A Reserpina no tratamento de um caso de morfismo terapêutico. In: **J. Bras. Psiq.**, VII (3): 227-232, 1958.
- PEREIRA, L. M. F. **Reformas da Ilusão: a terapêutica psiquiátrica em São Paulo na primeira metade do século XX.** Tese, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 01 de dezembro de 1995.
- SILVA, A. C. P.; CARVALHO, H. M.; FORTES, R. O emprego da Clorpromazina em doses maciças (Síndrome de Impregnação). In: **Publ. Méd.**, 18 (198): 53-113, 1957.
- SILVA, L. M.; ZUSMAN, W. ; NUNES, E.P. Técnicas de sono prolongado em psiquiatria. In: **O Hospital**, XLVI (4): 65-81, 1954.
- TOMASI, V. F. Uma reunião inesquecível. In: **Rhodia-Jornal**, 90:10-12, 1955 a.
- TOMASI, V. F. O medicamento que dissipa as trevas da loucura. In: **Rhodia-Jornal**, 92: 16-17, 1955 b.
- URQUIZA, L. M. F. P. **Um tratamento para a loucura: contribuição à história da emergência da prática psiquiátrica no Estado de São Paulo.** Dissertação Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 17 de dezembro de 1991.
- VIZZOTTO, S. [et al.] Dados Preliminares sobre os resultados obtidos com a clorpromazina em psiquiatria (71 casos). In: **Arq. Dep. Ass. Psic. Est. S. P.**, 21:21-49, 1955.

SOBRE OS AUTORES

André Seixas: Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Sorocaba - PUCSP (1999) e Mestrado em Psiquiatria pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo na área de história da psiquiatria (2012). Atualmente é psiquiatra clínico atuando no consultório particular e na unidade básica de saúde da Vila Romana.

André Mota: Graduou-se em História pelo Depto. de História, FFLCH-USP, em 1994 e desenvolveu seu projeto de doutorado, pelo mesmo departamento, no ano de 2001 defendendo a tese: “Tropeços da medicina bandeirante, São Paulo, 1892-1920”. Entre 2006-2008 realizou seu Pós-doutoramento pelo Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP com o projeto: “Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina no Brasil: o caso paulista nos anos de 1930”. Atualmente é Professor Credenciado do Programa de Pós-graduação do Depto. de Medicina Preventiva - FMUSP e Coordenador do Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz da FMUSP. Organizou, juntamente com a Professora Maria Gabriela S.M.C Marinho, o livro sobre o centenário da Faculdade de Medicina da USP intitulado, “Trajetória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: aspectos históricos da ‘Casa de Arnaldo’”.

Afonso Carlos Neves: Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo (1979), mestrado em Neurologia / Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo (1988), doutorado em Neurologia / Neurociências pela Universidade Federal de São Paulo (1993), doutorado em História Social pela Universidade de São Paulo (2008), pós-doutorado pela University of California - San Francisco (1998) e residência médica pela Universidade Federal de São Paulo (1982). Atualmente é médico da Universidade Federal de São Paulo.

Daniel Martins de Barros: Psiquiatra, Doutor em ciências pela FMUSP, bacharel em Filosofia pela USP. Atualmente é médico do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP). Coordenador médico do Núcleo de Psiquiatria Forense (Nufor) do IPq e pesquisador do Laboratório de Neuroimagem em Psiquiatria da FMUSP (LIM21).

Daniela Kurcgant: Possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1993), mestrado em História da Ciência

pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2002) e doutorado em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2010). Atualmente é médico-assistente do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP e professora do Curso de Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Francisco Lotufo Neto: Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1973), graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Fundação do ABC (1979) e Doutorado e Livre-Docência em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da USP (1991 e 1997). Atualmente é Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Gustavo Bonini Castellana: Médico pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), com pós-graduação *latto senso* em Psiquiatria e especialização em Psiquiatria Forense pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (IPq HCFMUSP). Titulado especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Atualmente atende em consultório particular, é supervisor da residência médica no NUFOR (IPq HCFMUSP), além de perito oficial do Tribunal Reginal Federal.

Gustavo Querodia Tarelow: É Mestre em História social pela Universidade de São Paulo, tendo sido orientado pela Professora Maria Amélia Mascarenhas Dantes. É pesquisador do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da USP e professor de História em colégios de Ensino Médio. Atualmente desenvolve pesquisas sobre as terapêuticas psiquiátricas utilizadas nos hospitais psiquiátricos brasileiros, sobretudo na primeira metade do século XX.

Ianni Régia Scarcelli: Professora Doutora do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; orienta mestrado e doutorado em programa de pós-graduação, na área de concentração Psicologia Social, linha de pesquisa Política, Saúde Coletiva e Psicologia Social. Atualmente é Presidente da Comissão de Graduação do Instituto de Psicologia da USP. Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1984), mestrado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (1998) e doutorado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (2002).

Lia Novaes Serra: Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2007), aprimoramento em Unidade Básica de Saúde pela Faculdade de Saúde Pública/USP (2010), mestrado em Psicologia Social e do Trabalho, pelo Instituto de Psicologia/USP (2011). Atualmente, se dedica ao estudo e a formação em psicanálise pelo Sedes Sapientiae.

Lília Blima Schraiber: Médica com especialização em Saúde Pública e em Planejamento em Saúde. Fez mestrado, doutorado e livre-docência em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo FMUSP, instituição em que exerce o cargo de professora associada. É membro titular da Cátedra UNESCO de Educação para a Paz, Direitos Humanos, Democracia e Tolerância, e editora do periódico Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Desenvolve pesquisas com ênfase na abordagem interdisciplinar nas linhas: Violência, Gênero e Saúde; Atenção Primária e Cuidado à Saúde; Processos Sociais e Saúde; e Organização do Cuidado e da Práticas em Saúde. É orientadora do programa de pós-graduação em Medicina Preventiva em nível de mestrado e doutorado e também atua como supervisora de pós-doutoramento.

Lygia Maria de França Pereira: Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (1982), mestrado em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (1991), doutorado em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (1995) e residência médica pela Universidade Estadual de Campinas (1984). Atualmente é Médica Psiquiatra da Universidade de São Paulo.

Manuel Correia: Doutorado em História da Cultura pela Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra; investigador do grupo de História e Sociologia da Ciência e da Tecnologia do CEIS20-Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra; autor de “Egas Moniz e o Prémio Nobel”, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2006.

Maria Fernanda Tourinho Peres: Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (1994), mestrado (1997) e doutorado (2001) em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. É professora doutora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e coordenadora de pesquisa do Núcleo de Estudos da Violência da USP.

Maria Gabriela S. M. C. Marinho: Doutora em História Social pela FFLCH – USP, é atualmente, Coordenadora do Núcleo de Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal do ABC (NCTS-UFABC), onde atua também como professora e pesquisadora do Programa de Mestrado em Ciências Humanas e Sociais (MCHS-UFABC). Organizou, juntamente com o Professor André Mota, o livro sobre o centenário da Faculdade de Medicina da USP, intitulado “Trajetória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: aspectos históricos da ‘Casa de Arnaldo’”.

Monica L. Zilberman: Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1991), residência médica em Psiquiatria no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (1994), doutorado em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo (1998) e pós-doutorado pela Universidade de Calgary, no Canadá (2002). Atualmente é pesquisadora do Laboratório de Psicofarmacologia LIM-23 do Instituto de Psiquiatria da USP, orientadora do programa de pós-graduação do depto. de Psiquiatria da FMUSP e parecerista de diversos periódicos científicos.

Paulo Silvino Ribeiro: Doutorando em Sociologia pela UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas, Mestre em Sociologia pela UNESP - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2010) e bacharel em Ciências Sociais - Geral pela UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas (2006). É Professor de Sociologia na Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo - FESPSP, nas Faculdades Pitágoras (Campus Jundiá) e nas Faculdades Integradas Campos Salles. Exerce atividade de pesquisa com temática pertinente ao Pensamento Social Brasileiro e à Formação da Sociedade Brasileira. Além disso, participa de grupos de estudos sobre medicina e saúde junto à FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Colaborador/columnista do Portal Brasil Escola.

Pier Paolo Pizzolato: É Graduado em Arquitetura pela PUCCAMP, Mestre pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAU-USP), atualmente professor e coordenador auxiliar da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Paulista de Ensino, Campus Jundiá.

Sandra Arruda Grostein: Possui graduação em Psicologia (1980) e mestrado em História da Ciência (2010) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Atualmente é diretora geral da Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise.

Sergio Rachman: Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP (2001) e residência médica pela Universidade de São Paulo (2004) . Atualmente é Médico psiquiatra do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP e Médico Psiquiatra do Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental da Zona Norte.

Vera Cecília Machline: Além de Bacharelado e Licenciatura Plena em Letras (1982), possui Mestrado e Doutorado em Comunicação e Semiótica (1992 e 1996) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Atualmente, é professora assistente do Programa de Estudos Pós-Graduados em História da Ciência da PUC-SP, junto ao Centro Simão Mathias de Estudos em História da Ciência (CESIMA/PUC-SP).

Coleção Medicina, Saúde & História

ISBN 978-85-62693-11-3



HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA: CIÊNCIA, PRÁTICAS E TECNOLOGIAS DE UMA ESPECIALIDADE MÉDICA

