

INTRODUÇÃO

Não é isolando seu vizinho que nos convencemos de nosso próprio bom senso.

Dostoiévski, Diário de um escritor.

Sim – [o manuscrito] de um louco! Como essa palavra me teria gelado o coração muitos anos atrás! Como não teria despertado o medo que costumava acometer-me por vezes, fazer com que o sangue zunisse e latejasse nas veias, até que o frio do orvalho da manhã me cobrisse de gotas enormes a pele, e meu joelho se pusesse a bater contra o outro de susto! Entretanto, gosto dele agora. É uma linda palavra – mostrai-me o monarca cujo semblante carregado tenha sido temido uma vez como o brilho dos olhos de um louco, cuja coroa e cujo machado tenham metade da firmeza das garras de um louco. Ho-ho! É esplêndido ser louco! Ser contemplado por entre essas jaulas de ferro, qual um leão feroz – cerrar os dentes e ouvir os silêncios de noites sem fim ao alegre tilintar de uma pesada corrente, estender-se sobre a palha, transportado por tão heróica ausência. Um urrah ao manicômio. Oh, que belo lugar!

Charles Dickens, O manuscrito de um louco.

Esperamos que amanhã de manhã, na hora da visita médica, recordem isto, quando tratarem de conversar sem dicionário com esses homens sobre os quais – reconheçam – só têm a superioridade da força.

Antonin Artaud, “Carta aos diretores de asilos de loucos” In: Carta aos poderes.

*O porvir é raro, e cada dia que vêm não é um dia que começa.*¹ * Este trabalho surgiu há seis anos, quando o interesse pela medicina nos levou a estudar uma instituição psiquiátrica em Curitiba.² Dir-se-ia que toda a investigação histórica tem sua origem no

¹ L’avenir est rare, et chaque jour qui vient n’est pas un jour qui commence. BLANCHOT, Maurice. *La Bête de Lascaux*. Montpellier : Fata-Morgana, 1992, p. 23.

* Os textos estrangeiros que foram citados neste trabalho, em sua maioria consultados no francês, foram vertidos livremente para o português. No caso de material inédito, as traduções serão feitas no corpo do texto e em rodapé colocaremos o trecho na língua original.

² Iniciei minha pesquisa em 1999 após conhecer um trabalho de Munhoz Van Erven, que me levou a investigar a história do Hospício de Nossa Senhora da Luz. Em 2000 apresentei uma monografia intitulada *Este Belo*

presente. Isto é ainda mais verdadeiro neste caso, já que o objeto de estudo escolhido está imbricado numa teia de discussões sobre a psiquiatria, sobre as reformas hospitalares, sobre os direitos humanos, sobre a subjetividade,³ que vêm atravessando pelo menos três décadas no contexto internacional e no Brasil têm ganhado força cada vez maior nos últimos anos. Este trabalho surgiu de um interesse pela medicina e também por uma preocupação do presente.

Durante quase todo o percurso de pesquisa, na monografia de graduação, depois no mestrado e agora no doutorado, foi sempre uma instituição em particular que esteve presente em nossas investigações. Investigar o *Hospício Nossa Senhora da Luz* em Curitiba não diz respeito apenas ao surgimento de uma instituição psiquiátrica em Curitiba no final do século XIX. Ao tomar essa instituição como objeto de pesquisa, buscamos compreendê-la tanto no contexto de sua época, ou seja, a Curitiba do século XIX, quanto do próprio hospício como um modelo hospitalar, ou melhor : como uma peça fundamental dentro da tecnologia alienista.

Assim, desde os primeiros passos da pesquisa, a intenção era a de investigar as relações entre o surgimento de um hospital psiquiátrico e a constituição do saber psiquiátrico no contexto da construção do Hospício Nossa Senhora da Luz. Se analisarmos o panorama em que se inseria a situação do cuidado dos loucos no período que antecede a construção desse hospital, veremos que o seu surgimento não implica apenas numa forma mais

Nome, Asilo – parafraseando Esquirol. Em 2001 tive a oportunidade de ingressar no mestrado com o projeto sobre o Hospício, tendo pela primeira vez conseguido acesso livre a documentação existente no arquivo da própria instituição. Este trabalho é o desdobramento daquela pesquisa : em 2003, após a qualificação de mestrado, foi proposto que a versão original fosse ampliada e reformulada para transformá-la em uma tese de doutorado.

³ A questão da subjetividade, por exemplo, que sempre foi uma obsessão de Felix Guattari (GUATTARI, Felix. *Revolução Molecular : Pulsões Políticas do Desejo*. São Paulo : Brasiliense, 1981) e ignorada no discurso psiquiátrico, vêm ganhando força nas últimas décadas. Cf. PELBART, Peter Pál. *A vertigem por um fio : políticas da subjetividade contemporânea*. São Paulo : Iluminuras, 2000.

humanitária de cuidar dos loucos, mas modifica decisivamente o paradigma a partir do qual seríamos capazes de compreender como se deu o surgimento da psiquiatria no Paraná.

Estudo sobre uma instituição psiquiátrica, esta tese também é uma reflexão sobre o nascimento de um tipo de tecnologia, em que conceitos científicos encontram suas condições de intervenção política e como prática social. Não é, portanto, uma história da instituição que se limita a sua abordagem interna, administrativa, mas pretende demonstrar as suas relações com o contexto político da época. Somente assim podemos estabelecer entre a teoria psiquiátricas e as práticas hospitalares sua dimensão propriamente política, demonstrando que a constituição da psiquiatria no Paraná, assim como no Rio de Janeiro ou na França, estava relacionada com a demonstração de uma neutralidade científica que seria utilizada segundo objetivos que lhes são extrínsecos, mas de imanência. É essa dimensão política dos saberes que ocupa nossa investigação.

O objetivo desse trabalho é entender essa figura do alienista, seu papel na sociedade, sua ambição como instrumento técnico-científico de controle do campo social.⁴ Essa nova forma de presença do alienista teve sua formação na história e na política do século XIX. Assim, essa investigação sobre a constituição desse saber, na busca de compreender esse novo papel do psiquiatra e da própria medicina no século XVIII encontra sua justificativa nos debates do presente, visando mais globalmente entender a psiquiatria nas suas relações entre a prática hospitalar e as teorias médicas, resgatando nessa análise a dimensão propriamente política de uma prática médica. Estudando as relações e a racionalidade da medicina mental –

⁴ A recusa da palavra *origem*, contida na versão inicial deste texto, me foi sugerida pela banca de qualificação. Percebemos assim o caráter problemático da utilização deste termo que acaba prejudicando as intenções iniciais de nossa pesquisa. Impossível pensar nesses termos diante do tom ziguezagueante que delimitou nossa pesquisa e que não descarta a possibilidade de múltiplas entradas. Fica assim acolhida a supressão da idéia de origem, garantindo a coerência teórica entre esses diversos percursos que pretendemos efetuar ao longo do trabalho. Cf. FOUCAULT, Michel. Nietzsche, a Genealogia e a História. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 17-18.

suas relações com a sociedade, suas técnicas de atuação, a constituição do modelo hospitalar – trata-se então de formular a questão : que papel desempenham as instituições médicas como meio de controle dos indivíduos através de uma ação que está intimamente ligada à constituição dos saberes médicos. Como situar teórica e politicamente as relações entre Loucura, Ciência e Sociedade ? Essa investigação nos dará condições para analisar as relações entre a psiquiatria brasileira e os mecanismos de dominação que se implantaram no Brasil no início do século XIX.

Então assistimos à uma forma de funcionamento da sociedade em que são perceptíveis os diversos aparelhos que assumem a gestão de nossas vidas, de instituições que produzem, controlam e orientam os comportamentos. Exemplo disso é o descrito por Jurandir Freire Costa em relação à entrada da família no cálculo dos saberes.⁵ Nesse processo, a medicina, e mais especificamente a Psiquiatria, são exemplares como aparelhos que, desde a sua origem, tiveram explicitamente essa função. Tematizando dessa forma a medicina mental, buscamos contribuir para a crítica das suas práticas presentes, trazendo sua dimensão histórica das estratégias políticas.⁶ Instrumentos muitas vezes nascidos fora dos aparelhos de Estado, desempenharam um papel fundamental para sua própria instauração e aperfeiçoamento dos mecanismos de dominação do Estado.

Na heterogeneidade de documentos aqui utilizados registram-se os traços de uma normatização da vida social brasileira. Trilhar esse esquema, que regula as populações e os indivíduos, exige um mapeamento minucioso que nos levou a diversos cenários diferentes. Esta pesquisa realiza um levantamento sobre essa documentação na seguinte perspectiva : ela visa vislumbrar uma estratégia de medicalização do corpo social empreendida por uma fração de um grupo médico da época. As estratégias do alienismo em busca de sua consolidação, e

⁵ COSTA, Jurandir Freire. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro : Graal, 1981.

⁶ Sobre os debates atuais sobre o fim do manicômio no Brasil e na Itália Cf. CARVALHO, Andréa da Luz. *Entre uma sociedade sem manicômios e a medicalização da vida*. Rio de Janeiro : Dissertação : Mestrado em Saúde Coletiva, UERJ, 1999.

as formas como essas estratégias estavam relacionadas com a constituição de uma tecnologia hospitalar são o objeto de investigação proposto por este estudo.

INTERREGNO METODOLÓGICO

Uma história sobre um Hospital fez cruzar diversos cenários. Para entender um hospital psiquiátrico em Curitiba tivemos que analisar a Psiquiatria no Brasil. Para compreender a constituição da psiquiatria brasileira tivemos que buscar suas referências européias. Assim, o trajeto de redação desse texto obedeceu à ordem inversa do percurso de pesquisa da presente tese. Iniciamos a pesquisa com uma documentação hospitalar, relatórios médicos, textos administrativos, fichas médicas. A seguir buscamos investigar os fundamentos teóricos desse saber psiquiátrico, pesquisando os primeiros textos de psiquiatria no Brasil, consultando as revistas médicas que floresceram no Brasil no início do século XIX junto com a própria imprensa brasileira e também consultando as teses que eram apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A última etapa obedeceu à análise dos principais teóricos do saber psiquiátrico como Pinel, Esquirol e, *grosso modo*, o chamado grupo da Salpêtrière.

Esse é um percurso sinuoso, não linear, que muitas vezes nos aplicou diversas armadilhas quanto a passagem de uma coerência à outra. Buscamos demonstrar que a maneira como o saber psiquiátrico e, mais amplamente, a tecnologia alienista, não obedeceu a uma mesma forma na França, no Rio de Janeiro e em Curitiba. Porém, os agentes envolvidos elaboraram estratégias semelhantes de consolidação do saber psiquiátrico e, de certa forma, em todos os casos, o desenvolvimento do saber sempre esteve, no caso específico da psiquiatria, envolvido com a constituição de uma tecnologia hospitalar.

Fazer o Hospital transformar-se num *máquina de curar* era a forma como a Psiquiatria buscava elaborar sua estratégia de intervenção sobre a loucura. O Hospital é, por excelência, o grande instrumento terapêutico da medicina psiquiátrica. Mais do que um local

sem finalidades específicas, o hospital era, em si mesmo, um instrumento de cura. Interrogar o Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz nos levou a percursos tortuosos. Implicou em saber como foi a construção do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro, o Juquery em São Paulo, Bicêtre e Charenton na França. Três caminhos : Curitiba, onde nasceu o interesse desse historiador pela Medicina ; o Rio de Janeiro, origem da medicina psiquiátrica no Brasil, e a França, berço de todo o saber psiquiátrico europeu.

Tentamos enfrentar esses três percursos e, muitas vezes, um trabalho sobre um Hospital Psiquiátrico em Curitiba ficou diluído na teia de referências sobre psiquiatria, sobre a loucura. É um trabalho bastante abrangente, que envolveu um fôlego de pesquisa muito grande, que nos levou a arquivos públicos, bibliotecas das Faculdades de Medicina, associações médicas como a Academia Nacional de Medicina e instituições médicas como o Instituto de Medicina Social, e envolveu uma abordagem interdisciplinar, a Medicina, a História, a Sociologia, e a Filosofia, um trabalho que necessitava tanto do conhecimento prático da tecnologia psiquiátrica quanto de uma reflexão crítica em relação a esse saber.

As ciências raramente contam suas histórias. E devemos desconfiar daquelas que contam sua própria história com demasiada arrumação. Assim é o saber psiquiátrico. A dificuldade de analisar a constituição da psiquiatria é que ela sempre se apresentou como uma evolução objetiva de um conhecimento progressivo sobre a loucura. Da mesma forma, esperamos que a distância crítica que tivemos em relação aos procedimentos psiquiátricos não ocultem nossa profunda admiração pelos que lidam diariamente com o sofrimento dos pacientes hospitalizados e nem em relações às iniciativas pioneiras como em La Borde, como em Bonneval ou como, no Brasil, as experiências do Hospital-Dia A Casa e do Museu do Inconsciente. Também é necessário afirmar que embora estejam muito distantes das preocupações de terapeutas e psiquiatras, este trabalho também visa dialogar com operadores práticos da loucura como Gisela Pankow, Maud Manonni e Jean Oury.

Quadro Teórico

Uma intenção não se concretiza sem contrair dívidas em cada passo. Não há dúvida de que, quando se trata de pensar a *Psiquiatria* é o estudo das ciências que constitui uma referência importante como método de investigação. A epistemologia de Canguilhem, Bachelard, Cavaillès e Koyré poderiam ser levados em conta desde que se leve em consideração *dois deslocamentos* decisivos que este trabalho pretende fazer em relação ao estudo das ciências biológicas e da vida efetuada por esses autores. Em primeiro lugar, enquanto a epistemologia, *grosso modo*, se interessou pelas regiões de cientificidade da natureza e da vida, estudando ciências como a matemática, física, química, biologia e anatomia, o estudo da Psiquiatria requer inserir o Homem como uma nova região, no sentido em que sua compreensão está inserida dentro de uma reflexão sobre a constituição dos saberes do Homem na modernidade. Trata-se, portanto, de uma aproximação metodológica evidente com os estudos de Michel Foucault sobre a Idade Clássica. A arqueologia fundada por Michel Foucault como análise histórico-filosófica do nascimento das ciências do Homem permitem abordar de forma nova a compreensão do surgimento das ciências, provocando um deslocamento metodológico decisivo em relação as ciências tal como a problematizaram a história epistemológica de Cavaillès e Bachelard.⁷ Em segundo lugar, enquanto a epistemologia examinou, ao nível dos conceitos científicos, definidas como processos históricos de criação e desenvolvimento de racionalidades específicas, no presente estudo, por ter gravitado em torno da idéia de constituição dos saberes do Homem, tal como a problematizou Foucault, domínio o qual se torna impossível estabelecer critérios rigorosos de cientificidade, desde já seria preciso pensar os conceitos como independentes das ciências, neutralizando a questão da cientificidade e realizando uma história em que, em princípio, desapareceria a idéia de progresso da razão, do conhecimento e da verdade, sem o qual o projeto epistemológico seria impossível, eis o segundo deslocamento teórico deste trabalho, de inspiração foucaultiana.

⁷ Cf. MACHADO, Roberto. *Ciência e Saber : a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

Na medida em que este trabalho não privilegia a evolução dos conceitos psiquiátricos como uma busca progressiva da verdade sobre a loucura, o que está em jogo não será a análise sobre a racionalidade científica da psiquiatria, no interior da sua própria ciência, enfim, sua “evolução”, mas sim os embates políticos que a psiquiatria travou com os outros saberes a de seu tempo, como tentativa última de se estabelecer como ciência e de obter um estatuto político e científico na sociedade (a partir de que projetos, por meio de quais conflitos, a respeito de quais objetivos - se estabelecerá uma teia de relações entre a psiquiatria e outras tecnologias sociais do seu tempo e em detrimento de quais instâncias, com a ajuda de quem). Esquemáticamente, se busca pensar como as transformações dos códigos teóricos, das tecnologias, dos dispositivos institucionais estão relacionados com um contexto social específico, as quais os médicos alienistas do século XIX foram seus principais operadores. Ou pelo menos fizeram de tudo para controlar essas mudanças.

Alguns acharão as hipóteses deste trabalho bastante conhecidas, já que as etapas desta pesquisa foram feitas a partir de um certo *foucaultianismo* que a marcou desde a formulação de suas questões básicas (seria possível falar sobre a loucura sem passar por Foucault?) outros acharão o uso de Foucault bastante discreto neste trabalho, sem as referidas querelas e ranços acadêmicos que tem marcado a produção sobre o tema. De qualquer forma, o leitor atento estará ciente da contribuição de Michel Foucault na medida em que é no *nível metodológico* que ele aparece de forma inequívoca. Contudo, de posse desse eixo foucaultiano, buscamos elucidar algumas questões que Foucault se debruçou de forma indireta ou que muitas vezes ele não tenha explicitado por completo. É no rastro das questões deixadas por Foucault que este trabalho seguirá seu próprio curso.

No campo das instituições, o estudo de Erving Goffman sobre as instituições totais⁸ continua a ser o estudo mais sério e abrangente sobre as estruturas institucionais que regulam o mundo do internado. Igualmente relevante são os três estudos que foram feitos, no campo do saber psiquiátrico, por Robert Castel. *A Ordem Psiquiátrica*, *O Psicanalismo* e *A Gestão*

⁸ GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo : Perspectiva, 1974.

dos Riscos oferecem um panorama jamais visto sobre a constituição e a consolidação das estratégias psiquiátricas, da corrente pineliana do século XVIII, passando pela revolução freudiana à antipsiquiatria do século XX.⁹

Alguns textos do século XX permitiram perceber o atual rumo das estratégias psiquiátricas e o debate em psiquiatria sobre o hospital no final do século XX. As críticas começam desde as interpretações internas de uma demanda pela maior flexibilização dos procedimentos psiquiátricos, tiveram seu momento decisivo com a corrente antipsiquiátrica e, numa outra perspectiva, também foram severamente criticados nos escritos de Deleuze-Guattari.¹⁰

Esse conjunto de textos, dispersos, com resultados e terminologias díspares, no entanto diz respeito a um mesmo leque de questões. No fundo, a preocupação é o que se deve manter e o que se deve fazer em relação à psiquiatria do século XIX. Durante nossa pesquisa muitas vezes tivemos que compreender o vocabulário técnico que envolvia as discussões sobre a medicina e a psiquiatria, ou seja, trabalhar a partir das próprias ferramentas conceituais do discurso psiquiátrico. Mas, a maior parte do tempo, a preocupação era construir um texto que estivesse ao mesmo tempo *próximo* do discurso psiquiátrico, a ponto de entender suas diversas nuances, mas também *exterior* o suficiente para não falar da loucura em relação à Razão médica.

Metodologia e Tipologia de Fontes

A pesquisa sobre um hospital psiquiátrico em Curitiba nos levou a catalogação de um material médico bastante vasto. Resulta disto uma pesquisa bastante extensa, um corpo documental que não se refere apenas ao Hospital Nossa Senhora da Luz, mas a própria

⁹ CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica*: A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro : Graal, 1978 ; _____ *O Psicanalismo*. Rio de Janeiro : Graal, 1978 ; _____ *La gestión de los riesgos*. Buenos Aires : Anagrama, 1995.

¹⁰ DELEUZE, Gilles ; GUATTARI, Felix. *Anti-Édipo*. Lisboa : Assírio-Alvim, 2002.

constituição da psiquiatria, no Brasil e na França, sem o qual seria impossível esclarecer a constituição do objeto de nossa pesquisa. Inicialmente, obtivemos o material administrativo do Hospício Nossa Senhora da Luz. Buscamos relatórios dos médicos e da administração da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Essa etapa da pesquisa foi, e continua sendo, uma das partes mais difíceis de todo o trabalho. As dificuldades de acesso ao material, a pouca preocupação com a conservação de arquivos e a total falta de interesse em abrir os arquivos a interessados ou pesquisadores marcou o tom geral das pesquisas. Algumas etapas de nossa pesquisa praticamente foi realizada sem a entrada no Hospital efetivamente. O acesso aos documentos que se encontravam nos arquivos do Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz só ocorreu no segundo ano de pesquisa, quando boa parte da documentação já havia sido levantada por meio de outras instituições. Nos deparamos com uma situação caótica : um acervo completamente desorganizado, instalado precariamente no sótão da área administrativa do Hospital. Ali, empilhada junto à materiais velhos, aparelhos de eletroconvulsoterapia aposentados e sem serventia, quadros grotescos, etc., estavam centenas de prontuários médicos, fichas de pacientes, empilhados num canto escuro e sem ventilação. Cada prontuário, na verdade colocado em um envelope, continha uma pequena parcela da história do hospital, contava a história de um paciente, contendo os remédios que cada paciente utilizou, as observações médicas, a anamnese, etc. Infelizmente, após algumas visitas, todo esse material foi recolhido e não sabemos o destino deles.¹¹

Como esse de material não dava conta da origem desse tipo de estabelecimento hospitalar, começamos a investigar textos mais teóricos, escritos por médicos com a

¹¹ Esta documentação encontra-se disponível nos arquivos da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e também uma boa parte está na Divisão de Documentação Paranaense da Biblioteca Pública do Paraná. Os relatórios da Irmandade de Misericórdia eram apresentados anualmente em sessão ordinária da Irmandade e continha relatórios dos médicos e diretores do Hospício Nossa Senhora da Luz. Essa documentação é a fonte mais importante para o estudo da instituição porque contém dados sobre o cotidiano do estabelecimento, movimentação de alienados, problemas estruturais do estabelecimento, relatos sobre as dificuldades do espaço terapêutico, etc. Como veremos no último capítulo, essa documentação será essencial para analisar a consolidação das práticas psiquiátricas no hospício. Neste trabalho utilizamos basicamente a documentação dos primeiros trinta anos de funcionamento do Hospício Nossa Senhora da Luz. Esta fonte foi utilizada pelos principais cronistas e também pelo Histórico de Herberth Munhoz Van Erven. Cf. MUNHOZ VAN ERVEN, Herberth. *Contribuição ao Histórico do Hospital Nossa Senhora da Luz*. Curitiba : Mundial, 1944

finalidade de defender uma tese na área de psiquiatria. Essa etapa nos levou aos arquivos do Rio de Janeiro, onde estão localizadas as primeiras teses de medicina que se referem à alienação mental, que começaram a ser publicadas no início do século XIX.¹² Nessa etapa descobrimos como os primeiros trabalhos de psiquiatria no Brasil tinham como ponto central a reivindicação por um hospício em terras brasileiras. Preocupados com a inexistência desse tipo de instituição num país que tinha a pretensão de atingir os padrões de civilização europeus, os médicos brasileiros apelavam aos poderes públicos para garantir essa defasagem aos seus congêneres europeus. É necessário observar que, do ponto de vista cronológico, estes trabalhos surgem quase na mesma época em que estão sendo escritos textos decisivos para a ciência psiquiátrica, como *Des Maladies Mentales*, de Esquirol, de 1838. Não é inoportuno observar, portanto, que esse saber é contemporâneo ao seu desenvolvimento na Europa. Os textos escritos pelos mestres franceses eram rapidamente incorporados nas discussões dos brasileiros. Esquirol tornou-se, em psiquiatria, a grande referência até praticamente o início do século XX.

A última parte desse estudo visou interrogar o surgimento do saber psiquiátrico. Tínhamos, no início da pesquisa, poucas pistas além da lendária imagem de Pinel desacorrentando alienados em Bicêtre. Esse gesto, segundo os historiadores da psiquiatria, é considerado o marco inicial da evolução do saber psiquiátrico. Desacorrentar os loucos significaria um gesto simbólico de que, a partir daquele momento, eles não seriam mais acorrentados como seres inumanos, mas considerados como doentes, dignos de tratamento e cura. O gesto simbólico de Pinel é difundido como o marco zero da ciência psiquiátrica. Em torno da imagem de Pinel surgiu uma espécie de mito das origens no qual cada médico, por sua vez, colocava sua contribuição. Assim, durante muito tempo, o que tínhamos era uma longa linhagem de médicos, de Pinel aos médicos do século XIX como Charcot e Kraepelin,

¹² Grande parte do acervo utilizado nesta pesquisa encontram-se na Academia Nacional de Medicina no Rio de Janeiro. Além das primeiras teses de psiquiatria defendidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, encontramos diversas obras de medicina e revistas estrangeiras de psiquiatria do século XIX como a *Gazette des Hôpitaux*, o *Journal de Médecine* e os *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*.

que constituía uma genealogia baseada nesse mito das origens. Apenas quando começamos a investigar as relações entre a psiquiatria e diversas outras tecnologias como a Filantropia, a Higiene Pública e a própria Medicina, vimos que ela fazia parte de um contexto muito amplo. No presente estudo, colocamos como ponto de partida da pesquisa não a evolução de conceitos médicos, mas as relações entre a psiquiatria e as diversas outras tecnologias que buscavam uma fórmula de controle social. Portanto, a “evolução” linear do saber psiquiátrico, não deve servir de fio condutor para os problemas deste trabalho. Não é a conquista da objetividade na interpretação da loucura que serviu como fio condutor dessa pesquisa.

Chegando a esta etapa, buscamos construir o texto na ordem inversa em que surgiram as etapas da pesquisa. Ou seja, começando do contexto mais amplo de constituição da Psiquiatria na Europa até chegarmos a uma instituição particular em Curitiba no final do século XIX, passando pela própria constituição da Psiquiatria no cenário brasileiro. É um caminho muito longo. Mas, ao final, buscaremos discorrer sobre as semelhanças e continuidades ou rupturas, conforme seja o caso, entre esses três grandes contextos. Um trabalho dessa natureza não poderia ser feito a partir da análise restrita a uma única instituição. Em toda a pesquisa, sempre buscamos investigar como esta instituição específica, sem maior importância no cenário nacional ou internacional, tinha as mesmas características das instituições congêneres, afinal, era fruto de uma mesma tecnologia alienista. Em todo momento, Bicêtre, Charenton ou mesmo o Hospício D. Pedro II, estiveram no horizonte da pesquisa. Seria impossível tratar do Hospício de Nossa Senhora da Luz sem conhecer essas outras instituições. No final do século XIX, o Hospício Nossa Senhora da Luz surgiu em Curitiba, fruto da reivindicação médica, da demanda da população, das iniciativas de um grupo de filantropos e religiosos e do interesse do Estado. Porém, seu surgimento não ocorreu num vazio. Diversas outras experiências, no Brasil, em outras cidades brasileiras, na América

do Norte e na Europa, prepararam esse evento.¹³ O Hospício Nossa Senhora da Luz nunca foi uma grande instituição hospitalar, nem era um exemplo, do ponto de vista da tecnologia médica, para os seus contemporâneos. Incrustada numa cidade acanhada, no entanto, ela tinha funções bem definidas e desempenhava na tecnologia médica finalidades muito bem circunscritas.

Nesse estudo, diversas vezes nos deparamos com duas imagens. Uma, do *Hospício* idealizado, fruto da tecnologia médica, que surgiu como um instrumento de cura que era ao mesmo tempo herdeira de diversas outras experiências já conhecidas na Europa e nos Estados Unidos. Portanto, o Hospício como tecnologia médica, como instrumento de ação terapêutica. A outra imagem é a do Hospital real, no seu dia-a-dia. Foi esse a primeira visão que nos apareceu. O hospital com dificuldades reais, com deficiência de verbas, superlotação, com problemas de doenças, epidemias, falta de higiene. Como confrontar esse hospício real com aquele que Pinel e Esquirol diziam ser uma máquina de curar? A hipótese desse estudo é que, para o hospício fizesse parte de uma tecnologia médica, ele deveria constituir-se numa máquina de curar. Mas, isso não ocorreu de forma pacífica ou natural. Pretendemos demonstrar que os médicos, na tentativa de transformar o hospício real num hospício ideal, tiveram muitas dificuldades. E, por isso, as próprias dificuldades que os médicos encontraram, suas críticas internas ao estabelecimento em que trabalhavam, podem ser compreendidas como um fator importante para a análise da maneira como esses médicos buscavam transformar o asilo real no asilo ideal. A extensão do poder médico no espaço hospitalar é o principal cenário dessa investigação. Buscamos com isso entender o próprio surgimento da Psiquiatria no Paraná e como ela foi fruto de uma conquista médica. O asilo foi peça fundamental como estratégia de consolidação do saber psiquiátrico brasileiro. Não é um absurdo dizer que, em outro contexto, tal afirmação também é plausível. O Hospício Nossa Senhora da Luz foi o laboratório ideal em que práticas alienistas ainda muito

¹³ Ver, por exemplo, o trabalho de David Rothman sobre o surgimento de instituições disciplinares nos Estados Unidos. ROTHMAN, David. *The discovery of asylum*. Boston : Little-Brown, 1971.

embrionárias serviram como suporte para a consolidação e o maior prestígio científico da medicina paranaense. Colocados às margens dos grandes centros de produção e difusão do saber psiquiátrico, os médicos paranaenses faziam parte de um mesmo grupo e portanto, partilhavam as mesmas estratégias.

A relação entre a instituição e o saber psiquiátrico é uma das principais chaves para a interpretação do alienismo. Talvez nenhuma outra ciência desenvolveu todas as suas principais estratégias com base em um espaço. Ou, em todo caso, talvez a especificidade do hospício seja essa, já percebida pelos alienistas do século XVIII: é o *próprio* asilo que funciona como *remédio* ou meio de cura para a loucura. É absolutamente verdadeiro dizer que esses médicos defendiam a idéia de que, de todas as doenças, a loucura é a que mais depende do local em que ela é tratada.

Por uma extensão dessa lógica, podemos dizer que não apenas o Hospício é uma peça fundamental de toda a ação terapêutica dos alienistas, mas também, o próprio hospício é um lugar elaborado para *criar a loucura*. Esquirol, já no início do século XIX, dizia que o hospício é o lugar onde a loucura deveria aparecer em sua “verdade”, sendo convocada a mostrar-se em sua nudez pelo alienista.¹⁴ Ou seja, o espaço hospitalar é o local em que a enunciação da loucura acontece, em que a loucura é convocada a apresentar-se em toda a sua nudez, sem mascaramentos e sem distorções. Outro motivo que sustenta essa importância do Hospício para entender a tecnologia médica, é de que o próprio hospício condiciona a situação social, o status antropológico do doente. A entrada no hospício define quem, numa sociedade, é definido como louco. Daí uma questão tão importante para os médicos era comandar o acesso à instituição. O poder de decidir sobre a loucura também estava atrelado ao poder de decidir quem entra no Hospício.

Portanto, para falar do Hospício Nossa Senhora da Luz, não bastou reunir os documentos sobre a construção do estabelecimento, nem da narração episódica deste

¹⁴ Cf. FOUCAULT, Michel. A Casa dos Loucos. In: *Problematização do Sujeito, Ditos & Escritos I*, op. cit, p. 286..

empreendimento. Para falar dessa instituição, deveríamos antes de mais nada, buscar compreender como ela surgiu como tecnologia médica. Esse percurso nos leva a falar tanto do contexto social em que o Hospício surgiu, a Curitiba do final do século XIX, quanto da origem desse modelo de instituição na tecnologia médica e na medicina alienista francesa. Embaralham-se textos administrativos, teóricos, filantrópicos que evidenciam, afinal, de que este é um objeto multifacetado, que foi fruto da preocupação de diversos campos.

No momento final da pesquisa, durante a construção do texto, optamos por percorrer o percurso inverso à pesquisa, começando do mais geral, ou seja, dos problemas políticos, teóricos e científicos com que a psiquiatria européia se deparou no final do século XVIII e início do século XIX. A próxima etapa foi definir como esse conjunto de problemas foi tematizado pelos médicos brasileiros.

Desde já, consideramos como aceitas que a principal influência dos primeiros alienistas brasileiros eram os médicos franceses. Não há dúvida de que Esquirol influenciou tanto a abordagem dos primeiros textos acadêmicos sobre alienação mental quanto as discussões sobre o projeto arquitetônico do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil. Isto leva a uma deficiência prevista e calculada neste estudo, de outros contextos.

A principal deficiência talvez seja as experiências que ocorriam ao mesmo tempo, e até as precediam, na Inglaterra e na Itália. Sobre o contexto inglês, o estudo de Andrew Scull dá algumas pistas.¹⁵ Já a respeito da experiência italiana, sobretudo de Vincenzo Chiarugui, permanecem sem uma historiografia específica. Podemos apenas defender essa posição ao afirmar que tanto no contexto inglês, quanto italiano (poderíamos falar de Reil e Henrioth na Alemanha também) permaneceram como marginais. Ao contrário do que ocorreu na França, as experiências de Chiarugui na Itália, de Danquin na Sabóia e de Reil e Henrioth na Alemanha, que ocorreram no final do século XVIII, foram efetuadas por médicos que não conseguiram impor a hegemonia das suas práticas. Isso fica bem visível quando

¹⁵ SCULL, Andrew. *Museums of Madness*. London : Penguin Books, 1982.

vislumbramos, por exemplo, as experiências dos irmãos Tuke em York Retreat.¹⁶ O que os Tuke fizeram, em várias gerações dessa família, estava muito próxima do que os alienistas franceses chamava de Tratamento Moral. No entanto, os Tuke eram quakers, comerciantes, que não faziam parte, portanto, do *stablishment* médico inglês.

Seria um exagero dizer, portanto, que essa escolha simplesmente se deve ao fato de a medicina francesa ser melhor. A obra de Pinel não ocorreu num vazio, ela é o epicentro de uma convergência entre diversos discursos. O que buscamos demonstrar é que, esses médicos franceses estavam bem situados e ademais, constituíram toda uma linhagem de teóricos muito próximos (conhecido como Grupo da Salpêtrière) o que permitiu perpetuar essa herança científica pineliana. Não poderia ser de outra forma, tratava-se de uma aliança teórica no qual os discípulos de Pinel e Esquirol reivindicavam a hegemonia nesse campo do estudo da loucura.

No século XIX a psiquiatria francesa era, de fato, uma referência mundial. Médicos europeus e americanos imitavam seus métodos, seus equipamentos, seus hospitais, e repetiam seus experimentos. Portanto, não é nada abusivo dizer que os franceses foram efetivamente os inspiradores dos primeiros médicos brasileiros que trataram do assunto.

A maneira como esses médicos brasileiros construíram o saber psiquiátrico é um assunto inabarcável e muito extenso, que nos levaria a uma pesquisa que englobaria a própria medicina portuguesa e colonial. Nos contentaremos a rastrear certos eventos decisivos para a compreensão do presente estudo: o surgimento do primeiro hospício brasileiro, o mapeamento das teses sobre alienação mental e a inauguração de uma cadeira de ensino psiquiátrico. O Rio de Janeiro é o berço da psiquiatria brasileira, de onde surgiram os fatos

¹⁶ Vincenzo Chiarugi fundou o hospital de San Bonifazio em Toscana em 1788, William Tuke criou York Retreat em 1794. Na mesma época Danquin e Reil/Henrioth faziam experiências semelhantes em outras partes da Europa. Como se vê, devemos considerar a obra de Pinel como pioneira, mas levando em conta que também eram realizadas outras experiências num contexto de reformas dos hospitais que ocorreu nas últimas décadas do século XVIII.

mais importantes da metade do século XIX que teriam ressonância nos eventos que serão colocados na última parte desse estudo.

Dessa forma, procuramos demonstrar que um estudo sobre o Hospício, seja ele em Curitiba, em Porto Alegre, no Recife ou no Rio de Janeiro comporta em si toda uma discussão sobre a psiquiatria e sobre a tecnologia hospitalar. E que o seu estudo engloba uma tipologia de fontes muito extensa e a visitação de arquivos bastante diferentes quanto aos objetivos e quanto à sua natureza.

Voltamos a mencionar que a principal dificuldade da presente pesquisa foi o acesso a tal documentação. Além de as instituições serem muito fechadas do ponto de vista do acesso em áreas administrativas e de documentação interna, a própria instituição teve certo receio em divulgar o conteúdo desses documentos, visto que supostamente colocaria em risco a reputação de famílias (a descoberta de que algum familiar de um político reconhecido pudesse provocar um certo mal estar, por exemplo, era um dos motivos desse receio quanto ao acesso aos arquivos). Outra dificuldade foi a inexistência de um corpo documental completo e sequencial. Documentos como relatórios e fichas médicas não possuíam organização suficiente que permitissem coletar dados de forma cronológica. Havia sempre exemplares faltando ou que eram colocadas em setores de Obras Raras – o que, nesse contexto, implicava em dizer que estas obras não seriam mais encontradas, pois estavam perdidas em algum depósito. A última dificuldade em relação a documentação é de que, durante a pesquisa, tivemos que buscar textos de natureza muito heterogênea, como teses de medicina, revistas médicas, e na última etapa, mapear uma documentação estrangeira, como os *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*.

Outra dificuldade foi o acesso à obras estrangeiras citadas ao longo deste estudo. Devido a indisponibilidade dessas obras no Brasil, tivemos que recorrer a versões eletrônicas desses textos. Felizmente, foram transcritas recentemente centenas de obras que faziam parte do acervo da Biblioteca Nacional da França. Esse material está transcrito e disponível em endereço eletrônico. Dessa forma, textos como o *Traité Médico-Philosophique*, de Philippe

Pinel ; *Des Maladies Mentales* de Esquirol, *Le visiteur du Pauvre* de De Gerando ; *Du Degré de Certitude de la Médecine* de Cabanis e *Memóire sur les hôpitaux de Paris* de Tenon, entre outros, foram consultados em sua versão eletrônica. Não seria o ideal, mas devido a inacessibilidade dos textos originais, estes documentos forneceram grandes subsídios para os objetivos da pesquisa. Como tratam-se de transcrições integrais de textos que fazem parte do acervo da Biblioteca Nacional da França e fazem parte de um trabalho de excelente qualidade do *Institut de Langue Française*, resolvemos, neste caso, recorrer à documentação eletrônica.¹⁷ Com todos os cuidados que se impõe a utilização deste tipo de material inédito não poderíamos, no entanto, ignorar o conteúdo extremamente rico que esses textos nos proporcionam.

Todo trabalho acadêmico tem sua motivação intelectual, profissional e até mesmo individual. Este trabalho sempre foi fruto de um interesse teórico e, além disso, pessoal. Convergem três elementos fundamentais : Curitiba, a cidade que adotei como “casa” e seus problemas no *fin-de-siècle* ; a medicina que suscitou em mim o interesse pela pesquisa e a instituição hospitalar, que é o tema de debate no qual uma pesquisa histórica encontra suas ressonâncias nas preocupações do presente. O objetivo desse trabalho extrapola, portanto, a simples história institucional deste estabelecimento. Falar sobre um hospital psiquiátrico que surgiu numa cidade pacata e acanhada do século XIX como era Curitiba é também a chave para se falar dos rumos atuais de uma discussão em que a estrutura hospitalar é colocada em questão, ou seja, o hospital psiquiátrico do qual falamos serve-nos também para pensar o hospital como modelo (modelo este que vêm sendo alvo de duras críticas por parte de diversos setores, principalmente dos profissionais da área de saúde, mas sobretudo daqueles que estão fora do *stablishment* médico). Essa discussão permite que falemos de um debate atual e encontremos uma forma de reivindicar uma escrita sobre a loucura sem recorrer a hegemonia dos médicos no discurso sobre a alienação mental.

¹⁷ Esta documentação está disponível em [http : www. gallica.bnf.fr](http://www.gallica.bnf.fr) e foi consultado no primeiro semestre de 2004.

Essa opção por escrever o texto na ordem inversa da pesquisa justifica, portanto, a própria organização do trabalho. Iniciamos a tese pela perspectiva mais ampla, que engloba os problemas epistemológicos e políticos da constituição da psiquiatria francesa. A seguir nos deparamos com os problemas da constituição do saber psiquiátrico no Brasil no século XIX. Enfim, conduzimos nossa análise para a investigação de uma instituição específica em Curitiba no final do século XIX que é a conjunção desses diversos elementos. Numa instituição específica encontramos tanto os traços de uma organização hospitalar herdada do modelo francês do século XVIII quanto dos diversos problemas relativos ao surgimento de uma instituição psiquiátrica no contexto brasileiro e paranaense do final do século XIX.

Esta pesquisa é marcada pela urgência de se pensar a loucura de outra forma. Seria preciso falar da loucura não de forma lamuriante ou mórbida como no discurso médico, nem objetiva ou cínica como na filosofia da Razão. Um texto que falasse ao mesmo tempo da dor do louco e do prazer da escrita. É preciso enfim, um texto que pudesse comportar ao mesmo tempo a fala dos médicos e a escrita de Dickens, Nerval e Artaud – em que pudesse pronunciar a fala impronunciável de Charles Dickens: *É esplêndido ser louco*.

É impossível não falar da carga pessoal que esse texto comporta. Através deste trabalho, das visitas no hospital, do convívio com o pessoal do serviço e do pessoal administrativo de um estabelecimento hospitalar, da pesquisa diária em setores de saúde, tivemos uma parcela do que chamaria experiência prática com o trato da loucura. Porém, esta não foi a única. Imaginar a loucura, colocá-la em plano conceitual exigiu, na verdade, uma distância crítica em relação a essa mesma experiência prática. Trata-se da constituição de uma outra visão para entender a loucura. Para isso, seria preciso ousar falar da loucura sem nenhuma referência ao vocabulário médico.¹⁸ Dialogar com a loucura tendo em vista nenhuma referência ao vocabulário das racionalidades dominantes, fabricar instrumentos

¹⁸Michel Serres, em um entusiasmo lírico, propôs pensar a loucura a partir de uma geometria própria, deixando a loucura falar em si mesma. Cf. SERRES, Michel, *La Géométrie de la Folie*. *Mercur de France*, n. 1188, ago-1962

teóricos que comportem esse diálogo sem falar da loucura como uma doença, tal é o desafio desse trabalho.

O porvir sempre é raro. Daí a ambigüidade desse tipo de escrita : uma forma híbrida que se nutre tanto dos textos dos terapeutas quanto daquela “mera literatura” que a psiquiatria sempre relegou para um canto baldio da reflexão sobre a loucura. É como se fosse permitido falar da loucura somente por aqueles que a *tratam* e não por aqueles que a *experimentam* ou a *imaginam*. A psiquiatria sempre soube desqualificar os discursos paralelos sobre a loucura e através da redução da loucura no conceito de alienação mental, construiu um discurso hegemônico, uma captura. A idéia é romper com essa visão hegemônica da loucura, para pensá-la no plural. A idéia de que existe por um lado a loucura dos terapeutas e, do outro, a da loucura vista pela arte, pela cultura. Como se na loucura não houvesse ao mesmo tempo *crítica & clínica*.

Esse trabalho parte do pressuposto que não há duas visões irreconciliáveis e dicotômicas da loucura entre uma versão clínica e uma valorização cultural. Se quisermos falar da loucura sem recorrer ao discurso psiquiátrico não devemos falar a partir de sua antítese estética ou cultural. É preciso um salto político mais estravagante e recorrer simplesmente essa dicotomia entre o clínico e o cultural. A riqueza desse percurso talvez seja esse. Falar da loucura sem tomar como referência a idéia de doença mental. Falando muito *próximo* do discurso psiquiátrico, mas também de um lugar *exterior* à esse discurso.

Esse tema nos obrigou a abarcar uma imensa literatura, médica, filosófica, histórica e nos colocou em contato com diversos campos das teorias psi. Labirinto intertextual, que se abre na consideração de fontes muito diversas. Toda essa literatura forneceu arestas significativas e serviram como pistas para entender o presente. Muitos historiadores repudiam temas demasiado passionais, ainda no calor do debate. Esse texto surgiu no momento em que se colocava em questão os problemas do hospital psiquiátrico, em que a reforma psiquiátrica visava substituir o hospício tradicional por formas alternativas de tratamento. Desse debate surgiu também a justificativa no presente para essa pesquisa.

Portanto, diríamos que esse texto é um *sintoma*. Duplamente : sintomático pelas questões do presente e o sintoma dos interesses de um pesquisador.

Este, portanto, será o percurso deste trabalho, pensado a partir de três partes, discriminadas a seguir : 1) Estudo das principais questões relativas ao surgimento da psiquiatria européia : o contexto francês em que surgiu a tecnologia pineliana, o Tratamento Moral e a definição da loucura como enfermidade ; 2) Análise do contexto do surgimento da Psiquiatria no Brasil : afim de ressaltar o contraste e as inter-relações entre a Psiquiatria européia e os médicos brasileiros, explicitação das primeiras teorias médicas sobre a doença mental no Brasil, a construção do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro e a formação de um curso de clínica psiquiátrica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro ; para depois de situar cada contexto, o europeu e o brasileiro, direcionar a análise para uma instituição psiquiátrica, o Hospício de Nossa Senhora da Luz ; 3) Contextualização do surgimento do Hospício de Nossa Senhora da Luz : análise do contexto político local e da conjuntura histórica que possibilitaram o surgimento do Hospício, a articulação entre o hospício e os problemas epistemológicos, políticos, conceituais que estavam ocorrendo na Europa e nos grandes centros de formação médica, sem perder de vista a sua inserção no contexto da Curitiba do final do século XIX.

Ao final desse trajeto pretendemos demonstrar que tanto a compreensão do contexto europeu e depois nacional, estão presentes na problemática do hospício e da constituição do Hospício Nossa Senhora da Luz enquanto um instrumento da medicina psiquiátrica. Buscaremos articular as perspectivas epistemológicas e políticas do saber psiquiátrico em desenvolvimento na Europa e sua articulação com o contexto específico de uma Curitiba ainda bastante acanhada no final do século XIX e início do século XX.

Portanto, este trabalho se articula em duas perspectivas analíticas : primeiro a de elucidar o Hospício ideal, aquele idealizado pela psiquiatria do século XIX, suas referências conceituais e sua aplicação dentro do quadro hospitalar ; segundo o Hospício real, aquele com que os médicos se depararam no início do século XX, com seus problemas, com sua

articulação no contexto político local. Enfim, uma dupla perspectiva, teórica e histórica, epistemológica e política que articulam o contexto da paisagem européia e o cenário político de Curitiba no final do século XIX.

Dito isto, como foi explicitado anteriormente, esse texto trabalha com uma gama muito grande de documentos e referências teóricas, indo da filosofia as práticas psiquiátricas, da história a literatura, da economia a política. O resultado é que o conjunto pode parecer desigual, na forma, no andamento, na força de evocação e mesmo na eficácia dos conceitos. Não há como ser diferente. Apesar do fio temático que atravessa a tese e amarra o texto, que é a questão da formação da tecnologia hospitalar, o percurso de sua feitura obedeceu à um tom zigzagueante, um vai-e-vem no trajeto, percorrendo diversos cenários e atravessando diversos horizontes teóricos. Ambição muito ampla dessa tese, de falar, a partir de um hospital psiquiátrico que surgiu num espaço social acanhado e estava à margem dos grandes centros de difusão. Mas é sobretudo a elucidação desses problemas que constitui a principal chave para este trabalho e que faz o presente estudo ser diferente do contexto analisado por Foucault, por Castel, por David Rothman, Andrew Scull e outros historiadores das instituições. Falar sobre Curitiba e sobre o Hospício de Nossa Senhora da Luz revela uma paisagem específica e um leque de problemas que estão ao mesmo tempo articuladas com o contexto maior e também incrustadas numa teia de relações bastante particulares. Em todo caso, o texto deve ser assim : uma pequena peça num contexto maior. A ambição deste trabalho é ao mesmo tempo ampla e muito modesta. A partir disso pretendemos apresentar um feixe de problemas e questões o qual este autor é, também, um perplexo aprendiz.

PARTE I

**A ORDEM MÉDICA E
O MUNDO PATOLÓGICO**

CAPÍTULO 1
**A PAISAGEM DA ASSISTÊNCIA :
TECNOLOGIAS DO CORPO SOCIAL**

Cabe ao governo fazer tudo para que a ordem e a justiça dêem oportunidade à numerosa classe de desafortunados. O governo determinará os deveres da sociedade para com os desafortunados, criando obras públicas e dando providências calculadas com o objetivo de prevenir a miséria e a subsequente mendicância

Necker, *Administration des Finances*.

Tal assunto interessa às almas sensíveis visto que dele depende o destino da classe mais infeliz ; porém, não é menos interessante para o poderoso e o rico, já que a sua segurança e seus gozos é sempre inversamente proporcional ao sofrimentos e maus costumes do povo.

Cabanis, *Observations sur les hôpitaux*.

Não se trata somente, como se supõe, de proporcionar trabalho ao indigente; trata-se, freqüentemente, de lhe dar educação para o trabalho em qualquer idade; isto é, de lhe inspirar o gosto, de lhe fazer adquirir a capacidade de contrair hábito do trabalho. Não se trata, como se supõe, de atingir apenas um objetivo econômico, trata-se, antes de mais nada, de atingir um objetivo moral (...) há pouco a esperar, em matéria de especulação do produto de uma tal indústria; mas há muito a esperar de seus efeitos sobre os costumes dos pobres, mesmo sendo a especulação pouco frutífera.

De Gerando, *Le visiteur du pauvre*.

Durante as décadas finais do século XVIII e os primeiros anos do século XIX, no momento em que a psiquiatria surgiu como disciplina científica e como ramo autônomo da medicina, as relações entre o alienismo nascente e as diversas outras estratégias de controle social permaneceram numa relação muito próxima, mas também muito ambígua. O objetivo deste capítulo será demonstrar como muito antes da medicina mental se firmar como uma teoria médica ou científica ela funcionava inicialmente como um ramo especializado dentro de um plano mais geral da assistência, das tecnologias de controle social. Daí a pertinência de

se pensar inicialmente a psiquiatria dentro de uma paisagem bastante ampla que englobaria a filantropia, a higiene pública e a própria medicina.¹⁹

Interrogar as relações que a medicina mental manteve com essas estratégias de dominação irá elucidar a forma como esses diversos campos se articulavam em busca de uma *fórmula* definitiva que permitiria atingir o que os homens desse período chamavam de *objetivo moral*²⁰, ou seja, de sujeição às disciplinas. É verdade que, tomando pelo conjunto, as populações visadas e as técnicas empregadas pelo alienismo, pela filantropia, pelos reformadores e pelos higienistas não são, em princípio, idênticas. Mas o mínimo que se pode dizer é que elas seriam, enquanto tais, intercambiáveis. O modelo médico serviu de referência para a filantropia assim como a caridade filantrópica deu a cartada da benevolência que seria a matriz de toda a política de assistência aos loucos.

Como fio condutor para a análise de uma paisagem da assistência nos concentraremos em um conjunto muito específico de documentos do final do século XVIII e início do século XIX. Como já mencionamos, algumas das obras utilizadas neste capítulo são documentos em versão eletrônica. Outra parte dessa documentação está disponível na Academia Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro. Centenas de periódicos médicos entre os quais os *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, a primeira revista de psiquiatria, fazem parte do seu acervo.

Utilizaremos nesse capítulo obras de médicos e filantropos que nos dêem algumas pistas sobre a paisagem da assistência e das suas relações com a medicina filantrópica no

¹⁹ Na primeira parte deste estudo serão mencionados diversos nomes de médicos, filantropos, alienistas e personagens importantes para a análise das articulações entre a medicina e a paisagem social e política do final do século XVIII e início do XIX. Com o objetivo de facilitar a compreensão do texto, optamos por reunir, no final deste trabalho, um apêndice com as notas biográficas dos principais personagens citados ao longo deste estudo.

²⁰ O termo foi extraído de um texto clássico de De Gerando, *Le visiteur du pauvre* quando este, concluindo suas reflexões sobre a filantropia afirma : não se trata de atingir um objetivo econômico, de recuperação da força de trabalho, mas de atingir um *objetivo moral*. Pretendemos demonstrar que esse trecho de *Le visiteur du pauvre* resume toda a matriz da política da assistência do final do século XVIII. Cf. DE GERANDO, *Le visiteur du pauvre*, 1820. disponível em <http://www.gallica.bnf.fr> consultado em 12/05/2005.

final do século XVIII. O primeiro texto a ser destacado é um clássico do pensamento filantrópico daquele período. Trata-se de *Le visiteur du pauvre*, escrito pelo Barão De Gerando e publicado em 1820. De Gerando explicita longamente nesse texto as técnicas de controle dos pobres e o novo espírito filantrópico em oposição à antiga caridade. Ele demonstra, em suma, como a caridade não está no mesmo nível dos novos problemas colocados pelo pauperismo naquele tempo. Efetivamente ele busca construir parâmetros para intervir de forma esclarecida para constituir uma nova política da assistência.

Outro texto utilizado neste capítulo será o de Cabanis, *Du Degré de Certitude de la Medicine*. Este texto será utilizado para compreender a situação teórica da medicina no final do século XVIII. Redigido em 1789, mas publicado apenas em 1798 devido a Revolução Francesa²¹, este texto faz um mapeamento geral das dificuldades da medicina de estabelecer um grau de certeza do conhecimento médico e de suas práticas. Cabanis refletia o posicionamento da medicina tanto em relação às dificuldades da prática quanto das incertezas do conhecimento médico, mapeando e refutando e confirmando as objeções a medicina.²² Após a Revolução Científica do século XVII, a medicina encontrava-se em posição subalterna em relação ao emprego das técnicas científicas. Frente às objeções que atravessavam o conhecimento médico, Cabanis buscava estabelecer uma fundamentação sólida para a prática médica, visando desfazer as objeções e tentando ao mesmo tempo validar o conhecimento médico como disciplina científica.

Finalmente, será importante para o objetivo deste capítulo a análise de certos artigos que foram escritos nos *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*. Esta revista

²¹ Cabanis atuou como deputado da Convenção e, nesse aspecto, contribui muito para a discussão das reformas hospitalares, presente em sua obra teórica, junto ao poder legislativo durante a Revolução Francesa.

²² Ao todo, Cabanis enuncia 7 objeções em *Du degré de certitude* : 1. o desconhecimento das causas da vida ; 2. o desconhecimento das causas da doença ; 3. dificuldade de se ter a noção exata das doenças ; 4. ignorância da natureza dos remédios ; 5. dificuldade de experiência em medicina ; 6. precariedade da teoria e da prática médica ; 7. exigência de um conhecimento intelectual e diversificado e de qualidades morais – cabe notar ainda que a obra permeia a discussão sobre a medicina passando por seus críticos desde Montaigne, Mollière ao anti-medicalismo de meados do século XVIII inspirado em Rousseau.

veicula não apenas textos médicos, mas em certo sentido, propõe um posicionamento *político* da medicina em relação à sociedade. Analisando o contexto em que surgiu esta revista, criada por médicos parisienses (Esquirol, Marc, Orfila, Bouchardat e outros), percebemos a preocupação desse grupo de médicos que buscavam fazer da medicina não apenas uma arte de curar doenças, mas um instrumento esclarecido de intervenção política que visava conquistar relações mais estreitas com a organização social.

Não se tratam de textos aleatórios. Quando se analisa esse conjunto de textos percebemos uma certa conexão entre eles. Tratam-se das mesmas pessoas, que fazem parte das mesmas instituições.²³ Alguns desses médicos também frequentavam os círculos esclarecidos do final do século XVIII. Thouret, Pinel, Cabanis, Volney eram médicos que faziam parte da prestigiada Sociedade de Auteuil, um salão literário organizado por Mme Helvétius e frequentado por Benjamin Franklin, Condillac e D'Holbach. Portanto, não é de se espantar que muitos médicos tiveram participação no movimento enciclopedista, mas também conseguiram grande prestígio junto ao legislativo durante a Revolução Francesa. Paralelamente, diversas questões foram abordadas em níveis diferentes por vários desses autores. Por exemplo, Leuret, um dos grandes alienistas do período, estava muito à vontade para discutir sobre o problema da indigência na cidade de Paris²⁴, enquanto Moreau-Cristophe, um dos principais responsáveis pela reforma do sistema penitenciário francês²⁵ se colocava muito próximo dos alienistas, consultando-os várias vezes sobre a questão da loucura nos sistemas carcerários.

²³ Primeiramente, quase todos esses médicos faziam parte das várias associações médicas e grupos de discussão como a Real Academia de Medicina, presidida por Vicq d'Azyr, da Sociedade de Emulação da qual faziam parte Pinel, Corvisart, Fourcroy e Bichat e também do Conselho de Salubridade do Sena o qual estavam representados grande parte dos médicos que integravam o conselho científico dos *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*.

²⁴ Refiro-me à um texto relativamente conhecido na época escrito por Leuret. Cf. LEURET, François. Notice sur les indigens de la ville de Paris suivie d'un rapport sur les améliorations dont est sance, fait au nom d'un comission. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, vol XV, 1936.

²⁵ Sobre as discussões que envolveram os filantropos na implantação das penitenciárias na França Cf. DUPRAT, Catherine. Punir e Curar : em 1818, a prisão dos filantropos. *Revista Brasileira de História*, vol. 07, n. 14, mar-ago 1987, Pp. 7-58.

Esse meio parisiense formado por médicos, higienistas, filantropos e reformadores permitem analisar como um conjunto de questões faziam parte das preocupações tanto da Medicina, quanto da Higiene Pública, da Filantropia. Essas solidariedades entre a medicina (ou as medicinas) e diversas outras políticas ou estratégias de dominação não supunham, no entanto, uma completa indiferenciação de papéis. O que buscaremos discutir neste capítulo é como essas estratégias entre os diversos campos que se ocupavam de problemas ditos “sociais” se articulavam, se imbricavam, e como técnicas aplicadas em um campo poderiam ser intercambiáveis e até aplicáveis em outro contexto. O *Panopticon* de Bentham²⁶, por exemplo, foi proposto como um conjunto de dispositivos e regras arquitetônicas que poderiam ser empregados de forma similar tanto para prisioneiros, alienados, trabalhadores, estudantes ou qualquer outra situação em que grandes quantidades de indivíduos tivessem que ser vigiados e controlados a partir de uma organização central.²⁷ Da mesma forma o chamado *Tratamento Moral* dos loucos, proposto como técnica de intervenção coletiva, sempre exerceu sobre filantropos e reformadores um fascínio²⁸, por tratar-se de uma forma de controle considerada branda e aplicável de forma coletiva e impessoal.²⁹

Tratam-se de diversas tecnologias que, no momento, estão preocupados com um mesmo leque de questões cujas articulações pretendemos demonstrar nesse primeiro capítulo.

²⁶ FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1977.

²⁷ Segundo o próprio Bentham, o *Panopticon* foi construído com essa finalidade de ser aplicável à diversos tipos de problemas: « De todos os estabelecimentos aos quais este princípio poderia ser aplicado com mais ou menos vantagens, as cadeias merecem receber primeiramente os olhares do legislador. Para fazer a aplicação sucessiva do mesmo princípio, só será preciso tomar as precauções necessárias. » Baseamo-nos na versão francesa, enviada à Assembléia Nacional em 1791 como sugestão para o problema das populações aprisionadas. Este texto foi transcrito em BENTHAM, Jeremy. *Panopticon* : Memorial sobre um novo princípio para construir Casas de Inspeção e, principalmente, prisões. *Revista Brasileira de História*, v. 07, n. 14, ,ar/ago 1987, p. 200.

²⁸ O *Tratamento Moral* seria uma técnica de intervenção contra a loucura baseada na disciplina, na autoridade médica, na instituição asilar. A maneira como o Tratamento Moral poderia ser aplicável em outros contextos ganha sentido se o compreendermos dentro de uma vasta analogia pedagógica. As interfaces entre a figura louco-criança, escola-asilo, paternalismo psiquiátrico-violência simbólica, serão analisadas no final deste capítulo.

²⁹ Para uma descrição mais detalhada das técnicas de tratamento Cf. FREMVILLE, Bernard de. *La Raison du plus fort : traître ou maltraiter les fous ?* Paris : Seuil, 1987.

1.1 A ORDEM SOCIAL E A FAMÍLIA : O GOVERNO ATRAVÉS DAS FAMÍLIAS

Para se entender essa paisagem da assistência do final do século XVIII devemos resgatar de que maneira ela modifica substancialmente o equilíbrio social vigente no Antigo Regime. Em seu *A Polícia das Famílias*³⁰, Jacques Donzelot demonstrou como a família era, no Antigo Regime, uma organização política muito complexa. De fato, a família era o menor organismo político da sociedade do Antigo Regime, colocada ao mesmo tempo num jogo de sujeição e controle das técnicas de governo. Por um lado, a distribuição interna : a mulher, os filhos, a parentela, os serviçais – todos estavam subordinados ao chefe de família. Por outro lado, o chefe de família também estava coagido dentro de uma rede mais ampla de dependências. Esse sistema complexo faz da família uma organização política que é ao mesmo tempo ativa e passiva no exercício do governo. A família constitui um elo de dependência, circunscrita dentro de uma rede mais ampla de solidariedades, e que organiza a vida social dos indivíduos.

Essa inscrição política direta da família no campo político, como demonstrou Donzelot, têm duas conseqüências diretas no que diz respeito à organização social durante o Antigo Regime. Primeiramente, em relação à ordem social, é o chefe de família que responde pelos seus subordinados, é ele que se responsabiliza em manter a parentela dentro dos limites, garantindo fidelidade e respeito às normas sociais. Daí decorre que a ausência de um chefe de família, a inexistência de um chefe sócio-político que se responsabiliza pelos seus próximos, coloca um problema em relação à ordem social. Os indigentes, mendigos, vagabundos, andarilhos, os solitários, seriam estas pessoas que estão colocadas fora do jogo

³⁰ DONZELOT, Jacques. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro : Graal, 1980.

das dependências. Por não ter ninguém que se responsabilize, nenhuma autoridade capaz de atuar como um agente que os colocaria nessa rede de regulações sociais, estes indivíduos desempenham, nessa organização, o papel de perturbadores da ordem social. Não existe ninguém para suprir suas necessidades, ninguém que se responsabiliza por eles, mas ao mesmo tempo, não há uma autoridade capaz de colocá-los nos limites da ordem.

Aqueles que estão aquém desse jogo de regulações familiares são os elementos perturbadores na sociedade do Antigo Regime. Para esses indivíduos que estão colocados fora dessa rede geral de dependências há apenas duas saídas. A administração pública os coloca nos chamados Hospitais Gerais (Hôtel-Dieu) **Fig 1**, cujo objetivo seria apenas colocá-los fora do jogo social, pôr fim ao escândalo que constitui a presença e a livre circulação desses elementos fora de controle.³¹ Ou então dependem da caridade ou da esmola individual, um gesto que honra aquele que o pratica mas não integra aquele se dele se beneficia.

Como contrapartida da obrigação social do chefe de família de manter os seus elementos nos limites da ordem, este possuía um poder quase descricionário. Podia utilizar os membros da família da forma que melhor lhe conviesse para aumentar o seu prestígio, para isso contando com o poder de decidir sobre o destino dos filhos, a contratação de alianças políticas, etc. Assim, caso esses membros infringissem alguma obrigação em relação à família, o chefe poderia puní-los. Para a punição ele dispunha de um artifício legal : as *lettres de cachet*.³²

As *lettres de cachet* eram literalmente “cartas seladas” que o requerente solicitava ao poder público com o objetivo de internar ou enclausurar um indivíduo. Tornando-se muito

³¹ No Antigo Regime o termo *Hospital* tinha uma conotação mais abrangente do que a tem atualmente. Compreendia uma série de estabelecimentos diferentes quanto à população, administração e financiamento. Em 1776, um édito real determina que esses diversos estabelecimentos fossem agrupados sob a administração do Hôtel-Dieu. Vários hospitais como Pitié, Salpêtrière, Bicêtre passaram à ser subordinados ao Hôtel-Dieu de Paris. É necessário observar que os primeiros alienistas preferiam utilizar o termo *Asilo* à Hospital, por que este último tinha, no final do século XVIII, uma conotação negativa, era associado ao poder absolutista e era símbolo de desperdício econômico, além de não resolver a questão da doença e da pobreza.

³² POSTEL, Jacques ; MOREL, Claude. *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie* ". Toulouse : privat, 1983

mais tarde como símbolo do arbítrio real, ele funcionava no Antigo Regime dentro desse sistema de obrigações fornecendo uma relação regulada entre o poder público e a instância familiar. Assim, mais do que a representação do desejo ou da arbitrariedade real, a *lettre de cachet* era frequentemente requisitada como um elemento do exercício correccional das famílias. Em todo caso, cabia ao poder público (extensão da vontade real) apreciar em última instância essa demanda familiar.³³

Dessa forma, o poder real mantinha uma relação de governo com a família em duas instâncias. Munido das prerrogativas do executivo, era ele quem intervinha contra aqueles que, colocados fora desse sistema familiar, ofereciam algum risco para a ordem pública : é o caso dos mendigos, loucos, prostitutas, ladrões, etc. Por outro lado, frequentemente ele era requisitado pela própria família como proteção contra um de seus indivíduos que ameaçavam essa estrutura de obediência familiar. Dessa maneira, o poder real era requisitado como intermediário e disciplinador da ordem familiar. Era nesse segundo sentido que a maior parte das *lettres de cachet* eram utilizadas. Jacques Postel e Claude Morel, em seu estudo intitulado *Nouvelle Histoire de La Psychiatrie*, analisaram as internações psiquiátricas sob a forma de *lettres de cachet*. Segundo eles 90% das *lettres de cachet* eram requisitadas pela própria família³⁴. O que permite supor que esse era o procedimento mais utilizado como forma de neutralizar um elemento que oferecia perigo para a ordem familiar.³⁵

³³ “Ce qu’il importe de souligner, c’est le nombre de places disponibles, et plus encore le fait que les familles sont d’une façon constante, obligées de payer, sinon la construction de une loge, du moins les frais d’etretene, sont des éléments qui vont ici tout à fait à l’encontre de la théorie solidement établie pourtant, d’un renfermement massif à partir de 1656 : il faut vraiment qu’une famille ait affaire à un malade particulièrement dangereux ou perturbateur pour qu’elle s’inflige à la fois le scandale d’une incarcération, la dépense d’une pension et aussi, pourquoi pas, la douleur d’une séparation. Seuls le plus pauvres nourris aux frais de l’Hôtel-Dieu. QUETEL, Claude. MOREL, Pierre. *Les Fous et Leurs Médecines*. Paris : Hachette Littérature, 1979, p. 144.

³⁴ “Institution complexe, exprimant la volonté personnelle du souverain, la lettre de cachet encore aujourd’hui décriée, vaut pourtant mieux que sa mauvaise réputation (...) sont en fait les familles qui apparaissent tout au long du XVIII^e siècle comme demandeurs principaux de lettre de cachet (plus de 90%)”. POSTEL, J ; MOREL, C, op. cit., p. 111.

³⁵ Cabe lembrar ainda que a grande demanda das famílias pelas *lettres de cachet* também decorria da preferência das famílias por um mecanismo mais rápido e arbitrário, evitando as chamadas “*interdições*”,

Essas observações de Postel e Morel nos auxiliam para compreender melhor como funcionava esse mecanismo sutil e de como esse poder correcional no qual se insere a paisagem da assistência do Antigo Regime colocam numa relação regulada e direta o Estado, a administração e as Famílias. O Estado, através de suas prerrogativas do executivo protegia as famílias contra os indivíduos desligados dos bons costumes e da religião. Eram comuns, nesse aspecto, as solicitações de *lettres de cachet* requeridas pela família contra uma jovem cujo comportamento acarretava no risco de colocar a família em desonra ; de um rapaz que pretendia fugir com uma moça de classe inferior à sua ; ou contra um indivíduo esbanjador que punha em risco a propriedade e os bens familiares.³⁶.

Nesses três exemplos, o comportamento desses perturbadores acarretava tanto o perigo à ordem social quanto colocava em risco o equilíbrio familiar. Com isso a família corria o risco de entrar em descrédito pois isso significaria que ela não pode colocar os seus membros dentro dos limites competentes e, portanto, sublinharia a pouca confiabilidade dessa família no cumprimento de suas obrigações.

Trata-se, portanto, de um mecanismo sutil de colaboração e de permuta de privilégios e obrigações da família. O Estado se apóia diretamente na família como forma de manutenção da ordem social, jogando ao mesmo tempo com o seu medo do descrédito e suas ambições privadas. A família, por sua vez, comprometia-se a colocar seus membros nos justos limites da ordem, tendo a garantia da proteção do Estado que, em contrapartida, dispunha dos instrumentos legais para coagir aqueles que transgrediam os limites afim de trazê-los novamente à ordem das famílias. Esse sistema de relações e obrigações em que o

processos jurídicos extremamente longos e que provocavam o risco da família cair em “desonra” pela publicidade destes processos: “A interdição era um procedimento jurídico mais elaborado que causava muito desconforto, partia de uma solicitação de família, ou, em casos esporádicos, do procurador do rei ao juiz, o qual se organizava uma espécie de julgamento em que ouvia o acusado e as testemunhas de seu mau comportamento” Cf. SOUSA, Ivy Daniella. *A Primeira Reforma Psiquiátrica: uma história do Tratamento Moral*. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva – UERJ) 2001, p. 19.

³⁶ POSTEL; MOREL, p. 111.

Estado se apóia diretamente na Família no exercício do poder social expressa, enfim, o equilíbrio, não isento de tensões, entre essas várias instâncias : real, administrativa, familiar.

Tal mecanismo de colaboração entre o Estado e as famílias, aparentemente sem falhas, começa a se tornar progressivamente inadequado. O impacto do novo papel do pobre, a maneira como a questão do pauperismo e da riqueza começa a ser tematizada no final do século XVIII punha em questão esse mecanismo vigente no Antigo Regime. Uma nova paisagem da assistência provocaria, no cerne da colaboração entre Estado e família, um duplo contencioso. O mecanismo de enclausuramento dos pobres começa a se tornar antiquado em relação as novas regras do mercado, a instância familiar que legitima as *lettres de cachet* foram vigorosamente questionadas no momento em que a instância que as legitimava, o poder real, foi qualificada como arbitrária.

A tomada da Bastilha é o elemento simbólico que representa bem essa passagem para a nova paisagem da assistência : conduzida pelo baixo povo e pelos indigentes, em outras palavras, por aqueles cujas manobras sócio-familiares não podiam conter, esse episódio constitui a resistência, por excelência, à esse modelo de governo das famílias em sua cumplicidade com o arbítrio real.

A nova paisagem da assistência coloca portanto um novo problema que desconstrói totalmente esse mecanismo social vigente na manutenção do poder exercido pelo Estado. A emergência da preocupação “classe mais numerosa da sociedade”, isto é, com os pobres, sua relevância e seu papel ativo no jogo das trocas sociais coloca o Estado como o principal encarregado de suprir suas necessidades. A idéia de que o verdadeiro pobre teria direito de suprir suas necessidades como contrapartida da obrigação do trabalho coloca a questão do pauperismo, da indigência e dos problemas sociais num outro nível, que abordaremos a seguir.

1.2 RIQUEZA E TRABALHO: A POLÍTICA DA POBREZA NO CONTEXTO DO LIBERALISMO ECONÔMICO

Se todo gozo é fundado num trabalho preliminar (...) é, portanto, indispensável, para o interesse da classe que se beneficia, velar pela conservação da classe laboriosa.

C.P. Cocqueau. *Essai sur l'établissement des hôpitaux dans les grands villes*, 1787.

A segunda metade do século XVIII foi marcada por uma descoberta decisiva : a relação entre riqueza e trabalho. A riqueza não seria mais um dom natural, que existiria desde a origem e que seria redistribuída globalmente pelo soberano através de uma rede de filiações naturais. No século XVIII a compreensão da riqueza é a de que ela é o fruto de uma troca, como resultado do trabalho. A fonte de riqueza passa a ser o trabalho.³⁷

Essa nova compreensão das relações entre riqueza e trabalho redesenha a maneira como o pobre é qualificado dentro da nova sociedade que se quer instaurar, ela redesenha completamente a paisagem da assistência e transforma o lugar daqueles que, sob o Antigo Regime, eram considerados “perturbadores ” da ordem social.

Primeiramente, analisemos três fórmulas que constuíam a suma da *política* do problema dos “perturbadores ” sob o Antigo Regime. Seriam elas : o enclausuramento no Hotel-Dieu ; as esmolas individuais e as companhias de caridade. De todas as medidas, a mais usual era o enclausuramento nos Hospitais Gerais. As reclusões no Hôtel-Dieu consistia em simplesmente retirar o vagabundo, o indigente, o suplicante da percepção pública, escondendo-os da visibilidade pública e do espetáculo que constituía a exibição da pobreza.³⁸ Jan Goldstein analisa em um livro intitulado *Consoler et Classifier : l'essor de la psychiatrie française*, a principal natureza desse estabelecimento medieval. Segundo Goldstein, o Hotel-Dieu

Não é estritamente um hospital, no sentido estrito desse termo : ele não tinha nenhuma vocação terapêutica. Seu único objetivo era manter um controle político sobre as aglomerações urbanas, isolar

³⁷ Sobre as transformações da idéia de pobreza na época do Liberalismo Econômico Cf. HIMMELFARB, Gertrude. *La idea de la pobreza* : Inglaterra a principios de la Era Industrial. Mexico : Fondo de cultura econômica, 1983.

³⁸. Cf. SAUNIER, A. La vie quotidienne dans les hôpitaux du Moyen Age. In : LE GOFF, Jacques ; SOURNIA, J.-C. (orgs.) *Les Malades ont une histoire*. Paris : Seuil, 1985, Pp.50-55.

os elementos identificados como indesejáveis e assegurar-lhes o trabalho pela força, afim de que eles conseguissem sua subsistência e que o Estado pudesse mesmo retirar algum proveito.³⁹

Considerando a forma como esses indivíduos eram enclausurados no Hôtel-Dieu, ou seja, através das lettres de cachet, percebemos claramente porque Goldstein afirma que esta instituição não era um hospital no sentido estrito do termo, sua função se encaixa em toda a política de neutralização dos perturbadores descrita no início desse capítulo. De fato, o Hôtel-Dieu, ao lado da Bastilha, eram considerados símbolos dessa política de neutralização dos indesejáveis, instrumentos de controle em que o poder soberano e o poder religioso se revezavam na disciplinarização dos corpos.

A política de enclausuramento completa dos pobres era a grande utopia totalizante do Antigo Regime. Buscava-se enclausurar toda uma população indesejável, para colocá-las em um espaço fechado, que retirasse essa população da visibilidade pública e os colocasse em um local de trabalho, forçando-os a entrar nos limites da ordem. A socióloga A. Chauvenet, em hipótese um tanto discutível, afirmou que essa política de enclausuramento do Antigo Regime teria fornecido os primeiros contingentes necessários para o desencadeamento do sistema fabril na França.⁴⁰ Seja como for, a utopia totalizante do Antigo Regime, a tentativa de abarcar todo o contingente de “indesejáveis ” e colocá-los num espaço de exclusão total, começa a ser percebido no final do século XVIII como uma solução que apenas artificialmente resolve o problema da pobreza.

Segundo caso, o das esmolas individuais. O historiador Bronislaw Geremek em seu *A Piedade e a Força* fez um estudo sobre a história da caridade e da pobreza na Europa.⁴¹ Segundo Geremek, a visão da pobreza sempre oscilou de forma negativa e positiva aos olhos do europeu. A pobreza voluntária, fruto de uma escolha individual, era ressaltada. A pobreza

³⁹ GOLDSTEIN, Jan. *Consoler et Classifier : l'essor de la psychiatrie française*. Paris : coll. Les Empêcheurs de penser en rond, 1997, p. 70.

⁴⁰ CHAUVENET, A. *Medicine au choix, médecine de classes*. Paris : PUF, 1978.

⁴¹ GEREMEK, Bronislaw. *A Piedade e a Força : história da miséria e da caridade na Europa*. Lisboa : Terramar, 1970.

enquanto elevação espiritual, sinal de humildade e abnegação também era elogiada. A pobreza de Cristo seria um exemplo maior de renúncia à ser seguido por todos os cristãos. Simultaneamente à essa doutrina da pobreza haveria um elogio da caridade. A caridade seria, no final da Idade Média e na Época Moderna, considerada um dever geral. Um instrumento de estreitamento das relações entre os homens, símbolo da elevação espiritual pregada pelo Cristianismo. Nesse sentido, as esmolas individuais funcionavam como um instrumento que permitiria aos ricos redimir seus pecados.

Mais do que nivelar as riquezas, a doutrina da esmola justifica plenamente a existência de ricos e pobres. A função da existência dos pobres no mundo era a de que os ricos pudessem com isso ter a oportunidade de redimir seus pecados. O elogio da esmola ao mesmo tempo que ofere aos ricos obterem a salvação, sanciona a riqueza e a justifica plenamente na sociedade cristã. Portanto, o elogio da esmola consistiria nessa fórmula aparentemente simples : Deus quis que houvessem ricos para que os pobres pudessem ser socorridos, *portanto*, existem pobres para que os ricos possam obter sua salvação. Ainda no século XVII, Jacques Bossuet, em seus Sermons, podia falar do elogio da caridade nos seguintes termos :

E o que é esse fardo dos ricos ?

São suas *próprias riquezas*.

Qual é o fardo dos pobres ?

É a *necessidade*.

Qual é o fardo dos ricos ?

É a *abundância*.⁴²

A caridade como um dever geral e mais, como um instrumento de salvação dos ricos, corresponderia a plena justificação da riqueza, da abundância dos ricos. Os ricos tinham como um fardo apenas a sua própria riqueza e a compensariam numa relação de estreitamento que constituía a esmola individual e que asseguraria a sua salvação. A esmola individual, no entanto, caía num jogo de armadilhas. Primeiramente, corria-se o risco de

⁴² BOSSUET, Jacques. *Sermons*, tomo I, citado por ENDELMAN, B. Naissance de la legalité bourgeois : deux policiers du XVII siècle. In : *Communications*. Paris : s. e, 1977, p. 132.

antes beneficiar o falso indigente, aquele que simula sua pobreza. Afim de beneficiarem-se de esmolas privadas, os pedintes utilizam todo o tipo de artifícios para expor sua pobreza e fazer dela um espetáculo. É o caso extensamente analisado por Geremek em *Filhos de Caim*.⁴³ Nessa situação, corria-se o risco de o pedinte desfrutar de uma situação mais confortável do que o próprio trabalhador independente, incitando este último, por sua vez, a tornar-se um pedinte de esmolas.

Compreende-se a crítica às esmolas no final do século XVIII e o argumento de que elas na verdade mascarariam a pobreza e incitariam o trabalhador pobre a tornar-se um pedinte. Ainda sob o Antigo Regime havia uma distinção muito clara entre a chamada “pobreza envergonhada” e os falsos indigentes. O pobre “envergonhado” era aquele que se abstinha de pedir esmola por medo da desonra e era ele o único digno de socorro. Os falsos indigentes eram aqueles que fantasiavam suas misérias, transformando-a em espetáculo. Mas, no final do século XVIII o problema do pauperismo atinge uma proporção que tornam indistintas as diferenciações entre a pobreza envergonhada e a falsa mendicidade. Desconfia-se cada vez mais que o recurso a esmola individual, ao invés de resolver o problema, mascara-a : beneficia-se sempre aquele mais hábil a obter recursos ao invés de socorrer aquele que tem verdadeiras necessidades.

Último caso, as companhias de caridade. Essas companhias de caridade tinham como finalidade socorrer a pobreza envergonhada. Organizadas em torno das paróquias, elas circunscreviam sua atuação dentro de uma população bem limitada, os pobres locais.

Com sua atuação bem delimitada ela servia também para perpetuar aquele sistema de regulações e obrigações descritas no início do capítulo. As companhias de caridade serviam para manter aqueles que estavam fora do circuito familiar nos limites da ordem. Basta mencionar os critérios utilizados para se obter o direito ao socorro. Eram excluídos os

⁴³ Por exemplo, Geremek descreve a existência de oficinas especializadas em cirurgias teratológicas para que os mendigos pudessem sofrer mutilações que os ajudariam a obter esmolas. GEREMEK, Bronislaw. *Filhos de Caim* : vagabundos e miseráveis na literatura européia. 1400-1700. São Paulo : Cia das Letras, 1995.

elementos fora da paróquia, aqueles indivíduos errantes, os que se envolviam em atividades moralmente duvidosas, etc. Também se requisitava frequentemente a obrigatoriedade das confissões como garantia de cumprimento das obrigações religiosas. Instrumento de preservação dos costumes, as companhias de caridade funcionavam como polícia moral da comunidade.

Em suma, garantindo a preservação dos costumes através do exame de sinais exteriores de moralidade, a companhia de caridade servia para colocar os mendigos, os doentes, os pobres num sistema regulado de dependência e redes de solidariedade afim de preservar a manutenção da ordem social.

Três modelos aqui citados, três fórmulas que constituíam a síntese de toda a política da assistência durante o Antigo Regime. Tais modelos expressam a utopia soberana de exclusão total de toda uma população, visando constituir um espaço totalmente neutralizado e regido pela obrigação do trabalho. Compreende-se que uma instituição totalmente fechada só era possível dentro dessa compreensão da pobreza no Antigo Regime. Uma instituição total que abarcasse toda uma população, enclausurando-a e excluindo-a do convívio social. A nova matriz da assistência não poderia funcionar com base em um modelo de enclausuramento total, já que fundamenava-se na idéia de que o trabalho era fruto da riqueza social.

William Petty, no *Tratado dos Impostos e Contribuições*, fornece a suma dessa nova economia, dizendo que “o trabalho é pai e princípio ativo da riqueza”⁴⁴ A idéia do valor-trabalho, de que a riqueza é o fruto do trabalho acarreta numa nova compreensão da pobreza. Doravante, o homem pobre não é aquele que não possui nada, mas seria aquele que “trabalha”, portanto, que constitui a base da riqueza social. Transforma-se também o papel social do pobre. O pobre não é mais um improdutivo, um perturbador, um indesejável, ele é aquele cujo potencial pode ser explorado, em outras palavras, o pobre é rico em força

⁴⁴ PETTY, William. *Tratado dos Impostos e Contribuições*, cap X, 10. IN. *Petty-Quesnay. Col. Os Economistas*. Sao Paulo : Ed. Nova Cultural, 1996, p. 84.

produtiva. Daí a contradição que os homens do final do século XVIII vêm no sistema de enclausuramento puro e simples dos pobres, como no Antigo Regime. Enclausurar completamente os pobres acarretaria num desperdício de força produtiva. Daí a razão das instituições criadas no final do século XVIII assumirem esta nova função : reinserir continuamente essa população enclausurada novamente nos círculos produtivos. Passagem decisiva : do enclausuramento puro, da utopia do fechamento total a reintegração aos círculos de troca e produção. Mudança decisiva do valor-trabalho que reorienta a organização da assistência.

Como seria essa política da pobreza que reinterpreta o papel político do pobre na estrutura social e reconfigura a antiga base de colaboração entre o Estado e as famílias ? Em primeiro lugar, toda a matriz da assistência se baseia na idéia de livre acesso ao trabalho. Todo homem tem direito de trabalhar para prover a si mesmo. A função do Estado passa a ser a de destruir os obstáculos que permitem o livre acesso ao trabalho e, em última instância, auxiliar aqueles que não tem condições de trabalhar. O economista Turgot é exemplar nesse sentido. Em um artigo para a *Encyclopédie* intitulado “Fondations” ele afirma : “O que o Estado deve a cada um de seus membros é a destruição dos obstáculos que atrapalhariam em sua indústria ou que os perturbariam no gozo dos produtos que a recompensam.”⁴⁵

Três categorias surgem, portanto, em função desse critério de livre acesso ao trabalho : os que tem condições de trabalhar e que por isso não devem obter recursos do Estado ; os que tem condições, mas não trabalham e que, portanto, devem ser punidos ; e os que não tem condições de trabalhar para obter sua subsistência. Esta última categoria era a única visada para receber recursos da assistência pública. E mais, o direito à assistência seria um direito e um dever de Estado, uma questão de administração. Novamente Turgot elucida essa divisão que tem como critério o acesso ao trabalho : “Todo homem são deve obter sua

⁴⁵Ce que l’Etat doit à chacun des ses membres, c’est la destruction des obstacles qui les gêneraient dans leur industrie, ou qui les troubleraient dans la jouissance des produits qui en sont la récompense. TURGOT, Anne-Robert Jacques. Fondation. In : *Écrits Économiques*. Paris : Calmann-Lévy, 1970, p. 75.

subsistência *através do trabalho* porque, se fosse nutrido sem trabalhar, ele o seria às custas daqueles que trabalham ”⁴⁶

Nova política da assistência que faz da assistência um *direito* que é ao mesmo tempo a contrapartida da *obrigação* do trabalho. Cada vez mais reivindica-se a assistência aos pobres como um dever do Estado. Georges Rosen, em um texto sobre a atenção médica e a política social durante a Revolução Francesa, analisou como nas décadas finais do século XVIII reivindicava-se a assistência como um verdadeiro direito do cidadão.⁴⁷

A idéia de que existem categorias de pobres com direito à assistência traz à tona um novo personagem no contexto da Revolução Francesa, a do “verdadeiro pobre”. Em 1765, um fisiocrata chamado Baudeau escreveu um texto que intitulava-se *Idéias de um cidadão sobre os direitos e deveres dos verdadeiros pobres*.⁴⁸ Que figura repentina é essa do “verdadeiro pobre”, que personagem social ele figura ? O verdadeiro pobre seria o antigo mendigo. No Antigo Regime o pobre era enclausurado ou dependia de esmolas ; na nova economia política o verdadeiro pobre é aquele *rico em força produtiva*. J. P. Brissot, em *Theorie des Lois Criminelles*, escrito em 1781, já fazia a distinção entre categorias : os pobres são aqueles que “trabalham”, portanto, ricos em força produtiva ; os mendigos, acrescenta, são aqueles que corrompem o Estado com sua ociosidade :

Sempre existirá ricos e, portanto, sempre deverá existir pobres. Nos Estados bem governados, esses últimos trabalham e vivem ; nos outros, eles se revestem com farrapos da mendicância e roem insensivelmente o Estado cobertos de ociosidade. Tenhamos pobres, nunca mendigos. Eis o objetivo ao qual deve tender uma boa administração.⁴⁹

⁴⁶ Tout homme sain doit se procurer sa subsistance par son travail, parce que s’il était nourri sans travailler, il le serait aux dépens de ceux qui travaillent Id, ibid.

⁴⁷ ROSEN, Georges. Hospitais, atenção médica e política social na Revolução Francesa. In : *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro : Graal, 1981, p. 271-300.

⁴⁸ BAUDEAU, *Idées d’un citoyen sur les besoins, les droits et les devoirs des vrais pauvres*, 1765, citado por ROSEN, op. cit, p. 275.

⁴⁹ BRISSOT, J. P. *Théorie des Lois Criminelles*, Paris, 1871, citado por ROCHAIX, M. *Les questions hospitalières : de la fin de Ancien Régime à nous jours*. Paris : Berger-Levrault, 1996, p. 66.

Uma fórmula agressiva de Brissot : Tenhamos *pobres*, nunca mendigos – elucida essa política da assistência. Os pobres são aqueles *que trabalham*. A questão da assistência aos pobres nesse contexto desloca a idéia de caridade pura e simples. A caridade cristã não fornece mais elementos para justificar a existência da pobreza e sancionar a riqueza. A assistência a pobreza torna-se, com a idéia de valor-trabalho, uma obrigação do Estado⁵⁰, uma questão de *Polícia (Polizey)*.⁵¹ Polícia no século XVIII tinha uma acepção diferente do uso corrente na nossa época. No vocabulário setecentista polícia era empregado como um conceito político e administrativo, de gerenciamento de questões relativas ao bem-estar do Estado.⁵² No sentido em que Des Essartz empregou no seu *Dictionnaire Universel de Police*, a questão da assistência aos pobres deveria ser compreendida não como uma questão de caridade, mas de administração pública.

1.3. TECNOLOGIAS DA NECESSIDADE : A FILANTROPIA

Na medida em que o problema da pobreza se desloca, o Estado começa a ser requisitado como um instrumento que deve interpelar em favor dos cidadãos e a garantir as necessidades dos verdadeiros pobres.

⁵⁰ Discordo, nesse aspecto, portanto, de alguns trabalhos que tendem a colocar o período do liberalismo como uma época de inexistência da intervenção do Estado nas políticas de assistência, como é o caso de Imbert e de Staudler. Cf. IMBERT, J. *Les hôpitaux en France*. Paris : PUF, 1958 ; STAUDLER, F. *L'hôpitaux en observation*. Paris : Armand Colin, 1974.

⁵¹ A disposição da sociedade e do meio físico, a saúde perfeita dos cidadãos e o bem-estar do Estado começaram, no século XVIII a ser objeto de um mesmo aparelho que recebem, neste momento, o nome genérico *Polizey* (Polícia) O que chamamos de Polícia era, no século XVIII um conjunto de mecanismos capazes de assegurar a ordem e o bem-estar do Estado. Neste sentido, as condições de manutenção do estado de saúde da população também era tematizado como uma questão da Polícia. Em 1775 Johan Peter Frank sistematizou o conceito de Polícia Médica em sua obra *System Einer Medizinischen Polizey*. Cf. ROSEN. O Cameralismo e a trajetória do conceito de polícia médica (1789-1890). In: Op. cit, 171-1-90/

⁵² Derivado do grego *politéia* que significa “constituição” ou “administração”, o termo foi empregado durante o Cameralismo na Alemanha na questão da gestão do Estado. Sobre o conceito de Polícia Cf. ROSEN, Georges. “A trajetória do conceito de polícia médica” In : op cit, e 171-190,.

Comparemos duas falas que permitem avaliar o sentimento filantrópico da época. O primeiro é o de Rochefoucault-Liancourt num relatório do Comitê de Mendicidade⁵³ criado durante a Convenção :

É da opinião do Comitê de Mendicidade que esta verdade fundamental da sociedade, que exige imperiosamente um lugar na Declaração Universal dos Direitos do Homem, deve ser a base de toda lei e de toda a instituição política que se proponha a acabar com a mendicidade. Nenum Estado considerou o pobre em sua constituição. A idéia tem sido sempre fazer caridade ao pobre, mas nunca apoiar as reivindicações dos pobres em relação à sociedade, ou aquelas da sociedade em relação à eles. Esta é a grande tarefa que a constituição francesa deve realizar.⁵⁴

O segundo texto é de Fodéré no seu *Essai sur la pauvreté des nations* escrito em 1825 :

Foi-se o tempo em que se podia, até certo ponto, deixar de levar em conta o que acontecia nas classes inferiores e ater-se ao recurso de esmagá-las, caso necessário, quando se agitavam. Essas classes agora, pensam, raciocinam, falam e agem. Portanto, é muito mais sábio e mais prudente, sem qualquer dúvida, pensar em tomar medidas legislativas, algumas protegendo os costumes e prevenindo contra um novo desenvolvimento dos abandonados e, outras, tendentes a tornar realmente úteis todos esses seres abandonados e a dar-lhes a capacidade de desempenhar um papel ativo.⁵⁵

Nos dois casos, os mesmos temas estão presentes, ou seja, a idéia de que o pobre tem direitos e reivindicações, de que eles pensam, falam, agem, protestam. E a idéia de que eles desempenham um papel ativo na estrutura social, portanto, que não basta enclausurá-los, mas, de alguma forma, torná-los úteis e capazes de exercerem uma função produtiva na sociedade. Em nada essas afirmações contrastam com a antiga fórmula de tratamento da questão dos pobres. Porém, há uma intuição geral de que se trata de uma nova perspectiva e de que a antiga caridade não consegue dar conta de todos os novos problemas colocados pelo pauperismo. A filantropia surgiu nesse contexto, assumindo questões que não eram novas,

⁵³ O Comité de Mendicité foi criado em 1790 pela Assembléia e tinha como objetivo investigar os problemas relativos à mendicidade e pauperismo. Presidida por La Rochefoucault-Liancourt tinha entre seus membros médicos Thouret e Guillontin.

⁵⁴ ROCHEFOUCAULT-LIANCOURT. *Relatório sobre a nova distribuição do socorro público proposta no departamento de Paris pelo Comitê de Mendicidade*, s.d., citado por ROSEN, p. 284.

⁵⁵ FODERE, E. *Essai sur la pauvreté des nations*, 1825m p. 556, citado por DONZELOT, op. cit, p. 61.

mas reinterpretando-as na busca de um novo projeto político. Ela surgiu, como uma iniciativa que está equidistante tanto da intervenção do Estado quanto da iniciativa privada e individual sob a forma de esmola.

A filantropia pretendia ser uma tecnologia que tinha como objetivo intervir, no âmbito privado, nas questões relativas ao pauperismo e a pobreza. Ela pretendia regular as questões relativas a “classe mais numerosa da sociedade” e as regulações do intercâmbio econômico numa relação humanizada. É assim que a filantropia se distingue da caridade, já que não se trata de suprimir a pobreza, mas interpretá-la em sua implicação política. Portanto, a filantropia não pode ser interpretada como uma ordem apolítica. Muito pelo contrário, é na sua interface política que a filantropia pretende resolver as questões relativas ao pauperismo e a pobreza.

Podemos pensar o espírito filantrópico do final do século XVIII a partir de duas linhas de progressão. A primeira é a da atuação do duque de Rochefoucault-Liancourt e do Comitê de Mendicidade. Conhecido como o pai da filantropia, o duque de Rochefoucault-Liancourt era também o presidente do Comitê de Mendicidade, criada pela Revolução, para discutir os problemas relativos ao pauperismo e a indigência na França. Uma das propostas do comitê de mendicidade era a inclusão dos direitos dos pobres na Constituição Francesa. Segundo Rochefoucault-Liancourt, nenhuma nação havia dado importância aos pobres, a idéia sempre tinha sido a de fazer *caridade* aos pobres, mas não atender as suas reivindicações. O duque de Rochefoucault-Liancurte segue, portanto, uma extensa linhagem que de argumentações que já se encontrava em Baudeau em seu *Idées d'un citoyen sur les besoins, les droits et les devoirs des vrais pauvres* ⁵⁶ A mesma posição defendida pelo duque de Rochefoucault-Liancourt já vinha sendo pensada por diversos teóricos durante o final do século XVII e início do XVIII. Pierre Le Pesant de Boisgullebert em 1687 escreveu um livro sobre a miséria

⁵⁶ Sobre Rochefoucault-Liancourt e o Comitê de Mendicidade Cf. ROSEN, George. Mercantilismo e política de saúde no pensamento francês do século XVIII, p. 243.

econômica na França intitulado *Detail de la France, Factum de la France*⁵⁷ Os trabalhos de Boisgullebert demonstravam que era necessário enfatizar a situação da classe trabalhadora, principalmente rural, para melhorar a situação econômica francesa. Boisgullebert afirmava que as ondas de pobreza acompanhavam e pioravam de acordo com as variações dos preços dos produtos. Finalmente em *Dissertation sur la Nature dEs Richeses*, Boisgullebert afirmava que o homem era um ser social que deveria trabalhar para viver, sendo o trabalho uma condição necessária para a sociedade.

Em 1754, Claude Humbert de Chamousset, um rico filantropo parisiense, também começou a se interessar pelo assunto. Chamousset começou a se preocupar com o problema da pobreza logo após o incêndio no Hotel-Dieu, quando era Inspetor Geral dos Hospitais Militares. Em 1757 escreveu *Vues d'un citoyen*, em que propunha o desenvolvimento de um sistema social em que fosse possível prevenir a miséria, ou pelo menos atenuá-la.

Dos maiores flagelos da humanidade, a doença e a pobreza, o primeiro é inerente à nossa natureza, é um mal físico que pede alívio. O segundo é uma força externa, o fruto da negligência e pede medidas preventivas... A miséria entre as classes produtivas que vivem de seu trabalho e esforço tem como origem a combinação de dois efeitos da doença, os gastos das poupanças nos cuidados necessários e a conseqüente perda de tempo de trabalho.⁵⁸

Nesse seu plano de proteção social, Chamousset esboçou a idéia de que os homens sadios eram um bem valioso ao Estado, e portanto, não basta dar condições para ele se recuperar, mas efetuar meios de preservar a saúde do miserável. Assim, esboça-se a idéia de que o miserável deve ter a garantia de assistência do Estado.

Entre esses dois extremos está a classe constituída pela maioria dos cidadãos, que não sendo suficientemente rica para ser atendida em casa ou suficientemente pobre para ser levada para um asilo, definha e freqüentemente morre na miséria, vítima das circunstâncias a que está submetida em virtude de sua classe social. Trata-se dos artesãos, dos comerciantes cujo comércio é limitado e em geral de

⁵⁷ BOISGUILLEBERT, Pierre Le Pesant de. *Le Detail de la France, Factum de la France*, citado por ROSEN, p. 248.

⁵⁸ CHAMOUSSET, *Vues d'un citoyen*, citado por ROSEN, p. 260.

todos estes valorosos homens que vivem cotidianamente do fruto de seu trabalho e que, freqüentemente, por este motivo, não têm recursos para o tratamento quando uma doença se torna incurável. O começo de uma doença exaure todos os seus recursos e, quanto mais precisam de ajuda, menos conseguem se beneficiar do que lhes resta e acabam em asilos públicos.⁵⁹

Essa linha de argumentação resume a idéia dos defensores da atuação do Estado na assistência aos pobres. O pobre é a *classe da maioria dos cidadãos*, aqueles que passam sua vida *trabalhando* e portanto, quando são acometidos pela doença, não possuem recursos próprios para proverem sua recuperação. O Estado, nesse caso, deveria assegurar o bem-estar social, já que o Homem sadio, como já afirmou Chamousset, correspondia a riqueza do Estado. Esta é a linha de argumentação dos filantropos do século XVIII, de Baudeau, Boisgullebert, Chamousset e outros, passando pelo duque de Rochefoucault, expressão máxima, quando este afirma que o problema do pauperismo não se restringe a caridade, mas deve ser um direito reconhecido pela *Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão*.

Nesse sentido, o livro de De Gerando, *Le visiteur du pauvre*, publicado em 1820, parece colocar a questão do pauperismo e da pobreza num outro nível. De Gerando, nesta obra que constitui um dos clássicos do pensamento filantrópico da época, propunha a pensar as técnicas em relação ao problema da pobreza em suas implicações políticas. Em primeiro lugar, ele difere da maior parte dos defensores de uma Caridade Legal. Este termo, *Caridade Legal*, é hoje caído no desuso. Mas, no século XVIII essa concepção dizia respeito a passagem da caridade na forma de esmola individual como uma obrigação dos laços de estreitamento entre os homens para uma caridade de Estado, ou seja, o Estado seria responsável pela redistribuição da riqueza. Isso fazia do Estado um agente de nivelamento das riquezas. A Caridade Legal, supunha, portanto, que o papel do Estado era redistribuir a riqueza, nivelando-a através de uma caridade de Estado, cuja principal função era acabar com

⁵⁹ Ibid.

a separação entre os ricos e “a classe mais numerosa da sociedade”⁶⁰ Da caridade privada passava-se assim a beneficência pública.

De Gerando, em *Le Visiteur du Pauvre*, tem uma posição ligeiramente diferente, mas mais hábil. Em primeiro lugar, ele não defende o Estado como o responsável pela caridade pública. Isto faria do Estado um agente nivelador da riqueza, o que iria contra os pressupostos do liberalismo econômico. Em segundo lugar, ele não considera efetivamente a pobreza um mal em si, já que era fruto do desenvolvimento da própria máquina social. A defesa da propriedade e da busca do lucro seriam assim preservadas, uma vez que o Estado não deveria ser um agente nivelador entre pobres e ricos.

Se existiam pobres, estes deveriam obter a mínima satisfação de suas necessidades, para evitar que, levados pelas suas misérias, fossem impelidos a luta social. Porém, essa satisfação não seria realizada como um *direito exigível*, mas estariam inseridas numa *relação de subordinação* em que os ricos, investidos de dignidade, beneficiariam as necessidades dos pobres, numa relação de *tutela*. Portanto, De Gerando, ao contrário dos defensores da caridade de Estado, propunha que a questão da miséria deveria ser resolvida através de uma relação regulada e de subordinação a qual um rico, através de um patrocínio direto e individual, beneficiaria um pobre, sob a forma de tutela:

A pobreza está para a riqueza assim como a infância está para a idade madura. Ricos, reconheceis a dignidade de que estais investidos. Mas, compreendei bem, não sois chamados a um patrocínio direito, vago e indefinido. Deveis exercer um patrocínio pessoal, direto, individual e imediato. Sois chamados a exercer uma tutela, mas uma tutela de vossa escolha, real e ativa.⁶¹

⁶⁰ Sobre a caridade legal ou a caridade de Estado no século XVIII, Cf. CASTEL, p. 124

⁶¹ La pauvreté est pour la richesse comme l'enfance est pour l'âge mûr. Les riches, reconnaissez la dignité dont vous portez! Mais, comprenez bien, vous n'êtes pas appelé à un parrainage correct, vague et indéfini. Vous devez plutôt exercer un parrainage personnel, direct, individuel et immédiat. Vous êtes appelé à exercer une tutelle, mais une tutelle de votre choix, réelle et active. DE GERANDO, *Le visiteur du pauvre*, 1820, p. 9-10. disponível em <http://www.gallica.bnf.fr> consultado em 12/05/2005

Esse texto demonstra a distância entre uma caridade sancionada pelo Estado e uma relação de subordinação regulada sob a forma de tutela. Desta forma, o benefício não seria uma obrigação do Estado, portanto, um direito *exigível* do pobre, mas uma beneficência que seria o resultado de um *patrocínio direto* e individual dos ricos. As relações econômicas, numa sociedade burguesa são impessoais, reduzindo ao cálculo das trocas o universo da justiça social. No entanto, em contrapartida, no jogo das trocas econômicas, as desigualdades exigem um fluxo de outra ordem, que reestabelecem um vínculo pessoal e direto entre benfeitor e beneficiado.

Neste aspecto, a beneficência filantrópica ganha sentido se a pensarmos através da *piedade* tal como a expressou Rousseau. Em seu texto sobre a “Introdução à Época de Rousseau” em *Gramatologia*, Jacques Derrida observou que para Rousseau: “A *piedade*, esta afeição fundamental, é tão primitiva quanto o amor de si, e que nos une naturalmente a outrem: ao homem, certamente, mas também a todo ser vivo.”⁶² A *piedade*, para Rousseau, no seu *Discours sur l’origine et les fondements de l’inégalité parmi des Hommes*, é o que “nos conduz sem reflexão ao socorro de quem vemos sofrer”⁶³. Porém, como já demonstrou Derrida, a *piedade* é o *analogon* da lei, sua metáfora, seu suplemento, ela indica o lugar onde a lei não pode se manifestar em sua forma própria.⁶⁴ Assim, podemos dizer, acompanhando Derrida, que a beneficência filantrópica seria, em certo sentido, a reinterpretação da *piedade* rousseauísta, ela instaura, com aqueles que escapam ao legalismo, uma relação que não é de reciprocidade, mas de subordinação regulada.

Portanto, o principal objetivo da filantropia seria intervir em qualquer local onde não houvesse o equilíbrio entre os ricos e a “classe mais numerosa da sociedade” a ponto dos direitos da humanidade encontrarem-se ameaçados. O objetivo da filantropia não seria acabar com a pobreza, mas reestabelecer o equilíbrio social. *Le visiteur du pauvre* trouxe o

⁶² DERRIDA, Jacques. Introdução à Época de Rousseau. In: *Gramatologia*. São Paulo : Perspectiva : 1973, p. 130

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Ibid.

problema do pauperismo para um outro nível. Mas também revela um paradoxo que é próprio do Liberalismo Econômico. Se a pobreza era um mal necessário ao desenvolvimento da máquina social, não se tratava mais de excluir o pobre, enclausurando-o num espaço fechado. Em outras palavras, ocorre com isso uma linha de recomposição da problemática da pobreza. Não se trata mais de excluir, mas de vigiar, educar, enquadrar, domesticar populações num espaço social liberalizado. É a estratégia inversa do Antigo Regime, já que se trata do controle das populações liberalizadas, daqueles que encontram-se inseridos no intercâmbio econômico. Não se tratava de absorver “a classe mais numerosa da sociedade” e nem de acabar com a pobreza, mas equilibrá-la. Onde a função da filantropia não seria a inculcação do hábito do trabalho, mas de criar um *objetivo moral*, segundo De Gerando, que possibilitasse a sujeição dos homens às disciplinas.

Essa linha de recomposição é o que aproxima as diversas tecnologias do corpo social que trataremos neste capítulo, no percurso em seguida. Assim, se quisermos compreender, a partir de um mesmo leque de problemas, como se entrecruzavam esses diversos campos, a medicina, a higiene pública e a psiquiatria, diríamos que todas elas buscavam estratégias de controle social. A fórmula definitiva ainda não estava dada. Onde as técnicas enfrentadas pela medicina, pela filantropia e pela higiene pública, poderiam ser intercambiáveis. Vejamos, portanto, na etapa seguinte, como diversas estratégias estavam a procura de uma fórmula definitiva para aquilo que De Gerando chamou de *objetivo moral*. Isto é, todas as disciplinas buscavam instaurar uma relação de controle que permitisse desenvolver uma tecnologia do corpo social. Mas, como veremos a seguir, a maior parte dessas disciplinas encontravam-se entre o amadorismo de suas técnicas artesanais e a impossibilidade de instrumentalizar seu projeto político.

1.4 MEDICINA : FILOSOFIA DA VIDA E APERFEIÇOAMENTO DA RAZÃO

Nesse processo de disciplinarização e controle social, inicialmente a medicina estava excluída. Mas logo ela é chamada à desempenhar um papel ativo, mas isso só será possível após um longo desvio em que os médicos passaram a requisitar relações mais estreitas com a organização social. Até um certo momento, o médico tinha apenas a sua atuação como alguém que cura ou estuda as doenças, a medicina não tinha atuação no conjunto da sociedade, mas numa relação direta entre médico-paciente. Apenas quando o médico pôde reivindicar seu papel na sociedade não como aquele que curava as doenças, mas que devia ter seu papel atuante na sociedade, é que a medicina pôde se pensada como uma *tecnologia*.

No momento em que o médico pretende reunir no seu saber científico a racionalidade capaz de perceber e dar conta da totalidade humana, ele começa a requisitar relações mais estreitas com a sociedade e a defender as aplicações sociais da medicina. Assim, no final do século XVIII a medicina também desponta como uma tecnologia capaz de exercer uma relação mais estreita com a sociedade, o modelo médico serviu de referência para a filantropia, assim como a beneficência filantrópica também serviu como modelo para a intervenção médica.

O texto que oferece plenamente uma visão da situação de impasse da medicina no final do século XVIII, é *Du degré de certitude de la médecine*. Cabanis expressa nesse texto as preocupações de uma medicina que pretende ter uma atuação maior dentro da sociedade mas que ao mesmo tempo coloca o problema da precariedade e das incertezas de seus métodos. Porém, para se entender o processo no qual a própria medicina também funcionou dentro dessa paisagem da assistência como um instrumento de controle devemos entender a situação teórica que atravessava nos últimos anos do século XVIII.

Durante os 150 anos que se estenderam desde a Revolução Científica no século XVII até o Iluminismo, duas correntes teóricas se degladiavam na busca da compreensão do homem. De um lado, os chamados *iatromecanicistas*, que acreditavam no funcionamento do

corpo humano a partir da sua analogia com a máquina. De outro lado, os que acreditavam na existência de fenômenos vitais autônomos, que eram conhecidos como *vitalistas*.⁶⁵

Uma das heranças da Revolução Científica do século XVII é a idéia do funcionamento do corpo como uma máquina. Raffaele Bernabeu demonstrou em um texto chamado *La machine du corps*⁶⁶ como o estudo de William Harvey, *De Motu Cordis* publicado em 1628 influenciou as pesquisas biomédicas do século XVII. Segundo Bernabeu, a corrente iatromecanicista defendia a idéia de que o corpo humano era formado por organismos complexos, como se fossem pequenas peças dentro de uma máquina, respondendo à uma coordenação central. Essa interpretação, que dá origem à idéia do homem-máquina, do funcionamento do corpo humano à semelhança do mecanismo de uma máquina, sofrerá, no final do século XVII a influência dos seguidores de Descartes que acrescentam a idéia de que o corpo humano seria a integração de pequenas máquinas *autônomas*. Essa é a linha dos principais iatromecanicistas que surgiram no final do século XVII como Baglivi e Boerhaave.⁶⁷

A principal contestação ao iatromecanicismo surgiu no início do século XVIII com o químico e médico Georg Ernest Stahl. Ele fundou uma alternativa teórica conhecida como *Animismo*. Em 1706, discordando da idéia do corpo como máquina, Stahl começou a difundir a idéia de que existem diferenças fundamentais entre o mecanismo da máquina e um corpo dotado de vida. Funcionando como uma combinação instável, o corpo humano só poderia manter sua integridade através de um princípio exterior à matéria, que ele dava o nome de *anima* ou *alma-sensível*. Caberia à alma-sensível ajustar os microprocessos do organismo. Portanto, o ser humano seria a integração entre os microprocessos orgânicos e a alma-sensível, responsável por coordená-los.

⁶⁵ Sobre as querelas entre vitalistas e iatromecanicistas que perduraram desde o século XVII até o final do século XVIII. Cf. DUCHESNAU, François. *La physiologie des Lumières* : Empirisme, Modèles, Théories. Paris : PUF, 1982.

⁶⁶ BERNABEU, Raffaele. *La machine du corps* : In : GRMEK, M (org.) *Histoire de la pensée médicale en Occident*. Paris : Seuil, 1997, Pp. 7-36.

⁶⁷ Ibid.

Essa interpretação oferece uma abertura para a crítica da interpretação do homem como uma máquina. Segundo Duschetsnau, já na metade do século XVIII, as pesquisas biomédicas se dividiam claramente entre estas duas correntes.⁶⁸ A crítica ao mecanicismo é a principal fundamentação da corrente vitalista que adquire força em meados do século XVIII sobretudo entre os membros da Faculdade de Montpellier. Influenciados pelo animismo de Stahl, médicos da escola de Montpellier como Henri Fouquet, Joseph Barthez e Théophile de Bordeu, entre outros, começam a criticar a interpretação do homem como máquina. Assim como os animistas, os vitalistas também acreditavam na existência de um *Logos*, de um princípio exterior à matéria. À este *Logos*, os vitalistas davam o nome de *elan* ou *força-vital*.⁶⁹

Tanto animistas como vitalistas deram origem à uma interpretação monista do homem. A idéia de que o homem só poderia ser compreendido a partir da integração entre os fenômenos do corpo e da alma. Essa abordagem, que começa a ganhar adeptos no começo do século XVIII, recusa claramente a separação trágica entre corpo e alma propostos pelos tratados médicos semi-escolásticos do final do Renascimento. La Mettrie, que viveu na primeira metade do século XVIII ainda era influenciado pelo mecanicismo cartesiano da Revolução Científica. Se Descartes considerava o corpo humano como um mecanismo que funcionava a partir de peças autônomas, La Mettrie era ainda mais radical ao negar qualquer existência científica de uma substância espiritual.⁷⁰

Os vitalistas partiam do pressuposto que as explicações dos fenômenos fisiológicos e patológicos tinham sua origem e sua intelegibilidade para além do mecanismo da máquina. Eles partiam da idéia da impossibilidade de se pensar o organismo como algo inativo, inerte. A separação entre corpo e alma teria gerado, segundo os vitalistas, uma divisão simétrica de

⁶⁸ DUSCHESNAU, Op. cit, p. 273

⁶⁹ Id, ibid.

⁷⁰ Em uma escala diferente, o recente estudo *O Homem Pós-Orgânico* de Paula Sibilia analisa como essa discussão ainda está presente na nova metáfora da Tecnociência atual. Cf. SIBILIA, Paula. Mitos da Tecnociência I : Ascensão e Queda do Homem-Máquina. In : *O Homem Pós-Orgânico : corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro : Relumê-Dumará, 2002,Pp.65-74.

atribuições : o corpo para os médicos e a alma para os filósofos. Segundo eles, essa interpretação teria privado os médicos da compreensão global dos fenômenos vitais. Para os vitalistas o funcionamento do corpo e a felicidade da alma estavam profundamente interligadas. Saúde moral associaria-se ao bom funcionamento do corpo e seriam correspondentes. O estado patológico teria sua inteligibilidade na alma. É significativo que, no final do século XVIII os termos *alma* e *corpo* deram lugar aos termos *físico* e *moral* que aparecem em grande parte dos estudos médicos do final do século XVIII.

Cabanis, que escreveu seu livro *Rapports du physique et du moral du Homme*, apesar de não ser um vitalista estava, como claramente se percebe no título desse livro, profundamente influenciado pela Escola de Montpellier, sobretudo de Barthez, com quem dialoga nessa obra. A idéia seria a mesma, de discutir as relações entre físico e moral no Homem a partir de uma perspectiva diferente da corrente mecanicista. Compreende-se porque Cabanis que em *Du degré de certitude de la médecine* se coloca tão reticente em relação às aplicações da medicina ainda pôde acreditar, sem nenhuma contradição, que é a medicina a principal via para a compreensão global do Homem. É apenas a medicina que forneceria, segundo o autor, elementos para a compreensão do homem em sua totalidade. Essa compreensão do físico e das suas relações com o moral que supostamente o médico teria colocava a medicina como vanguarda entre as filosofias e as ciências. A medicina seria a base de toda a filosofia racional, que tinha como missão propagar a ciência e aperfeiçoar a Razão :

Somente [a medicina] pode nos fazer conhecer a máquina viva, a marcha regular da sensibilidade no estado sábio, as modificações que esta faculdade pode manifestar no estado doentio : ela mostra em toda nudez de todo o homem físico , mas também do homem moral, do qual não é em si mesmo mais do que uma parte, eu diria, uma outra face.⁷¹

⁷¹ Elle [Médecine] seule en effet peu nous faire connaître les lois de la machine vivante, la marche rebulière de les lois de sensibilité dans l'état sain, les modifications que cette faculté peu éprouver dans l'état maladie ; elle nous montre à nu tou l'homme physique, don l'homme moral n'est lui-même qu'une parti, une outre face. CABANIS, J. P. G. *Du degré de certitude de la médecine*, 1798, p. 36, disponível em <http://www.gallica.bnf.fr> consultado em 12/05/2005.

Em seu estudo sobre Cabanis, Regina Coeli Franco Ferraz⁷² demonstrou como *Du degré de certitude de la médecine* está na encruzilhada teórica entre a medicina experimental do século XVII e o método anátomo-clínico que começa a ser empregado no final do século XVIII e que foi descrito por Michel Foucault em *O nascimento da clínica*.⁷³ Por isso essa obra é tão rica em demonstrar as dificuldades do conhecimento médico diante de suas ambições políticas de intervenção sobre o campo social. Cabanis expressa muito bem essa pretensão da medicina de transformar-se na base da filosofia racional, capaz de fornecer instrumentos para a organização da existência, e a precariedade e as incertezas de seus próprios métodos.

Uma tal compreensão do papel da medicina junto às instituições sociais só é possível a partir desse otimismo próprio do Iluminismo. Luzes capazes de dissolver o preconceito, de propagar a ciência e de organizar racionalmente toda a existência humana. É nesse sentido que Cabanis ficou conhecido por entender o papel do médico como um guardião da moral e da saúde dos homens. O mandato político que a medicina quer conquistar está fundamentado no argumento de que ele possui o conhecimento sobre a máquina viva, a marcha regular do homem no estado de saúde e suas alterações no estado patológico. É o médico que possui a compreensão da dupla face humana, intelectual e orgânica, e portanto, que reivindica para si o papel de guardião do físico e do moral.

Mas se Cabanis e os médicos iluministas querem fundamentar o mandato político da medicina, atestando suas aplicações sociais, seu papel de aperfeiçoamento de uma existência racionalmente organizada que ocupam os espíritos mais esclarecidos, está muito claro que a medicina ainda não possuía estratégias consolidadas para impor esse mandato. Cabanis, em *Du degré de certitude de la médecine*, explicita muito bem a contradição entre a ambição

⁷² FERRAZ, Regina Coeli Franco. *O Certo e o Provável* : o grau de certeza da medicina segundo Cabanis. Rio de Janeiro : Doutorado em Saúde Coletiva-UERJ, 1998.

⁷³ FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro : Forense-Universitária, 1981.

política da medicina e a precariedade de seus meios de intervenção. O médico-filósofo, que intervem com seu saber (a medicina como base da filosofia) propondo um projeto de organização racional da existência vai dar lugar, nas últimas décadas do século XVIII, a preocupações intervencionistas de ordem mais prática. A idéia de uma medicina como um instrumento de aperfeiçoamento da Razão vai ceder lugar à idéia de uma ciência capaz de assegurar a arte de conservar a saúde dos homens : é a Higiene Pública.

1.5 HIGIENE PÚBLICA : A ARTE DE CONSERVAR A SAÚDE EM SOCIEDADE

Assim, no final do século XVIII, a vontade de médicos esclarecidos como Cabanis de intervir, através do conhecimento médico, como um guardião e herdeiro da moral e da saúde dos homens vai ceder lugar a interesses reformistas mais práticos. Os higienistas estavam mais bem situados para impor essa hegemonia. Outros interesses, que não o aperfeiçoamento da Razão, iriam ocupar a cena. A *Higiene Pública* desloca, portanto, essa ambição médica de domínio da totalidade da existência para ramos mais específicos e circunscritos de atuação, o que confere à Higiene Pública um vasto campo de intervenção política nas décadas finais do século XVIII e justifica plenamente sua hegemonia.

Inicialmente é necessário compreender o próprio uso da palavra *Higiene Pública*, que com certeza tem, entre esses homens do século XVIII e nesse meio parisiense, um significado bem diferente daquele que é usualmente empregado na passagem do século XIX para o XX com o advento da bacteriologia pasteuriana.⁷⁴

Em *O nascimento da Medicina Social*, Michel Foucault explicitou esse sentido.⁷⁵ Segundo Foucault, a noção de Higiene Pública estaria atrelada ao conceito de salubridade. Salubridade, afirma Foucault, é diferente de saúde. Salubridade seria o conjunto de

⁷⁴ Sobre o impacto da bacteriologia sobre a questão da higiene e sobre a prática médica Cf. GOULET, Denis. Entre les miasmes et les germes : l'impact de la bacteriologie sur la pratique medicale en territoire canadien. 1870-1930. *História, Ciência e Saúde*, vol. 1, n. 02, Pp 20-37.

⁷⁵ FOUCAULT, Michel. O nascimento da Medicina Social. In : *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro : Graal, 1972, p. 92.

elementos, a base social e material, que permite a *conservação da saúde* dos homens em sociedade. A Higiene Pública surgiu no século XVIII como uma técnica de controle e conservação desse estado de salubridade, de conservação da saúde através do controle material e social. A Higiene Pública, base da Medicina Social francesa do século XIX, surgiu então como essa técnica de controle político-científico do meio. É nesse sentido que pode ser entendido a obra de Parent-Duchatelet, referência nesse campo, intitulado justamente *Higiene Publique*. É assim também que o termo Higiene Publique aparece na revista *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, criada nesse meio parisiense do final do século XVIII e início do XIX

Tomemos como definição de Higiene Pública o texto dos *Annales d'Hygiène Publique* que define bem esse conceito. Trata-se do prospecto, anunciando o surgimento da revista, escrito em 1829

A Higiene Pública é a arte de conservar a saúde dos homens reunidos em sociedade, e que é chamada a gozar de um grande desenvolvimento e a fornecer numerosas aplicações ao aperfeiçoamento das nossas instituições.⁷⁶

Uma medicina aplicada às necessidades da sociedade, constitui assim uma arte de conservar a saúde dos homens. A teoria da influência do físico sobre o moral, presente em Cabanis e Barthez, dá lugar a um reformismo do meio com influência médica. Ao controlar o meio, o homem pode programar para si uma existência mais racional. Ao invés de uma ciência globalizante, que pretende abarcar a totalidade da existência humana, a Higiene Pública propõe-se como uma arte de conservar a saúde, desenvolvendo um projeto técnico-científico de controle sobre o meio. Desloca, portanto, a ambição médica de constituir uma ciência capaz de aperfeiçoar a Razão e promover uma existência mais racional, para um

⁷⁶La Hygiène Publique , qui est l'art de conserver la santé aux hommes, réunis en société, est appelée à recevoir un grand développement et fournir de nombreuses applications au perfectionnement de nos institutions. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, Prospectus , vol. 1, 1829, p. VI. O texto integral foi incluído em anexo no final deste trabalho.

reformismo mais prático, uma intervenção sobre o meio, garantindo, assim, a conjunção entre a competência médica e a compreensão do meio, o que permite aos homens daquela época dizer que a Higiene Pública é chamada a gozar de grande desenvolvimento e a fornecer numerosas aplicações sociais e a fornecer o desenvolvimento de nossas instituições.

Tomemos como exemplo alguns trabalhos apresentados nos *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*. Os temas relacionados à Higiene Pública são os mais recorrentes na revista, até porque, o grupo dos higienistas é majoritário no conselho editorial.

Parent-Duchatelet, um dos higienistas mais conhecidos entre eles, propôs um estudo sobre as influências do tabaco entre os trabalhadores.⁷⁷ Esse estudo, investigando as relações entre o tabagismo e a saúde do trabalhador, insere-se numa longa série de pesquisas desses médicos sobre fatores como alcoolismo, tabagismo, prostituição, tuberculose e suas relações diretas com a saúde do trabalhador pobre.

Alguns anos depois, Villermé publicou na revista seu estudo, em que retomava muitos aspectos das preocupações de Parent-Duchatelet a respeito do alcoolismo entre os trabalhadores das manufaturas francesas, concentrando seus estudos nas manufaturas do Reno e nos departamentos localizados próximo ao Mediterrâneo.⁷⁸ Segundo Villermé

Este hábito funesto e culpado, certamente não pode ser desculpado, entretanto, como ele provém em parte de uma causa fisiológica, não está inteiramente no poder dos habituados os meios para ele se corrigir.⁷⁹

Assim como Parent-Duchatelet em seu estudo sobre o tabagismo, Villermé apontava para o alcoolismo uma determinação fisiológica mas também as influências do meio sobre a saúde do trabalhador. Em suma, esses higienistas buscavam compreender o meio e suas

⁷⁷ PARENT-DUCHATELET, A. J. Mémoire sur les véritables influences du tabac peut avoir sur la santé des ouvriers occupés aux différentes préparations qu'on lui fait subir. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*. Vol I, 1829.

⁷⁸ VILLERMÉ, De l'ivrognerie, principalement chez les ouvriers des manufactures. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Vol, XXII, 1834.

⁷⁹ Ibid, p. 314.

relações com a fisiologia humana. Leuret, em um dos textos mais conhecidos nessa linha, publicou em 1836 um longo artigo em que analisa as condições de saúde e existência dos indigentes de Paris. Leuret estava particularmente interessado nas camadas baixas dos habitantes de Paris, sua população, as condições de alimentação, o alcoolismo, a fome. Nesse sentido, Leuret e Villermé estavam de acordo, os dois afirmam que embora a embriaguez tenha sua determinação fisiológica ela é vista sobretudo como uma patologia urbana. Os trabalhadores, em suas condições miseráveis, viam no álcool uma válvula de escape para suas misérias. Nesse sentido, as conclusões de Leuret se assemelham muito as argumentações de Villermé.

A má alimentação de que eles fazem uso, e que para a maioria não poderia ser melhor, em razão da modicidade dos salários e da falta mais ou menos prolongada de trabalho, lança a economia numa espécie de fraqueza e de mal estar que as bebidas fazem desaparecer. As pessoas que se alimentam bem não sentem estas fraquezas e portanto, é necessário que elas estejam sempre sóbrias...⁸⁰

Em suma, a característas desses trabalhos é buscar a compreensão da saúde e de suas implicações sociais. São inumeráveis os estudos que buscavam relacionar fatores como tabagismo e alcoolismo com a criminalidade, a prostituição e o suicídio.

A segunda linha de composição desses trabalhos se dedicava à compreensão do meio físico sobre as doenças. É nesse sentido que diversos médicos sistematizaram vários fatores como clima, estações, variações metereológicas e suas influências sobre a fisiologia humana. Guerry escreveu um estudo exemplar nesse sentido. Ele analisa minuciosamente um grande número de fatores como o impacto de cada estação do ano, das influência dos climas, direção dos ventos, o volume de chuvas de deteminada estação do ano, casamentos, nascimentos, suicídios – tudo isso em relação às estatísticas de doenças que ele recolheu sobre Paris. Daí

⁸⁰ LEURET, François. Notice sur les indigens de la ville de Paris, Op. cit, p. 314.

resultou o seu estudo intitulado *Tableau des variations méteriologiques compares aux phénomènes physiologiques*.⁸¹

A corrente higienista do final do século XVIII e início do século XIX desloca, portanto, a pretensão médica de compreensão global da máquina viva que é o Homem em suas relações entre o físico e o moral. A Higiene Pública desenvolve-se como uma técnica de controle técnico-científico do meio em busca do aperfeiçoamento das instituições sociais. Somente após esse longo desvio a medicina pôde requistar para si relações mais intimas com a sociedade. Nesse deslocamento decisivo, a medicina pôde se apresentar não apenas como uma arte de curar doenças, mas uma tecnologia de controle social. O texto que melhor explicita esse posicionamento é o prospecto de lançamento dos *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Legale* :

A medicina não tem por objetivo apenas estudar ou curar doenças, ela possui *relações mais estreitas com a organização social* ; algumas vezes ela ajuda o magistrado na formulação de leis ; frequentemente ela esclarece o magistrado na sua aplicação e sempre ela vela, junto com a administração, pela manutenção da saúde pública. Assim, *aplicada às necessidades da sociedade*, essa parte de nossos conhecimentos constitui a Higiene Pública e a Medicina Legal.⁸²

A Higiene Pública surgiu nesse contexto como um instrumento de manipulação do meio e de uma ciência que levaria em conta as implicações sociais na tarefa de conservar à saúde. É assim que ela goza de uma posição privilegiada que a coloca como um ramo autorizado no aperfeiçoamento das instituições, portanto, tendo relações mais estreitas com a organização social.

⁸¹ GUERRY, M. *Tableau des variations méteriologiques compares aux phénomènes physiologiques*. *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*. Paris, 1829, Pp. 228-256.

⁸² La médecine n' est pas seulement pour objet d'étudier et de guérir les malades, elle a des rapports intimes avec l'organisation sociale ; quelquefois elle aide le législateur dans la confection des lois, souvent elle éclaire le magistrat dans leur application et toujours elle veille, avec l'administration, au maintien de la santé publique. Ainsi, applique aux besoins de la société, cette partie de nos connaissances constitue l'hygiène publique et la médecine légale. *Annales d'Hygiène*, Prospectus, Op. cit, p. V (sem grifo no original)

Porém, se naqueles anos a Higiene Pública trouxe grandes esperanças para o aperfeiçoamento das instituições, deu lugar à realizações práticas muito limitadas : sanear esgotos, denunciar a toxidade de certos produtos industriais (enxofre, tabaco, metais), prevenir certas doenças profissionais, alertar para os perigos do alcoolismo – um grande leque no qual se percebe os temas recorrentes em textos de Parent-Duchatelet, Villermé, Guerry e muitos outros higienistas do período. É necessário reconhecer : esses resultados permaneceram muito modestos em relação às propostas bastante ousadas da Higiene Pública em fornecer numerosas aplicações ao aperfeiçoamento das instituições sociais. Uma cautela científica demasiado globalizante para atingir resultados efetivos, resultados modestos se comparados à ambição política dos higienistas.

Percebemos até agora, analisando a maneira como se constitui a Filantropia e a Higiene Pública e a Medicina do século XVIII que todas elas buscavam fórmulas definitivas para resolver questões relativas aos problemas sociais. Todas elas são caracterizadas por um amplo desejo de intervencionismo político e de fornecer estratégias de controle para problemas bastante espinhosos. Que a questão do pobre não seja apenas um problema do Estado, que a questão do doente não seja apenas um problema da medicina, que o meio ambiente depende da compreensão de suas implicações sociais tudo isso demonstra que não se tratavam de territórios muito bem circunstritos. Tratava-se de um eixo de problemas relativamente próximos aos olhos dos contemporâneos, constituindo-se sub-grupos que, apesar de suas especificidades, mantinham relações muito próximas, mas também muito ambíguas.

É nesse sentido que a tecnologia alienista, em comparação aos resultados obtidos por outras tecnologias de controle, permanecia numa situação privilegiada. Os alienistas foram os que melhor conseguiram resolver um problema espinhoso e propor um projeto aplicável a diversos outros desviantes e que, por isso mesmo, exerceu um enorme fascínio sobre filantropos e reformadores. Os responsáveis pela reforma do sistema penitenciário francês em 1819, por exemplo, sempre tiveram muito interesse pela forma como os alienistas impuseram

uma técnica de assujeitamento a partir do mínimo de violência possível. Certamente, se levarmos em consideração a ciência da época, o tratamento moral e as técnicas de intervenção alienistas poderiam ser consideradas como grosseiras. Porém, os alienistas foram os primeiros entre todos (filantropos, higienistas, reformadores) que propuseram uma intervenção que se apresentasse operatória em relação às suas ambições políticas.

Como vimos, as outras tecnologias analisadas encontravam-se, todas elas, num impasse entre as ambições políticas e as precariedades dos meios de intervenção que possuíam. Assim, os filantropos estavam muito conscientes das limitações. A referência ao modelo alienista aparecia, portanto, como uma alternativa de passar do amadorismo filantrópico à uma tecnologia social, do empirismo à unificação das práticas. As relações que a medicina mental manteve, durante décadas, com todas essas novas estratégias, são complexas e ambíguas. Todas elas, enfim, buscavam uma fórmula, que garantisse as aplicações sociais de seus métodos e sustentassem sua ambição de intervencionismo político sobre o corpo social. De início, nem a filantropia, nem a medicina, nem a Higiene Pública possuem uma tecnologia satisfatória para instrumentalizar o seu programa. Por isso, procuramos demonstrar que, se os alienistas do final do século XVIII se encontravam em posição não muito bem prestigiosa em relação a medicina científica (como demonstraremos no capítulo a seguir), no campo político, a medicina mental foi a primeira a propor um projeto coerente de intervenção social.

As diferenças entre o alienismo e as outras tecnologias eram principalmente duas. Primeiro, as populações visadas. Enquanto, os alienistas se preocupavam com uma população bastante circunscrita, os alienados, a higiene e a filantropia desenvolveram um desejo geral de abarcar todo o contingente social, ou pelo menos, tratar daqueles que eram, nas palavras da época, a classe mais numerosa da sociedade. Apesar desse intervencionismo generalizado, nem a filantropia, nem a medicina, nem a Higiene Pública, como vimos, dispunham de uma tecnologia específica capaz de instrumentalizar seu programa.

Segunda diferença crucial. Enquanto as outras tecnologias buscavam controlar, domesticar, vigiar, educar as populações no meio social, o alienismo propunha a internação da sua população visada em um ambiente fechado, o asilo psiquiátrico. Isso demonstra a diferença de forma de intervenção : um feixe de técnicas disciplinares, chamado Tratamento Moral, poderia ser empregado mais eficazmente em um espaço fechado e formalmente administrado. Nesse sentido, o internamento psiquiátrico representa o paradigma de uma pedagogia disciplinar : seja para reeducar o indisciplinado, para recuperar a Razão ou domesticar o vagabundo, trata-se do retorno da normalidade através da interiorização dos princípios da ordem dominante. Paradoxo, portanto : enquanto as outras tecnologias buscavam reformas sociais dentro da intervenção sobre o meio, os alienistas propunham um programa de intervenção baseada no espaço hospitalar. Enquanto os médicos e filantropos buscavam uma atuação esclarecida no meio social, em busca do aperfeiçoamento de suas instituições, os alienistas se resignavam a intervir à posteriori, sobre populações já segregadas.

Apesar das diferenças, os alienistas foram os primeiros, dentro dessa paisagem mais ampla da assistência, a apresentarem os resultados efetivos, as primeiras vitórias de uma tecnologia capaz de fornecer um modelo de sujeição às disciplinas e atingir o objetivo moral almejado pela filantropia do século XVIII.

O que nos leva a questão central desse capítulo : se quisermos entender o mandato da psiquiatria, devemos colocar em foco não a questão da cientificidade da psiquiatria, mas suas relações com a organização social. A questão da cientificidade da medicina mental é, na verdade, um falso problema. Ela não instaurou nenhuma novidade prática em relação as antigas formas de trato com a loucura. Ela apenas soube impor uma caução científica para práticas de assujeitamento e controle coletivo. É pela herança que os alienistas reivindicavam da medicina e do mandato social que eles receberam para encarregar-se do encargo da loucura que eles construíram a síntese alienista. É por parecer bastante caracterizado do ponto de vista médico que o movimento alienista pôde receber grande

parcela de seus prestígio científico. Porém, o perfil epistemológico da psiquiatria é pouco definido. Os alienistas puderam receber o encargo de cuidar dos loucos porque, entre a medicina, a política e a filantropia, eles eram os que estavam melhor equipados para realizar esse projeto, garantindo assim, as bases de seu saber e a consolidação de seu prestígio científico e epistemológico.

1.6 HUMANISMO FILANTRÓPICO E PATERNALISMO PSIQUIÁTRICO

Efetivamente, as casas consagradas ao tratamento da loucura são mais relacionadas as instituições de educação. É preciso não esquecer que os alienados são crianças grandes, sempre prontas a se furtarem a disciplina e ao regime que se lhes impõe.

H. Girard, *De l'organisation et de l'administration des établissements d'aliénés*, 1843.

O texto acima repete um tema recorrente na literatura psiquiátrica do século XIX, os *alienados* são como *crianças grandes*. Estes possuem tantos pontos em comum que não seria excessivo, segundo este autor, que os mesmos procedimentos fossem adotados numa casa de loucos ou numa instituição de ensino. Para além das analogias entre louco-criança, asilo-escola, é preciso perceber que tanto loucos como crianças gozavam de um status de minoridade social. Assim, o paternalismo psiquiátrico foi a primeira cartada de benevolência em relação a loucura. Se os loucos são crianças grandes, incapazes de entrar no círculo produtivo, é preciso que a ciência alienista se encarregue dele, numa relação regulada de subordinação. A compaixão filantrópica, portanto, servirá como base para a intervenção psiquiátrica.

Se o modelo médico serviu como base para a filantropia, veremos nesse capítulo como a beneficência filantrópica também foi a cartada de piedade que permitiu a psiquiatria falar sobre o louco. Era um caminho de mão dupla. Desta forma, gostaríamos de encerrar este

capítulo percorrendo sobre o caminho inverso. Se na paisagem da assistência, o programa alienista era o mais bem instrumentalizado para propor seu projeto político, em contrapartida, seu discurso era marcado pela benevolência filantrópica. Apenas quando a corrente alienista tiver esgotado seu crédito, a psiquiatria começará a se orientar *menos por um sentimento de filantropia do que um racismo biológico*, conforme veremos no terceiro capítulo.

Se a política da assistência se inscrevia numa paisagem filantrópica, o problema da assistência ao louco colocava uma ruptura. No final do século XVIII, o louco era colocado sob uma *dupla percepção*.

Por um lado, ele era visto como um *perigoso*, figura generalizada da associabilidade, da desordem. Ele não transgredia explicitamente nenhuma lei, portanto, não poderia ser qualificado como criminoso. Mas, ao mesmo tempo, ele não estava contido nos limites de nenhuma lei e, de certa maneira, transgredia a todas as leis que presidem a organização da sociedade. A figura do louco aproximava-se do nômade ou do animal selvagem, aquele que, sem estar preso a nenhuma norma ou lei, vagueia livremente sem direção e ameaça, pela sua simples existência, as regras que presidem o conjunto da sociedade.

Por outro lado, essas imagens evocadoras de medos fantasmagóricos, imaginários ou reais, suscitam uma visão complementar. À idéia do louco como perigoso contrapõe-se a imagem do louco como um irresponsável, que não pertence a si mesmo, e portanto, um *infeliz*. Ao mesmo tempo que ele é tido como um ser perigoso, por não obedecer a nenhuma regra, ele também é visto como lastimável, pois perdeu o atributo mais precioso do Homem, a Razão. Privado do uso da Razão, ele não pode entrar livremente nessa ordem contratual. Sem atributos racionais ele também não tem acesso a livre aquisição e as trocas sociais, permanecendo um *alienado*. Alguém que não pode, por si só, ascender a ordem contratual. É porque o problema da loucura coloca um desafio, por seu estatuto ser tão ambíguo que o louco constitui, nessa conjuntura, um problema tão espinhoso. A lógica contratual que justifica plenamente a punição do criminoso (aquele que transgrediu a lei) e inventa um compromisso aceitável para sancionar a pobreza, esbarra aqui numa especificidade

insuperável. Nessa ambivalência entre perigo e irresponsabilidade, entre ameaça e infelicidade, a medicina mental impôs uma estratégia de controle.

Assim, se o louco constitui um problema por ser um perigo, ele escapa, por outro lado, às sanções jurídicas por não transgredir explicitamente nenhuma lei. Nesse impasse, a medicina dará a cartada de benevolência, o paternalismo psiquiátrico está garantido assim, sobre a capa de filantropia. Mas, o humanismo psiquiátrico nada mais é do que um auxiliar do juridicismo, ele permitiu controlar o polo de perigo àqueles que escapam as caracterizações jurídicas, aos que, não tendo transgredido à lei, não são passíveis de culpa mas, *mesmo assim*, permanecem como perigosos. A intervenção psiquiátrica pretendia, portanto, acolher esse problema espinhoso, circunscrevendo a esfera de sua atuação na fronteira entre a ciência e a caridade. O humanismo psiquiátrico portanto nada mais é do que paternalismo filantrópico. Assim como a filantropia, suas intensões nada tinham de neutro. A compaixão foi a atitude constante do movimento alienista. Pinel, no seu *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation Mentale*, foi um dos primeiros a esclarecer que

Longe de serem culpados que se deva punir, são doentes cujo estado penoso merece todas as considerações dadas à Humanidade sofredora e cuja razão perdida devemos procurar os meios mais simples de reestabelecer.⁸³

A compaixão portanto nada tinha de extravagante em relação à ambição científica dos alienistas, pelo contrário, foi a sua cartada de benevolência. O humanismo psiquiátrico não estava em nenhuma contradição com a compaixão filantrópica, antes, esta compaixão justificava sua intervenção. A benevolência iluminada desenvolvida pela ciência se estabelece numa relação institucional de dominação.

A relação psiquiatria se desenvolveu, nesse contexto, numa relação de tutela. A tutela, como vimos, era a matriz de toda uma política da assistência aos pobres no final do século XVIII, explicitada por De Gerando como um patrocínio direto e pessoal, de uma relação

⁸³ PINEL, Philippe. *Traité Médico Philosophique sur l'Aliénation Mentale*, 2 ed. Paris, 1809, p. 202. In : www.gallica.bnf.fr.

orgânica entre benfeitor e beneficiado. A benevolência psiquiátrica, o gesto que faz do psiquiatra aquele quem diz longe de serem culpados, eles são doentes assume aqui também essa estrutura de tutela. O louco, por si só, não tem direito a ascender à ordem contratual. Para entrar no jogo das trocas, ele é obrigado a entrar numa relação de potência o qual ele só readquire plenamente sua autonomia no momento em que uma vontade que lhe é exterior lhe é imposta. Não é a toa que toda a relação terapêutica se desenvolveu numa estrutura de dominação, numa espécie de “campo de batalha”, como já afirmava Philippe Pinel.

O louco é associado à criança. Esse tema é recorrente na literatura psiquiátrica : o louco seria como uma *criança grande*, sem consciência de sua desordem, e que portanto deveria ser tutelado. Crianças que, assim como os loucos, oferecem resistência quanto às ordens que lhes querem impor. Já que existiam tantos pontos em comum entre a criança e o alienado, não seria de se espantar que se propusesse técnicas parecidas para a boa educação tanto em um caso quanto no outro.

Os contemporâneos perceberam esse estatuto de minoridade social conferida ao louco, assim como à criança. Numa sociedade contratual, aqueles que não podem ascender ao livre jogo das trocas, devem ser tutelados por uma autoridade coercitiva.

Dentro de uma sociedade contratual, os homens atingem a maioridade e com isso o direito de plena participação nesse sistema de circulação. Dotado de Razão, ele possui todos os atributos que o permitem entrar livremente no sistema contratual. Crianças e loucos não possuem tal direito e permanecem exterior à esse jogo de livre circulação e trocas : a criança por não atingir maturidade e o louco por não ter recursos para promover intercâmbios racionais com outros homens. Assim, a criança e o louco estão próximos por serem incapazes de entrarem nesse sistema de reciprocidade.

Se a sua relação dentro da sociedade contratual não é a de livre acesso, de reciprocidade entre os iguais, ele deve ser tutelado por uma potência estrangeira. A compreensão contratual do Liberalismo Econômico impôs, portanto, essa aproximação entre o louco e a criança do ponto de vista de sua minoridade social do qual o paternalismo

psiquiátrico retirará grande proveito. Nessa relação sem reciprocidade, o qual não pode haver uma troca, pois um dos polos da relação contratual não possui atributos que o permitem entrar nesse sistema, a relação psiquiátrica assume a forma de uma relação de clientela.

Médicos e loucos não estão em uma relação de reciprocidade, mas de polos antagônicos. A autoridade psiquiátrica, essa forma de poder coercitivo, representa o primeiro paradigma da relação terapêutica em medicina mental. Todo o Tratamento Moral tem como princípio original a soberania médica. O louco, desprovido de Razão, não pode ascender por si próprio à ordem contratual, ele é um alienado, desprovido de seus direitos de livre circulação. Desprovido de tudo, ele só pode retornar à sua potência soberana, governar à si mesmo, no momento em que aceita a terapêutica, que assume ali a forma de uma relação de fidelidade. Numa sociedade contratual, a lógica do Tratamento Moral reproduz, dessa forma, o antigo vínculo de fidelidade ao estabelecer a plena obediência e a relação sem reciprocidade entre médico e paciente.

O poder médico, fundado na Razão, por conseguinte, se anula no momento em que o louco, recuperando suas faculdades racionais, pode entrar por conta própria no sistema de circulação e aquisição, de trocas racionais (já que agora ele é dotado de Razão). O poder médico se anula com a recuperação da Razão, da autonomia racional que confere ao louco o retorno à sua humanidade. À partir daí, como sujeito racional, não deve ser submetido à nenhuma autoridade coercitiva. O paternalismo psiquiátrico só tem sentido dentro dessa relação entre médico e doente. Se a loucura é desordem e nada mais, o retorno da Razão só pode ocorrer através da interiorização da ordem racional encarnada na Razão médica. Essa vontade racional sempre lhe é exterior, estranha, já que o louco é o pólo de imoderação.

Se o tratamento moral pôde beneficiar-se de um certo crédito dentro dessa paisagem da assistência no final do século XVIII não foi por causa de seus resultados, que, aparentemente, permaneciam bastante modestos. Se o tratamento moral era relativizado pela modéstia de seus resultados e pelo emprego de muitos outros remédios, é porque ele se *atrelava a percepção moral da loucura*, predominante nesse período. Por mais que se

empregassem meios chamados físicos (hidroterapia, remédios, sangrias) podemos inferir que, em princípio, *os meios físicos eram reinterpertados de acordo com os resultados em termos morais de sua eficácia*. Daí a idéia de que os meios morais deveriam ser mais coercitivos quanto mais intensa fosse a desordem do louco, a disciplina do asilo era requisitada como um instrumento para abolir a desordem moral do alienado. Mesmo para os teóricos mais coerentes do tratamento moral, os efeitos remédios eram interpretados de acordo com sua eficácia moral. Nessa perspectiva, a disciplina e a ordem eram requisitadas para anular a causalidade moral da doença, era isso que constituía o tratamento. Tratar moralmente o indivíduo era humanizá-lo, não interpretá-lo como um animal ou um ser demoníaco, mas como um doente das paixões. Era nesse sentido que não havia ambigüidade entre a violência que se empregava e o sentimento de filantropia.

Para se entender o paternalismo psiquiátrico será necessário recorrer a sua versão mais extrema. François Leuret representava a vertente mais violenta do paternalismo psiquiátrico. Ele foi um dos principais teóricos do Tratamento Moral, escrevendo em 1840 o seu *Du Traitement Moral de la Folie* que é um verdadeiro manual das técnicas do tratamento moral. Uma das principais diferenças entre Leuret e os outros alienistas da época é que talvez ele seja um dos poucos a desenvolver terapias diretivas e individuais aos loucos. Frequentemente o Tratamento Moral é encarado como uma técnica de intervenção coletiva e por isso, administrado de forma impessoal. Grandes massas de indivíduos são anonimamente tomados numa rede de regulações gerais. É preciso tratar de modo mais rápido um problema maior a qual a subjetividade da loucura pouco importa. O excesso de subjetividade do louco nunca foi explorado em si pela literatura psiquiátrica do século XIX. A loucura é encarada como uma rede de sintomas monótonos que se repetem igualmente para serem abolidas de forma coletiva pela racionalidade do espaço asilar. Portanto, não é uma surpresa que poucos alienistas exploraram a subjetividade do louco.

Ora, é exatamente por isso que Leuret representa uma vertente extrema do paternalismo psiquiátrico. Em sua prática clínica, ele desenvolvia terapias diretivas,

direcionadas para cada indivíduo, coisa muito rara no quadro do Tratamento Moral. Tomemos como exemplo o caso do paciente mais célebre de Leuret, o sr. Dupré. Este paciente, um delirante crônico foi tratado pelo alienista por mais de 25 anos. Após ser tratado por diversos psiquiatras sem sucesso, ele finalmente foi entregue aos cuidados do alienista.

No seu primeiro encontro, ele descreveu: “Ele me pergunta então, que no caso de se tratar do seu tratamento ele se resignará a tudo que eu quiser: caso contrário eu não devo atormentá-lo, mas deixá-lo tranqüilo.”⁸⁴ Leuret descreveu que seria preciso o paciente acreditar que as humilhações que ele submetia eram absolutamente reais. Frequentemente ele dizia a Dupré que não era o caso de tratamento, mas de humilhá-lo, chamando-o de “mentiroso”, “orgulhoso”, “impertinente”, “mal-educado”. Ele queria que o sr. Dupré acreditasse que ele era um sujeito mau, e isso sempre era dito ao paciente pelo médico para culpá-lo. O médico sempre fazia uma encenação teatral, buscando provocar o paciente, lembrando-lhe que ele não era doente, mas era um sujeito mau e vaidoso, que ele não pretendia curá-lo mas corrigir seu comportamento. Em outro trecho, o alienista relata:

Eu respondo que não é absolutamente questão de tratamento, que ele não é doente, e que se eu me meto com ele é porque ele tem a impertinência de fazer a todos nós contínuas injúrias, pretendendo que somos mulheres, e ousando sustentar que é Napoleão.⁸⁵

Leuret, como se percebe, não poupa esforços para o tratamento. As humilhações a injúria e até mesmo a punição física era utilizada. Mas Leuret, dessa forma, está bem consciente de que para atingir resultados morais é preciso continuamente ferir a auto-estima do paciente, lembrando-o de que ele não é um doente, mas um sujeito mau. Esta cena terapêutica narrada por Leuret constitui um momento tático do Tratamento Moral, em que ele ensina a realidade ao paciente, ensinando-o de que ele não deve fazer injúrias ou “ousar sustentar que é Napoleão”. O discurso normalizador da psiquiatria é um discurso coercitivo,

⁸⁴ LEURET, *Du Traitement Moral de la Folie*, p. 429, citado por BIRMAN, p. 440. as referências a seguir vêm do mesmo texto.

⁸⁵ Ibid, p. 441.

para introjetar o senso de realidade, quanto maior for a resistência do alienado, mais coercitivo será o procedimento. Nesse caso, a violência pode passar rapidamente da humilhação moral para o castigo físico, camisas-de-força, meios de contenção e até mesmo a punição física como o ferro quente ou a ducha fria. A *mise-em-scène* da prática terapêutica tinha que ser real, o louco deveria sentir que o médico tinha um aparato de violência que poderia ser requisitado a qualquer momento. Mas, é em nome do bem do próprio louco que esse aparato de violência era requisitado. As ações dos médicos freqüentemente ganhavam uma conotação teatral.

Eu mandei conduzi-lo para uma sala de banho, e por teimosia sua por nos olhar como mulher, eu mandei lhe lançar um jato d'água sobre o rosto e sobre o corpo, e quando ele parecia disposto a tudo suportar por seu tratamento, eu tinha grande cuidado de lhe dizer que não era o caso de tratar, mas de vexá-lo e de puni-lo. Em seguida, eu lhe ordeno que se coloque no banho. Eu excito sua vanidade. Ele se diz Andrieux, Picard. Etc, e não sabe ler simplesmente. Seu amor próprio é ferido, ele pretende saber ler. Um livro lhe é dado, que ele lê efetivamente muito bem; mas eu não me convenço: eu aproveito a ocasião para zombar dele, desafiando-o a ler versos, e ele os lê; de recitar, ele recita-os; de falar latim, ele fala esta língua melhor que eu; de falar italiano: ele o faz com facilidade, de narrar uma história que ele tenha lido outrora, ele narra uma das histórias contidas na obra de Gulliver..⁸⁶

Portanto, não há nenhuma contradição entre compaixão e ciência, entre benevolência e autoridade, entre humanismo filantrópico e paternalismo psiquiátrico. Essas páginas de Leuret, suas cenas terapêuticas quase teatrais mostram que a atitude filantrópica está na base da relação terapêutica. Se Leuret é a vertente máxima do paternalismo expresso por Pinel em que o louco é um doente que deve ser tratado, no entanto, mesmo a violência terapêutica é justificada pela sua finalidade última. Leuret, nesse sentido, demonstra que todo o aparato coercitivo do Tratamento Moral não tinha outra finalidade senão o da cura:

Ser justo com os doentes, procurar inspirar-lhes confiança, não gracejar com suas idéias falsas que os atormentam, tudo isto pode ser bom em certas circunstâncias, mas não em todas. Se, para desviar a atenção de um monomaníaco preso a idéias que o preocupam incessantemente, os meios da doçura e da

⁸⁶ Ibid, p. 444.

paciência são inúteis, é preciso continuar a empregá-los antes de recorrer a ironia , e mesmo às injustiça e as querelas? ⁸⁷

E continua:

Minha finalidade não é curá-lo por um meio determinado, mas por todos os meios possíveis, e se para comovê-lo é preciso parecer duro e mesmo injusto face a ele, por que eu recusaria diante ddo emprego de um tal meio? Temeraria lhe fazer sentir dor? Singular piedade! Segure, pois, os braços de um cirurgião prestes a empreender uma operação indispensável para salvar a vida de seu doente, pois esta operação não fará sem dor. Um homem tem uma pedra: enche-o de água com malvaíscos, cerca-o de cataplasma, no lugar de lhe retirar, por uma operação dolorosa, a causa de todos os seus males.⁸⁸

Leuret expressa assim que nem mesmo a dor física ou a ironia devem ser dispensadas caso a doçura seja ineficiente. Quando ele diz que não busca um meio determinado, *mas todos os meios possíveis para a cura*, ele demonstra que a violência que se exerce participa de uma boa consciência da razão: ele se desenrola para o bem do paciente. Portanto, o paternalismo psiquiátrico foi a cartada de benevolência no qual a psiquiatria pôde resolver a ambivalência entre a dupla esfera da figura do louco, ou seja, entre perigoso e infeliz, o paternalismo psiquiátrico irá dar sua cartada de benevolência. Se a compaixão na base da atitude alienista, ela é, assim como na filantropia, uma reinterpretação da piedade, ou seja, ela instaura, nas lacunas da lei, uma relação de subordinação.

Donde o objetivo dessa primeira parte do estudo em descrever as relações entre a psiquiatria ainda nascente e diversas outras tecnologias que compunham a paisagem da assistência. Neste capítulo, buscamos sumariamente apresentar a paisagem da assistência no século XVIII, a maneira como as novas questões relativas ao pauperismo e aos problemas sociais desarticulam o antigo governo através das famílias. Se pudéssemos definir bem o que todas essas tecnologias do corpo social buscavam, diríamos que seria aquilo que De Gerando definiu como objetivo moral. Esse texto é central na compreensão da questão da assistência.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Ibid.

Le visiteur du pauvre fornece uma chave de interpretação das múltiplas qualificações aplicadas as diversas categorias de excluídos. O objetivo daqueles homens era atingir uma lei moral que garantisse não a recuperação da força-de-trabalho simplesmente, mas garantir uma norma que fizesse com que cada homem pudesse se sujeitar às disciplinas.

Nesse panorama político, a medicina mental não instaura nenhuma novidade. Ela não modifica decisivamente nenhuma prática efetiva em relação ao trato dos loucos. Ela apenas soube empregar um procedimento coerente com suas ambições políticas, conseguindo assim um mandato sobre o gerenciamento de uma questão difícil que é a loucura e, dessa forma, garantindo sua autoridade científica. Mas, a questão da cientificidade da psiquiatria é um falso problema, já que, tomado no campo da medicina, ela não instaura, na ordem do saber, nenhuma inovação. Muito pelo contrário, em relação ao que se considerava científico na época, ou seja, a anatomo-clínica, o saber alienista estava defasado e apoiava-se em prerrogativas científicas já envelhecidas no final do século XVIII. A novidade da constituição de uma ciência do louco, na verdade era o emprego de um método já arcaico em medicina. Mas, no contexto da paisagem da assistência, a medicina pôde impor seu projeto, porque parecia bastante caracterizada do ponto de vista científico. É pelo seu prestígio emprestado da medicina que a psiquiatria buscava garantir sua autoridade científica. Mas, do ponto de vista epistemológico, seu perfil era muito pouco definido. Ela pôde aparecer como vanguarda entre as tecnologias de controle social, porque propôs uma tecnologia de intervenção cientificamente reconhecida e tecnologicamente eficaz. Porém, ela corre o risco de pagar caro no momento em que a caução científica emprestada pela medicina já não for suficiente, no momento em que os critérios científicos se deslocarem, como veremos no capítulo a seguir.

O próximo capítulo, portanto, busca compreender como a medicina buscava consolidar sua autoridade científica através da construção de um conceito de alienação mental em conformidade com a medicina clínica da época, o que justifica plenamente o

percurso percorrido até aqui. Se tomássemos apenas a evolução dos conceitos psiquiátricos, não poderíamos perceber claramente essa dimensão propriamente política da medicina.

Portanto, optamos por não utilizar a evolução de conceitos patológicos como organizador desse percurso. Ao invés de partir de Hipócrates, passando pela Antigüidade, pela Idade Média até chegar à Pinel Esquirol e seus discípulos, buscamos compreender como o Alienismo surgiu dentro dessa paisagem da assistência. Dois dos grandes trabalhos de História da Psiquiatria têm como critério organizativo a evolução dos conceitos psiquiátricos. Franz Alexander e Sheldon Selesnik que escreveram *História da Psiquiatria* e Gregory Zilboorg que escreveu *História da Psicologia Médica*, adotaram o mesmo padrão de análise.⁸⁹ A História da Psiquiatria teria nascido com Hipócrates, o primeiro a descrever uma doença mental⁹⁰ e depois de um período de Trevas, teria chegado ao conhecimento objetivo por Pinel e Esquirol. Assim, ao acompanharmos as afirmações de Zilboorg e Alexander, temos a impressão de que o conhecimento psiquiátrico teria atingido seu apice com Pinel e Esquirol, e todo o resto seriam apenas correções, retoques, revisões de ordem técnica. Os trabalhos de *História da Psiquiatria* não podem, portanto, oferecer nenhuma referência para a análise que propomos no presente estudo, pois estão restritos à uma interpretação linear da evolução de conceitos psiquiátricos.

O procedimento adotado no presente estudo coloca em evidência mais a dimensão política da psiquiatria, buscando elucidar as dimensões estratégicas de consolidação do saber psiquiátrico. O que buscamos demonstrar é que, muito antes da psiquiatria despontar como uma teoria sobre a loucura, ela buscava resolver um problema prático, que é *O que fazer com os loucos* ? Daí resulta que não há nenhuma contradição entre o seu desprestígio em relação a medicina científica e o seu papel de vanguarda em relação as tecnologias sociais. Os

⁸⁹Cf. A estruturação destes dois trabalhos exemplificam bem a maneira como a História da Psiquiatria é pensada e ensinada. Cf. ALEXANDER, Franz ; SELESNIK, Sheldon. *História da Psiquiatria*. São Paulo : Ibrasa, 1964 ; ZILBOORG, Gregory. *História de la Psicologia Médica*. Buenos Aires : Psique, 1963.

⁹⁰ Essa afirmação é problemática sob dois aspectos : primeiro porque, como demonstrou E. Dodds, a loucura não era, no mundo grego absolutamente colocada sob a esfera da doença, segundo porque a própria noção de *mental* era desconhecida pelos gregos. Cf. DODDS, Eugene. *Os Gregos e o Irracional*. Lisboa : Gradiva, 1988.

alienistas souberam o que fazer com os loucos e desenvolveram a partir daí, uma ciência da alienação mental.

CAPÍTULO 2

A CAPTURA PSIQUIÁTRICA: DA PAISAGEM DA ASSISTÊNCIA AO MUNDO PATOLÓGICO

Gosto mais de ser, e mesmo de ser um impertinente
raciocinador, do que não ser.⁹¹

Diderot, *O Sobrinho de Rameau*, 1762.

Portanto, minha alma deve necessariamente fazer um mau
uso de seus sentidos, e minha alma deve ser, ela mesma,
um sentido viciado. Resumindo, ou minha alma está
louca, ela também, ou não tenho alma.

Voltaire, *Dictionnaire philosophique*,
verbetes “Loucura”.

A loucura não era absolutamente uma novidade no cenário da assistência que descrevemos no capítulo anterior. Porém um gesto, provavelmente lendário, simbolizou, se não o nascimento da psiquiatria como querem os psiquiatras, pelo menos uma nova sensibilidade em relação à loucura. A cena é bem conhecida : em 1793 Philippe Pinel retirou as correntes dos alienados de Bicêtre ; em 1795 ele repetiu esse gesto entre as alienadas da Salpêtrière.⁹² Durante quase dois séculos, esse gesto simbólico foi considerado o ato que marcou o nascimento da psiquiatria.⁹³ O que essa cena nos fornece é a mudança de uma

⁹¹ J'aime mieux être, et même être impertinant raisonneur, que de n'être pas. DIDEROT, Dennis. *Le Neveu de Rameau*. Paris : Gallimard, 1966.

⁹² Pinel trabalhou na clínica de Belhomme, onde teve seus primeiros contatos com pacientes loucos. Em 1793 foi nomeado para a função de diretor do hospício de Bicêtre, por decreto da Convenção, sob a indicação de Cabanis e Thouret. Muitos autores enfatizam que Philippe Pinel não foi o único a ter o mérito no desacorrentamento dos alienados de Bicêtre. Jean Garabé, por exemplo, menciona o fato de que esse gesto foi aconselhado pelo enfermeiro Pussin e que este já havia alertado à administração do Hotel-Dieu a necessidade de libertá-los. Cf. GARABÉ, Jean. *Philippe Pinel*. Paris: Coll Les Empêcheurs de penser en rond, 1994, p. 87.

⁹³ O trabalho de Gladis Swain dedicou uma boa parcela à tentativa de analisar como o mito do gesto pineliano havia sido reforçado e perpetuado pelos seus discípulos como o ato fundador da Psiquiatria: seus mitos, sua hagiografia, enfiam, a construção simbólica do desacorrentamento dos alienados de Bicêtre em 1793 como uma

sensibilidade. A loucura é libertada da indiferenciação em que era colocada sob o Antigo Regime para ganhar um espaço específico e um saber especial. Aos poucos, a loucura passava a ser objeto de percepção médica e as práticas em relação aos insanos começaram a se diferenciar daquelas que se dirigiam a outros indesejáveis.

A imagens de um quadro de Robert-Fleury Fig 2 são conhecidas em todas as Histórias da Psiquiatria. Gestos familiares, que representam o momento em que a Loucura, desacorrentada dos grilhões, era finalmente reconhecida e tratada segundo uma verdade que não teria sido enxergada durante séculos.

Subitamente, as imagens nos trazem outro cenário, outra paisagem. Nada é mais estranho a essa nova paisagem do que o mundo dos cárceres sombrios das gravuras de Piranesi.⁹⁴ O quadro *O Manicômio*, de Francesco Goya é o oposto do mundo de Piranesi : ele retrata esse mundo patológico em que os loucos foram separados dos demais desviantes. Porém, esse novo espaço do patológico que a loucura passou a habitar trouxe um verdadeiro embaraço para esses homens que diziam liberta-la: sem poder colocar um fim ao enclausuramento, não mais se sabia em que espaço social situar a loucura : prisão, depósito de mendigos, assistência familiar. A novidade do asilo inventado pelos alienistas foi definir o espaço da loucura. Inventar um lugar onde ela pudesse se manifestar.

Este capítulo visa demonstrar essa passagem da paisagem da assistência em que uma política da assistência englobava indistintamente diversas categorias de desviantes, entre os quais os loucos. No final do século XVIII, a loucura começa a ser objeto de percepção médica e a instituição que constitui o seu espaço é o que doravante define seu *status* de alienado. A loucura é separada dos demais desviantes e recebe um rótulo de doença mental. A categoria de alienação mental permitiu com que a loucura se destacasse em sua especificidade, em que antes ela estava diluída pela

construção da hagiografia médica. Cf. SWAIN, Gladis. *Le Sujet de la Folie: naissance de la Psychiatrie*. Toulouse: Calmann-Lévy, 1997.

⁹⁴ Giambattista Piranesi (1720-1778): pintor e escultor do século XVIII, especializado em imagens das ruínas da Antiguidade e de cárceres sombrios.

cumplicidade universal das diversas desgraças da Humanidade : categoria especial requer também um saber especial, um espaço social. Tornando-se uma doença, o insano é isolado em seu próprio espaço, o hospício.

Dessa forma, o louco continua seqüestrado. O ato de libertação de Pinel, portanto, tem uma dupla esfera : simboliza o desacorrentamento dos loucos e, no mesmo gesto, o aprisionamento por um saber objetivante. O louco permanece preso, mas por motivos diferentes. O motivo de sua internação não é a transgressão de regras, mas a sua doença. O ato fundador de Pinel, portanto, não foi retirar as correntes dos alienados, mas dar a loucura um *corpus* teórico capaz de defini-la como doença e de inventar uma tecnologia hospitalar específica para curar essa doença.

Este capítulo trata desse processo em que a loucura foi transformada em doença mental. Gesto, portanto, que chamamos de *captura psiquiátrica*. Esse gesto modifica o foco de percepção da loucura : a loucura deserta essa paisagem indiferenciada da pobreza e da desgraça, para entrar no cenário do patológico. Enfim, esse capítulo visa demonstrar que, apenas quando a psiquiatria pôde construir a categoria de doença mental ela inventou um espaço de reclusão diferenciado para a loucura.

O motivo de nos referirmos a esse gesto de Pinel não é reforçar uma espécie de hagiografia psiquiátrica, mas elucidar, através de práticas as quais ele foi o primeiro a instaurar, os princípios de uma tecnologia alienista. Um programa assistencial um tanto vago se encarnou numa tecnologia hospitalar. Porém, se uma referência médica já envelhecida encontrou sua expressão numa tecnologia hospitalar, pelo menos em um ponto, a política filantrópica do final do século XVIII encontrou sua realização : o alienismo solucionou, pelo menos em aparência, a questão social dos loucos. Iniciativas como de Willis, Haslam e Cullen na Inglaterra, de Danquin na Sabóia e Chiarrugi na Itália foram praticamente contemporâneas ao gesto de Pinel e em diversos aspectos chegaram até a precedê-lo. Porém, Pinel foi capaz de formular uma síntese alienista. Antes dele, diversas linhas de progressão se

desenvolviam independentemente. Havia um refinamento dos estudos classificatórios desde o século XVII com Linné, Boissier de Sauvages e Sydenham. A outra, era as das diversas instituições que se encarregavam de cuidar dos loucos como os estabelecimentos administrados pelos Irmãos Cordeliers ou a Ordem de São João de Deus. Porém, Pinel foi o primeiro a articular uma observação metódica das doenças mentais a uma experiência hospitalar específica. Uma distribuição organizada dos insanos num espaço hospitalar controlado pelos médicos, que Pinel deu o nome de *Tratamento Moral*.

A grande tarefa dos discípulos de Pinel seria a de transformar a loucura em uma doença levando em consideração os modelos médicos vigentes, ou seja, a anatomo-clínica. Esta questão era tão difícil que ocupou grande parte da literatura psiquiátrica do início do século XIX. A partir das práticas incipientes de Pinel, os herdeiros dessa tecnologia alienista tinham como legado a extensão e a consolidação dos procedimentos do Tratamento Moral e, portanto, tinham que defender o posicionamento da loucura como enfermidade. Vejamos, portanto, as discussões que animaram os alienistas no início do século XIX.

2.1 CLIVAGEM TEÓRICA

A principal questão, entre muitas outras, com que os alienistas do final do século XVIII e início do século XIX se deparavam era esta: a alienação mental era *uma doença*? O que suscita uma questão complementar: de que tipo de doença se trata? Doença do corpo ou das paixões?⁹⁵ Tinha sua origem na desordem dos órgãos ou dos afetos? Enfermidade física ou afecção da alma? Embora tais questões não fossem novas ganharam, com o surgimento da psiquiatria como disciplina científica no final do século XVIII, um novo alcance. Não se

⁹⁵ Cf. BIRMAN, Joel. A grande discórdia: A Psiquiatria entre o físico e o moral. In: *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978, pPp. 41-71, de onde se retiram as informações e grande parte das citações a seguir.

tratava apenas de uma decisão dogmática que fixaria instantaneamente a orientação geral da nova disciplina. O problema contido no cerne dessa indagação – doença do corpo ou das paixões – iria legitimar o modo como a psiquiatria iria intervir doravante sobre a loucura. Tratava-se, portanto, de uma decisão teórica mas também de ordem prática que iria orientar a terapêutica da nascente disciplina. O principal desafio da psiquiatria no início do século XIX era como se legitimar enquanto ciência e, mais especificamente, como um ramo autônomo da medicina. Como fundamentar cientificamente uma prática de exclusão e moralização, como fazer uma pedagogia do desvio derivar de uma racionalidade médica?

Para tentar responder a essa questão que dominou a reflexão teórica dos alienistas do final do século XVIII e início do XIX, duas escolas se degladiavam no campo psiquiátrico: a escola *somaticista* e a escola *psicológica*.⁹⁶ Para a escola somaticista a origem da alienação mental estava enraizada no corpo, para a escola psicológica, nas paixões. No primeiro caso a terapêutica teria como base o físico do alienado, no segundo caso, a sua mente (o moral). Uma concepção sintetizante, uma terceira perspectiva teórica foi formulada por J. P. Falret e tentava detectar uma origem orgânica e afetiva simultaneamente, buscando sintetizar as duas correntes e formular uma terapêutica que atingisse simultaneamente o físico e o moral do alienado (esta terceira perspectiva sintetizante ficou conhecida como escola *interacionista*⁹⁷). Assim, se alguns buscavam sustentar a loucura como enfermidade física, buscando utilizar o mesmo cuidado com a loucura aplicados em diversas outras doenças (sangrias, purgações, vesicatórios), outros ridicularizavam essa interpretação, considerando a loucura uma afecção da alma, não considerando eficazes a utilização de outros meios senão os morais, aqueles que no estado normal se pode aplicar contra um erro ou uma paixão, achando um absurdo prescrever purgativos e vesicatórios para expulsar um erro da paixão.

⁹⁶ BIRMAN, Op. cit., p. 45.

⁹⁷ Ibid, p. 46.

Na primeira metade do século XIX percebe-se claramente, através de questões como estas, que a psiquiatria almejava encontrar um fundamento científico para suas práticas em conformidade com o discurso médico vigente. Para que a psiquiatria fosse reconhecida como ciência, ela tinha que transformar a loucura em enfermidade segundo o discurso médico do final do século XVIII. Porém, como veremos, as “descobertas” dos alienistas repousavam de fato numa referência médica já envelhecida. Vejamos o porquê.

2.2 UMA MEDICINA ESPECIAL

Philippe Pinel foi o primeiro grande teórico e o primeiro grande clínico da loucura. Pinel representou um ponto crucial, a disjunção criadora da primeira especialidade médica.⁹⁸ Trata-se de um “clínico geral” (se é que se pode falar em *clínica geral* no século XVIII antes do surgimento das *especialidades* a qual a psiquiatria é exatamente a primeira) que oferece a suma dos conhecimentos médicos do século XVIII. Apesar de grande parte de sua fama se dever ao fato de ter operado uma reforma administrativa em Bicêtre e Salpêtrière, ele continua a ser um notório médico enciclopedista, ele é o último de uma linha de médicos como Sydenham, Weickard, Linné e Boissier de Sauvages que se empenharam em empregar a medicina o método classificatório das ciências naturais.⁹⁹ O seu primeiro trabalho importante *Nosographie Philosophique* é o último dos grandes sistemas classificatórios do século XVIII fundados na coleta metódica e regular dos *signais exteriores* das doenças:

Uma distribuição metódica e regular supõe, no seu objeto, uma ordem permanente e sujeita a certas leis gerais. Ora, as doenças que eram erroneamente consideradas digressões ou desvios da natureza, não possuem esse caráter de estabilidade, já que suas histórias, recolhidas pelos antigos e pelos modernos, são tão conformes, quando não se perturba a ordem da natureza? Uma observação atenta e constantemente repetida não conduziria a focalizá-las como mudanças passageiras mais ou menos duráveis, nas funções da vida, e *manifestadas através de sinais exteriores* com uma constante

⁹⁸ Cf. POSTEL, Jacques. *Gênese de la Psychiatrie : les premiers écrits de Philippe Pinel*. Paris: Colletion Les Empeches de Penser en rond, 1981.

⁹⁹ Cf. STAROBINSKI, Jean. *História da Medicina*. Lassaune: s.e, 1967, p. 64.

uniformidade nos traços principais e inúmeras variedades nos traços acessórios? Esses sinais exteriores formam, nas suas diversidades de combinações, quadros isolados, mais ou menos distintos e fortemente pronunciados segundo se tenha uma visão mais ou menos experiente ou se faça observações mais profundas ou superficiais.¹⁰⁰

A grande inovação de Pinel, a constituição de uma ciência da alienação mental é na verdade um simples decalque do método classificatório já empregado pela medicina no século XVIII. Ele é herdeiro, portanto, desse método das ciências naturais.

Portanto, porque não transportar para essa parte da medicina, como para suas outras partes, o método em uso em todos os ramos da história natural? Os traços distintivos da alienação mental, com exceção de variações acessórias, não seriam os mesmos em todas as observações exatas recolhidas em diferentes épocas? E não se deveria concluir que todos os outros fatos que se poderá recolher virão situar-se naturalmente nas divisões que forem adotadas? Aliás, é o que confirmam, todo dia, os alienados de um e de outro sexo admitidos nos hospícios.¹⁰¹

Trata-se efetivamente, da aplicação do princípio metodológico geral empregado pelas ciências naturais e transportado pura e simplesmente em alienação mental no qual Pinel resume sua obra e que o situa como o último da linhagem de uma medicina das espécies: “Dada uma doença, [é preciso] determinar seu verdadeiro caráter e a ordem que deve ocupar

¹⁰⁰ Une distribution méthodique et régulière suppose, dans son objet, un ordre permanent, et passible de certaines lois générales. Alors, si les maladies qu'étaient avant erronément considérées des digressions ou des détours de la nature, ne possèdent pas cette caractéristique de stabilité, vu que ses histoires, pris par les anciens et par les modernes, sont tellement en conformité, quand on ne perturbe pas l'ordre de la nature? Une observation attentive et constamment répétée, ne conduirait pas à les trouver comme des changements passagers plus ou moins durables, dans les fonctions de la vie et manifestes par des signes extérieurs avec une constante uniformité dans les traits principaux et plusieurs variation dans les traits secondaires? Ses signes extérieures sont, dans sa diversité de combinaisons, des cadres isolés, plus ou moins distincts et fortement prononcés, si on a une vision plus ou moins experiente ou si on fait des observations plus profondes ou plus superficielles. PINEL, Philippe. *Nosographie Methodique*, 1800, p. VI-VII. disponível em <http://www.gallica.bnf.fr> consultado em 12/05/2005. As citações a seguir foram retiradas da mesma fonte.

¹⁰¹ Donc, pourquoi pas transporter à cette partie de la médecine, et aussi aux autres parties, la méthode utilisée en toute l'histoire naturelle? Les traits distinctifs d'aliénation mentale, avec l'exception des variations accessoires, ne seraient pas les mêmes en toutes les observations exactes recueillies en des différentes époques? Et on ne devrait pas conclure que tous les autres faits qu'on pourra recueillir vont se situer naturellement dans les division qui seront adoptées? D'ailleurs, c'est ce que confirment, tous les jours, les aliénés d'un et d'autre sexe, admis dans les hospices. PINEL, Ph. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, p. 136.

num quadro nosológico”¹⁰². A *inovação* de Pinel repousa, de fato, numa *referência médica já envelhecida*. A atitude científica consiste em simplesmente observar o curso natural dos distúrbios mórbidos, assegurando-se de que ele não foi perturbado por nenhuma interferência estranha, que ele não sofreu nenhuma deformação. Como no caso das febres e das afecções corporais, veremos também as doenças do espírito ordenarem-se para Pinel em configurações estáveis a partir da simples descrição dos seus sintomas. A novidade que Pinel orgulha-se de ter introduzido, em relação aos seus predecessores, como Chrichton, Willis e Boissier de Sauvages, em matéria de alienação mental, resume-se em observar minuciosamente os sinais da doença na ordem de aparição, no seu desenvolvimento e no seu término.

É por essa razão que Pinel define seu método como “filosófico”. *Filosófico* aqui toma sentido na tradição de Locke e Condillac e se define enquanto característica de uma observação rigorosa dos fenômenos exteriores das doenças. Pinel se inscreve na tradição filosófica inglesa retomada na França por Condillac e introduzida na medicina por Cabanis e pelos Ideólogos.¹⁰³ *Filosófico* então se opõe a *metafísico*.¹⁰⁴ Enquanto o primeiro método se impõe pela observação rigorosa dos *sinais exteriores*, o segundo se dirige a especulações arrojadas e obscuras sobre as *causas* dos fenômenos.

¹⁰² PINEL, *Nosographie Methodique*, p. X.

¹⁰³ A *Ideologia* era conhecida também como “*Ciência das Idéias*”. Portanto, era uma corrente filosófica e a palavra *Ideologia* têm, nesse meio parisiense do século XVIII, uma conotação diferente daquela que empregamos atualmente. A *Ideologia* seria a ciência que estuda a origem das idéias. Entre os Ideólogos estavam Cabanis, Volney, Garat, Daunou e mesmo Pinel. O principal formulador dessa corrente era Destutt de Tracy. Os Ideólogos pretendiam estudar a ciência das idéias a partir da contribuição de Locke e Condillac. Na Medicina, Pinel e Cabanis foram os introdutores do método filosófico nos meios médicos. A *Ideologia* também seria uma corrente filosófica hegemônica nos meios médicos universitários na França, principalmente na École de Santé, onde lecionavam Thouret e Pinel. Infelizmente não há literatura disponível em português sobre o assunto. Cf. AZOUVI, François. *L’Institution de la Raison : la révolution culturelle des Idéologues*. Paris : Vrin, 1992.

¹⁰⁴ *Metafísico*, no vocabulário destes médicos era sinônimo de *obscuro*. Ao invés de observações rigorosas dos sinais exteriores da doença, a metafísica se empenhava em discussões vagas e nebulosas sobre a *origem*. É nesse sentido que Pinel contrapunha, na linha de Locke e Condillac, o seu *método filosófico* de observação as *discussões metafísicas* sobre a origem das doenças.

A consequência prática dessa orientação na medicina mental é de dirigir a atenção para os *sintomas* (isto é, os sinais exteriores) em detrimento da busca da *sede* no organismo. Ela consiste em agrupar, segundo sua ordem natural (início, desenvolvimento, término) os sintomas e manifestações aparentes da doença. Percepção puramente fenomenológica da alienação mental. Paradoxo, pois no mesmo momento em que através da “abertura dos cadáveres” um novo modelo de cientificidade começa a se impor¹⁰⁵, Pinel e seus discípulos continuam ainda arraigados na constituição de uma medicina das espécies fundada na observação dos *sintomas* da doença. A exploração do embasamento orgânico na busca da origem da doença, que no final do século XVIII começa a se constituir como uma atitude “científica” ainda é assimilada por Pinel como um obscurantismo metafísico:

Seria fazer uma má escolha, tomar a alienação mental como um objeto particular de pesquisas, consagrando-se a discussões vagas sobre a sede do entendimento e sobre a natureza das lesões diversas; já que nada mais é obscuro e impenetrável. Mas, para nos mantermos dentro dos sábios limites, *se permanecermos no estudo de seus caracteres distintivos manifestados através de sinais exteriores* adotemos, como princípio do tratamento, somente os resultados de uma clara experiência e, então, penetraremos no momento seguido, em geral, em todas as partes da história natural; e, procedendo com reserva nos casos duvidosos não teremos mais receio de desviar-nos.¹⁰⁶

Pinel, portanto, considera a discussão sobre a busca da *sede* orgânica da doença ou da natureza das lesões um assunto “obscuro e impenetrável” permanecendo nos “sábios limites” de uma descrição dos sinais exteriores da doença. Sobre esse ponto decisivo de Pinel, no essencial, foi seguido pelo grupo da Salpêtrière.

Assim, como buscamos demonstrar, no momento em que se constitui o primeiro corpus teórico da medicina mental formulado a partir do *Traité Médico-Philosophique*, a inovação constitui exatamente na referência a um método já arcaico em medicina. Assim, o alienismo nascente situou-se na contracorrente do desenvolvimento do saber médico contemporâneo. Com efeito, nada há em comum entre essa espécie de fenomenologia

¹⁰⁵ Cf. FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

¹⁰⁶ PINEL, Philippe. *Traité Médico-Philosophique*, op. cit, Introdução a 1 edição, p. IX.

descritiva empregada pelos primeiros alienistas com a observação clínica, com o “nascimento da clínica” analisado por Michel Foucault e que se desenvolve exatamente nesse mesmo momento e no mesmo meio parisiense. A observação “clínica”¹⁰⁷ que começa a se impor nos meios científicos nesse momento ultrapassa a observação dos “sinais exteriores” procurando nos tecidos dos órgãos o princípio da inteligibilidade subjacente da doença.¹⁰⁸ Porém, os primeiros resultados da tentativa de busca de uma sede da loucura são desanimadores. As autópsias realizadas por Willis, Manget, Bonet, Morgagni, Gunz, Vicq-d’azyr, Camper e Gall apresentavam resultados seguidamente negativos e contraditórios.¹⁰⁹ O maior alienista da época, Philippe Pinel considerava um mal caminho as discussões vagas sobre a sede da loucura. Esquirol também observou no início do século XIX que a abertura de cadáveres não trouxera nenhum resultado positivo: “Muitas aberturas de corpos de alienados não apresentaram nenhuma alteração, embora a loucura tivesse persistido por um grande número de anos.”¹¹⁰

O descompasso entre a primeira escola alienista e a medicina “científica” era demasiado para passar despercebido pelos contemporâneos. Nas primeiras décadas do século XIX, os alienistas começam a se empenhar na pesquisa do substrato anatômico da doença. As descobertas de Bayle sobre a Paralisia Geral, ou de Rostan, o primeiro teórico do organicismo ou de Scipion Pinel com a detecção da degeneração como causa das lesões cerebrais se insere nessa tentativa de dar a loucura um substrato anatômico.

¹⁰⁷ Segundo o estudioso da medicina J.-C Sournia, a palavra *clinique* apareceu impressa em francês pela primeira vez como adjetivo em 1696 justamente tomando por referência a etimologia grega que denominava pela palavra clínica o cuidado que se fazia ao pé do leito. Cf. SOURNIA, J.-C. *Histoire du diagnostic em médecine*. Paris: Éditions de Santé, 1995.

¹⁰⁸ O dr. Desault, cirurgião do Hôpital de Charité e do Hotel-Dieu levava seus estudante de cirurgia do leito do doente ao anfiteatro de dissecação, exigindo de seus alunos relatos cotidianos. Sua lições clínicas foram publicadas por Bichat e sua didática foi imitada pelos professores de clínica médica e clínica cirúrgica criada na École de Santé de Paris pelas reformas de 14 Frimário, ano III. Cf. SOURNIA, op. cit., p. 207.

¹⁰⁹ BIRMAN, J. Op. cit., p. 56.

¹¹⁰ ESQUIROL, J. E.D. *De la Folie*, Op. cit., p. 113.

Movimento em direção a pesquisa do substrato orgânico (que Pinel associava ao obscurantismo metafísico) constitui a tentativa dos alienistas em transformar a loucura em uma enfermidade segundo os moldes do discurso médico vigente. Joel Birman o define com uma fórmula apropriada, “busca-se um corpo para a loucura”¹¹¹ ou seja, busca-se adequar a alienação mental a linguagem anatomo-clínica vigente no final do século XVIII e início do século XIX. Contudo, a orientação organicista em medicina mental só poderá se impor muitos anos mais tarde, justamente quando a corrente pineliana tiver esgotado seu crédito. No momento inicial, a nascente disciplina permanece encerrada nesse impasse entre o físico e o moral. A contradição é tão real que ocupava no início do século XIX grande parte da literatura psiquiátrica.

Como vimos a questão da etiologia da loucura dominou a discussão teórica dos primeiros alienistas. E o motivo é simples. A definição da etiologia, da caracterização da origem na loucura na lesão dos órgãos ou na afecção da alma orientaria a prática terapêutica subjacente. Se a loucura era uma doença orgânica, o seu tratamento teria como base o físico do alienado. Se fosse uma afecção da alma, o tratamento teria como base a mente do doente, o moral. Os alienistas da escola parisiense permaneceram encerrados nesse impasse durante o início do século XIX.

O caso mais típico era o de Georget.¹¹² Trata-se, sem dúvida, do espírito mais perspicaz da escola de Salpêtrière e o primeiro a tentar orientar a medicina mental em função dos novos critérios. Ele vê efetivamente o impasse que a pesquisa fenomenológica baseada nos sinais exteriores da doença conduz na exploração das lesões do cérebro. De 1820 em diante, Georget, discípulo da escola de Salpêtrière, coloca-se claramente em oposição aos seus mestres Pinel e Esquirol ao decretar a necessidade de atribuir a preponderância a busca da *sede* da loucura nas lesões cerebrais. Georget, portanto, é o primeiro a colocar os sinais exteriores, os sintomas, em posição secundária, em detrimento da busca da origem das lesões.

¹¹¹ BIRMAN, op. cit, p. 54.

¹¹² Cf. CASTEL, p. 104.

Ele faz do delírio um *sintoma* da alienação mental e não sua “natureza”. E mais, Georget subordinava o próprio tratamento da loucura a constituição de um saber sobre o organismo. Georget esboça um novo programa terapêutico que implica numa severa crítica ao tratamento moral. A parte empírica do tratamento (o dito tratamento moral) afirma Georget, não tem nenhuma relação direta com o estado presumido do cérebro. Assim, ele é o defensor de uma medicina científica que pesquisaria sob a aparência dos sintomas as causas orgânicas da loucura, ultrapassando a observação única dos sintomas com inteligibilidade última da doença.

Mas, bruscamente, há uma reviravolta no regime dos argumentos: há os tratamentos ditos “diretos ou empíricos” isto é, o tratamento moral propriamente falando e que constitui uma etapa necessária pelos seus efeitos produzidos. O tratamento moral, por si só, pode curar muitas loucuras porque os meios morais e uma pedagogia médica atuam diretamente sobre o delírio, isto é sobre o sintoma. Mas, a custa de uma perspicácia na argumentação de Georget, o tratamento “direto” ou moral só adquire inteligibilidade enquanto se pode supor que eles agem diretamente sobre as causas da loucura, isto é, sua origem.

J.-Pierre Falret também foi um caso típico. No começo de sua carreira se interessava pela abertura dos cadáveres e pelas supostas implicações que elas esboçavam em relação ao diagnóstico, prognóstico e tratamento das doenças mentais. Porém, na medida em que progrediu na carreira alienista repudia cada vez mais as idéias organicistas, formulando enfim a concepção que denominava “ecletismo terapêutico” que o consolidou como um dos expoentes da escola interecionista, e que o fazia se orgulhar de tentar empregar todo e qualquer recurso (físico ou moral, ou os dois simultaneamente) no tratamento contra as doenças mentais.¹¹³

Essas hesitações fazem parte de toda a escola alienista, com exceção, sem dúvida, de Leuret. Leuret foi primeiro a produzir uma teoria inteiramente psicogenética da loucura:

¹¹³ Sobre J.-P Falret e o “ecletismo terapêutico” Cf. CASTEL, Op. cit, p. 114.

A loucura consiste numa aberração das faculdades do entendimento; *ela não é, como as doenças comuns, caracterizada por sintomas físicos*, e as causas que produzem, às vezes notadamente pelos sentidos, pertencem freqüentemente a uma ordem de fenômenos completamente estranhos à matéria: são as idéias e paixões.¹¹⁴

A completa separação da medicina mental do tronco da medicina “geral” é a consequência a que conduz esse tipo de afirmação (a alienação mental é uma aberração das faculdades do entendimento que não é caracterizada pelos fenômenos físicos). Esse preço, os outros alienistas não quiseram pagar. Na Salpêtrière, assim como nos novos asilos construídos a partir do seu modelo, “abrem-se cadáveres”, e procura-se na formação do crânio ou nas lesões cerebrais uma deficiência orgânica ou mesmo uma má formação hereditária. Mas tudo se passa como se, após render essa homenagem ao modelo moderno de cientificidade, os alienistas se voltassem para questões mais sérias, de ordem prática, as quais as pesquisas na anatomia não tinha consequências imediatas na prática asilar.

Assim, a nova psicopatologia foi construída, no início do século XIX, com as noções de “predomínio das paixões” e “lesão da vontade”. É com essas categorias, concretas e operatórias, que a nascente disciplina buscava fundamentar uma ação normatizadora e moralizadora sobre os loucos. A hipótese geral que orientou a maior parte da literatura psiquiátrica do começo do século XIX pode ser resumida na crença de que o louco era um fracassado em sua sociabilidade. As lesões das faculdades do entendimento e o predomínio das paixões representariam conjuntamente o obstáculo maior a essa sociabilidade ideal no interior da qual a medicina mental passou a pensar a vida “normal” do indivíduo.

Duas noções surgem dentro desse discurso: a de *afetos* e a de *vontade*. Os “afetos” seriam os elementos que possibilitariam as trocas sociais (instinto sexual, amor materno, sentimento de amizade, piedade). Os *afetos*, por sua vez, deveriam ser regulados em uma intensidade ideal e isto só seria possível quando esses afetos estivessem regulados pela

¹¹⁴ LEURET, *Du Traitement Moral de la Folie*, 1840, citado por CASTEL, p. 114.

“vontade”. A *vontade*, portanto, funcionava como regulador dos afetos. Quando esta definha, os afetos viram “paixões”, ou seja, lesões das faculdades do entendimento que levam a sentimentos egoístas, violentos ou mesquinhos, levando o indivíduo a buscar apenas satisfação pessoal, rompendo os preceitos básicos de convivência e sociabilidade. A vontade teria essa função de regulação social, de autoridade moral, de regulação das intensidades dos afetos. Os afetos são o conjunto de sentimentos que regulam as relações sociais e são também “necessidades do coração”. Quando os afetos não são controlados pela vontade, tornam-se “paixões”. Em um texto de 1837, H. Bayard define desse modo as faculdades afetivas:

Denominam-se assim diversos sentimentos e inclinações que estabelecem nossas relações sociais e mortais com o que nos cercam. Os instintos dos sexos, do amor maternal, o sentimento de piedade (...)constituem nossas faculdades afetivas, formam o que se denomina necessidades do coração. Eles são prazeres quando satisfeitos, aflições quando a eles se resiste; e foram denominadas paixões porque, neste último caso, e quando são extremos, eles são para o homem uma dor, e existem independentes de sua vontade.¹¹⁵

O Dr Bayard define as “faculdades do entendimento” como “o conjunto de faculdades pelas quais nós adquirimos nossas idéias.”¹¹⁶ Inspirado em Condillac, Bayard admite 7 faculdades do entendimento: sensação, atenção, comparação, julgamento, reflexão, imaginação e raciocínio.¹¹⁷ Todas essas faculdades estariam necessariamente encadeadas e nossas idéias seriam adquiridas pela reunião dessas faculdades. Assim, as faculdades do entendimento se articulariam com as relações sociais e morais e seriam os “afetos” que possibilitariam essas trocas sociais. Mas para que essa possibilidade de ligação entre as faculdades afetivas e as relações sociais se concretizasse, seria necessário que os afetos, como “necessidades do coração”, fossem regulados em sua intensidade ideal, nem muito

¹¹⁵ BAYARD, H. Exame medico-légal de cette question: la nymphomanie peut-elle éter une cause d’interdiction ou les faits qui tendraient a l’établir sont-ils non pertinens. In: *Annales d’hygiène publique et de médecine légale*. Vol. XVII, 1837, p. 420.

¹¹⁶ Ibid, p. 421.

¹¹⁷ Id, Ibid.

fracos nem muito intensos. Essa regulação ideal seria realizada pela vontade, faculdade mais próxima do julgamento e que funcionaria como sinalizadora do que era permitido e o que era proibido em termos de trocas sociais. A vontade funcionaria como instância moral, como critério de regulação de trocas, como ordenador da sociabilidade de um indivíduo. Se a vontade ocupava um lugar preponderante na argumentação dos alienistas é por sua relação direta na organização do mundo moral, função esta que define a intensidade das trocas.

Outro médico dessa época, E. Seguin considerava a vontade como “motor de todos os atos físicos e intelectuais da espécie humana.”¹¹⁸ Para Seguin, portanto, a vontade seria definidora da própria humanidade. É a inexistência dessa função reguladora que transforma os idiotas em seres animalizados, incapazes de distinguir entre o certo e o errado, desprovidos de qualquer poder controlador. Em *Hygiène et education des idiots*, que o dr. Seguin escreveu em 1843, ele distingue dois segmentos inferiores da vontade (a “vontade instintiva” e a “vontade negativa”) e dois segmentos superiores (a “vontade intelectual” e a “vontade moral”). Segundo Seguin, os idiotas eram desprovidos dos dois segmentos superiores da vontade. Desse modo, eles possuíam uma “vontade instintiva” que os leva a beber, gritar, comer, dormir (a “vontade negativa”, ao contrário, os impele a não fazer nada) mas são desprovidos dos segmentos superiores da vontade, aquelas responsáveis pela regulação dos afetos:

Esta faculdade, que domina todas as outras, e que governa o mundo, devia faltar e falta realmente mais do que todo o resto nos idiotas; eles são absolutamente desprovidos da vontade; não da vontade instintiva que faz comer, beber, gritar, e que agita ou imobiliza o indivíduo sem outras regras senão seus apetites (aquela superabunda em quase todos) , mas da vontade intelectual e moral sobretudo, que procura produzir o efeito pela causa dupla na esfera das idéias e dos sentimentos.¹¹⁹

¹¹⁸ SEGUIN, Hygiène et education des idiots. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Vol. XXIX, 1843, p. 306.

¹¹⁹ Ibid, p. 305.

Os loucos estariam desprovidos destes segmentos superiores da vontade, daquelas que procuram produzir pelo efeito da causa dupla na esfera das idéias e dos sentimentos. Desprovidos da mais importante das funções, daquela faculdade que domina as outras e que governa o mundo, o alienado estaria lançado a um estado próximo da animalidade, por não possuir essa faculdade que exerce a função de julgamento moral. A loucura seria considerada uma ruptura desse equilíbrio, a inexistência de um julgamento moral que se manifestaria através da ruptura da sociabilidade. É relativa a intensidade dos afetos, das “paixões”, que a loucura seria compreensível dentro da sociedade. A loucura seria um fracasso moral porque constituía numa ruptura da regulação das relações sociais. Se a loucura era um fracasso moral e social, sua cura seria, inversamente, a introdução do louco na ordem social e moral. Por isso, para combater-la seria necessário uma consciência externa (exterior ao alienado e que cumprisse a função de regulação dos afetos cuja “lesão da vontade” teria prejudicado). Não dispondo mais de um critério normalizador, a vontade, a função de julgamento moral, seria realizado por uma potência externa, essa seria a vontade do médico. Não é a toa que a terapêutica dos asilos de alienados sempre tivessem implícitos uma atitude de confronto, de combate entre a vontade reta do alienista e a vontade conturbada do louco.

2.3 O NORMAL E O PATOLÓGICO

A consequência direta dessa orientação é a de que entre o alienado e o homem comum não há diferença. Construiu-se a argumentação de uma diferença *quantitativa* entre o homem sadio e o alienado, não havendo substancialmente uma “oposição” *qualitativa* entre o louco e o são. Entre o normal e o patológico não haveria *oposição qualitativa*, mas *diferença*

quantitativa. Analisemos mais de perto esse postulado desenvolvido pelos médicos do início do século XIX para extrair dessa discussão suas implicações em medicina mental seguindo de perto o estudo de Georges Canguilhem sobre *O Normal e o Patológico*.

Uma das características da medicina até o início do século XIX é exatamente o seu caráter monista. Por influência dos animistas e vitalistas, a percepção da doença sempre havia sido a de uma oposição, uma visão dualista entre saúde e doença, um maniqueísmo médico. A Saúde e a Doença disputavam o Homem assim como o Bem e o Mal disputavam o mundo. Até o início do século XIX, grosso modo, (excluindo os gregos) a medicina repousou-se sobre esse fato, tão simples quanto indiscutível: saúde e doença se opõem, assim como o bem e o mal – por princípio. Entre saúde e doença não pode haver comunicação ou continuidade: a doença não é um desvio ou acidente em relação a um estado normal, mas entidade específica, contranatureza. O patológico não é alteração da normalidade, mas a presença ou ausência de um princípio definido. O abismo que separa a saúde e a doença é qualitativo, tanto que a patologia e a fisiologia constituem domínios independentes.

Para o estudioso das ciências Georges Canguilhem, o século XIX representou um ponto decisivo na contestação dessa teoria ontológica da doença. Segundo ele, Broussais teria demonstrado, ao contrário, como os fenômenos da doença coincidem com os da saúde.¹²⁰ O princípio de Broussais se define enquanto o postulado da identidade entre os fenômenos do normal e do patológico. Os fenômenos da doença coincidem com os da saúde, do qual só difere quantitativamente. Canguilhem nota, entretanto, que o princípio de Broussais, embora derivando a patologia da fisiologia, não conseguia impor uma definição objetiva de normal, considerando-a tão somente um fato. A doença como falta ou excesso de um parâmetro tido como “normal” traía a dificuldade maior desta concepção. O normal seria “quando os órgãos

¹²⁰ Cf. CANGUILHEM, Georges. Augusto Comte e o “Princípio de Broussais”. In: *O Normal e o Patológico*. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995, p. 27 e ss.

funcionam em toda a sua regularidade” supõe, segundo Canguilhem, um ideal de perfeição que não é estranho a ontologia da doença que Broussais queria recusar.

Claude Bernard foi ainda mais longe em seu esforço em reconhecer a continuidade entre os fenômenos normais e patológicos.

A saúde e a doença não são dois modos que diferem essencialmente, como talvez tenham pensado os antigos médicos e como ainda pensam alguns. É preciso não fazer da saúde e da doença princípios distintos, entidades que disputam uma à outra o organismo vivo e que dele fazem o teatro de suas lutas. Isso são velhacarias médicas. Na realidade, entre essas duas maneiras de ser há apenas diferenças de grau: o exagero, a desproporção, a desarmonia dos fenômenos normais constituem o estado doente.¹²¹

Deixemos de lado as conclusões mais gerais de Claude Bernard. Interessa-nos perceber como essa época pensou a doença como um grau da saúde, resultando de funções permanentes no organismo. Canguilhem busca provar que essa concepção da doença encobre por outro lado a originalidade radical do estado mórbido. A doença, na concepção de Canguilhem, concerne ao organismo e ao ser consciente da totalidade viva, e portanto, constitui, para o doente, uma nova forma de vida. É nisso que constitui sua especificidade (e aí já estão presentes as próprias idéias do autor sobre a doença):

A doença, que jamais tinha existido na consciência do homem, passa a existir na ciência do médico. Ora, *achamos que não há nada na ciência que antes não tenha aparecido na consciência e que especialmente no caso que nos interessa, é o ponto de vista do doente que, no fundo é verdadeiro.* E eis o motivo: médicos e cirurgiões dispõem de informações clínicas e utilizam também, as vezes, técnicas de laboratório que lhes permitem saber que estão doentes pessoas que não se sentem doentes. É um fato. Mas um fato a ser interpretado. Ora é unicamente por serem herdeiros de uma cultura médica transmitida por clínicos do passado que os médicos de hoje em dia podem se adiantar ou ultrapassar em perspicácia clínica seus clientes habituais ou ocasionais. Pensando bem, sempre houve momento em que a atenção dos médicos foi atraída para certos sintomas, mesmo que unicamente objetivos, por homens que se queixam de sofrer ou de serem normais, isto é, idênticos a seu passado. E, se hoje em dia, o conhecimento médico tem a respeito da doença pode impedir que o doente passe pela experiência da doença é porque outrora essa mesma experiência chamou a atenção do médico, suscitando o conhecimento que hoje tem. Sempre se admitiu, e atualmente é uma realidade

¹²¹ CANGUILHEM, G. “Claude Bernard e a medicina experimental. In: Op. cit, p.43

incontestável, que a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças.¹²²

Ora, é nesse sentido que Canguilhem contesta as conclusões que Leriche extrai de seu belo princípio (com o qual ele mesmo está de acordo)– de que a “saúde é a vida no silêncio dos órgãos”.¹²³ Desse princípio Leriche infere que a saúde é, para o indivíduo, a inconsciência ou a ignorância do estado de seu próprio corpo. Segundo Canguilhem, nessa concepção de Leriche prima a fisiologia e não a existência alterada do doente. Canguilhem, ao contrário, expõe sua própria concepção segundo a qual o mais importante é o ponto de vista do doente. Canguilhem vai buscar na psicopatologia de seu tempo (digamos, do pós-guerra) os elementos para enriquecer sua teoria. Ele evoca nomes como o de Goldstein e de Minkowski para sustentar a idéia, presente neles, de que a idéia de saúde perfeita é um conceito normativo e de que a norma é sempre individual e não social, estática ou científica.¹²⁴ A preocupação do doente é sair do abismo da impotência ou do sofrimento, cujo limiar é sempre uma avaliação que parte do próprio doente. A conclusão que ele extrai não é que o normal é relativo, uma noção vaga e imprecisa. Normal, dirá Canguilhem, é o que institui normas. Para ele, mais do que o homem é a vida que institui normas, que são ao mesmo tempo condições de preservação e luta contra os perigos que o ameaçam. Há portanto uma normatividade biológica: a vida dita normas que lhe permitem manter-se e crescer, e dita novas normas (mórbidas, por exemplo) quando se vê ameaçada. O normal, conclui, não é um fato, mas um valor. Mas esse valor não é estático ou social, é ditado pela vida em interesse pela sua preservação. “Viver é, mesmo para uma ameba, *preferir e excluir*”.

Que conclusão se extrai de toda essa discussão que se iniciou no começo do século XIX, com a contestação da ontologia da doença e que somos obrigados, no limites desse

¹²² CANGUILHEM, op. cit., p. 68-69.

¹²³ Cf. “O princípio de Leriche”. In: CANGUILHEM, op. cit., p. 67 e ss.

¹²⁴ Questão complementar sem dúvida a que Jean Clavreul analisa em relação ao discurso médico-psicanalítico em CLAVREUL, Jean. *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

trabalho a omitir seus desdobramentos mais amplos? É interessante observar como os alienistas do início do século XIX retificaram uma atualização entre a identidade dos fenômenos normais e patológicos em seu próprio proveito em relação à sua disciplina. Por um longo desvio, ou até por uma deformação dessas teorias, os primeiros alienistas também buscavam superar a visão monista da loucura, a visão dual e maniqueísta de oposição simples e incontestável entre loucura e saúde. Nessa discussão, no essencial, os psiquiatras acompanharam os pontos centrais da argumentação dos médicos em que se postulava a identidade entre o estado patológico e os fenômenos da saúde, sendo aquela uma variação quantitativa desta. Por trás dessa argumentação dos alienistas havia um pseudocientificismo médico que sustentava uma teoria mais ou menos assimilada entre Natureza e Cultura. Os alienistas sustentavam que na base da vida humana haveria um substrato natural, constituído pelos instintos e necessidades elementares, que seriam responsáveis pela busca da satisfação imediata necessários a sobrevivência da espécie. Sobrepondo-se a esse estado natural uma camada de civilização, com novas exigências, estímulos, necessidades, novos prazeres. Clivado entre o ser-de-Natureza e o ser-de-Cultura, o homem civilizado é essencialmente um ser conflitivo. A loucura seria fruto de desejos próprios da vida civilizada que em conflito com os afetos naturais acarretariam seja na exacerbação destes últimos, seja no seu retraimento. A saúde constituiria, ao contrário, no equilíbrio entre Natureza e Cultura. É a partir disso que os alienistas puderam sustentar que entre o homem são e o alienado não há diferença, não há oposição qualitativa, mas diferença na manifestação da intensidade dos afetos. O louco seria uma espécie de caricatura do homem normal, e não o seu inverso:

Sr. Dupré está, por suas disposições interiores e seu caráter, num caso análogo ao de vários doentes apresentados nas observações precedentes: *sua enfermidade não foi senão uma exageração de seus defeitos*. Há um grande fundo de vaidade e uma certa suficiência que o leva algumas vezes a dar como verdadeiras coisas falsas e mesmo inverídicas. Ele sabe muito, mas querendo parecer saber muito mais ainda, não é muito raro que suas pretensões se torne ridículas.¹²⁵

¹²⁵ LEURET, François. *Du traitement moral de la folie*, p. 460 apud BIRMAN, op. cit, p. 111.

Nesse trecho de *Du traitement moral de la folie* Leuret, ao falar de seu paciente Dupré, expõe um ponto fundamental: “sua enfermidade não foi senão uma *exageração de seus defeitos*”. A loucura é uma espécie de versão exagerada, caricata do homem normal. Nos alienados surgem os mesmos defeitos, os mesmos pensamentos, as mesmas paixões, os mesmos vícios do homem normal, mas de forma “exagerada” e “grosseira”, de forma concentrada. O louco e o são habitam o mesmo espaço social, sofrem os mesmos estímulos, se debatem com os mesmos conflitos, apenas os enfrentam de modo diverso, numa escala de intensidades diferenciada. O essencial nesse ponto é que entre a loucura e a saúde não há uma oposição radical, não há alteridade. Esse modelo faz da loucura uma variação quantitativa das qualidades existentes da saúde, assim como os médicos buscaram fazer em relação a identidade entre o normal e o patológico, movimento portanto solidário a revolução operada por Broussais, Comte, Claude Bernard e outros no pensamento médico do século XIX. A identidade entre os fenômenos normais e patológicos não ficou restrita a medicina do corpo, tendo sua problematização equivalente na medicina do espírito. Para Joel Birman

O conhecimento psiquiátrico acompanha aqui a formulação do conhecimento médico que postulava o estado patológico como sendo uma variação quantitativa do estado normal, para mais ou para menos, não a considerando como qualitativamente diversos. Esta formulação foi tematizada por Broussais e universalizada por Comte nos comentários sobre a sua obra. Se entre o alienado mental e o homem sadio não estamos diante de uma oposição qualitativa, mas quantitativa, o alienado se torna a caricatura do sujeito, revelando assim alguma verdade. Nele surgiriam todos os aspectos do indivíduo normal, de modo despropositado, rude e grosseiro: os mesmos pensamentos, paixões, defeitos e vícios.¹²⁶

Retiramos desta discussão duas observações gerais. A primeira é a de que a loucura nesse momento desertou a arquitetura abstrata, atemporal. A nova psicopatologia, ao introduzir essas questões, inseriu variáveis históricas, sociais e culturais na determinação da

¹²⁶ BIRMAN, Op. cit, p. 111.

etiologia da loucura. Por outro lado, para legitimar-se enquanto ciência, o discurso psiquiátrico construiu uma colcha de retalhos que não conseguiu encobrir suas contradições, nas quais permaneceu encerrada durante todo esse período que analisamos (ou seja, a primeira metade do século XIX) e nem ocultar a função pedagogizante e moralizante da nascente disciplina. Quanto aos resultados desse esforço cientificizante não podemos encontrar senão as contradições na qual a psiquiatria estava encerrada. Ao tentar dar um substrato anatômico à categoria recém-criada de alienação mental, tudo que a psiquiatria conseguiu, por meio de circunvoluções edificantes foi definir que a loucura é produto das paixões, relativa a intensidade das trocas sociais. Ao buscar um corpo para a loucura, conseguiu demonstrar apenas que ela era produto de um desequilíbrio cultural. Ao menos por um certo tempo, a psiquiatria recorreu majoritariamente a uma explicação sociogenética da loucura. Este desvio não era accidental. Na aurora do século XIX a psiquiatria parece ter reconhecido que não tinha autoridade epistemológica para legislar sobre a loucura. Por outro lado, isto em nada a inibiu. Na prática bastava-lhe a autoridade científica que ela reivindicava do seu mandato médico, e o encargo social sobre o louco que a sociedade lhe delegou. Dessa síntese barroca, o alienismo pôde exercer um completo monopólio sobre a loucura.

Esse gesto de captura, de apropriação sobre a loucura, que nos termos do presente estudo leva o nome de “captura psiquiátrica” tinha seu equivalente na cultura erudita do período. A última etapa desse capítulo pretende demonstrar que enquanto os alienistas buscavam legitimar o monopólio sobre a loucura construindo a idéia de loucura como enfermidade, o pensamento filosófico contemporâneo buscava pensar a relação entre Razão e Loucura, não mais em termos de oposição e alteridade, mas através da idéia de proximidade e contradição. As conseqüências deste postulado, podemos adiantar: seria impossível, a partir do século XIX, pensar a loucura em *relação exterior* a Razão.

A seguir, buscaremos demonstrar a concepção de loucura em um texto de G.W.F. Hegel e discutir como o discurso médico e a tradição filosófica convergiam, no início do século XIX, para uma mesma finalidade: a anexação da loucura pela Razão. Até Hegel a loucura era compreendida como uma modalidade exterior ao Pensamento. Com Hegel e Pinel, a loucura tornou-se não apenas um elemento interior ao ser humano e até mesmo como “natural” e necessária. Hegel leu Pinel: da experiência clínica do alienista, o filósofo buscou construir uma conceitualização rigorosa da loucura. Utilizando o texto de Hegel, *Enciclopédia das Ciências Filosóficas*, e mapeando nele a matriz pineliana que este autor extraiu do *Traité Médico-Philosophique*, buscaremos demonstrar através da análise de dois expoentes culturais como, no início do século XIX, o pensamento médico e a tradição filosófica convergiam para um mesmo leque de objetivos.

2.4 RAZÃO E LOUCURA: HEGEL E PINEL

No início do século XIX, ainda sob os auspícios da Revolução Francesa, o primeiro clínico e o pensador da Razão estavam engajados em um mesmo movimento: a da anexação da loucura pela Razão. A experiência clínica de Philippe Pinel pôde alimentar as concepções filosóficas de Hegel porque, em matéria de insânia, ambos estavam animados por um mesmo motivo. O grande legado de Pinel foi a invenção da tecnologia asilar e do reconhecimento do

louco como um “alienado” isto é, como um doente da Razão. Hegel foi o primeiro a pensar a loucura em uma relação interior à própria Razão. Esta parte do trabalho pretende demonstrar que os dois grandes expoentes da cultura européia do século XIX estavam em consonância absoluta. Nosso objetivo é analisar como no século XIX o pensamento médico e a tradição filosófica convergiam para um mesmo objetivo, qual seja, transformar a loucura como um elemento intrínseco à própria Razão. Buscaremos analisar com que ferramentas teóricas e conceituais Hegel trabalhou (a partir de uma matriz pineliana) e em que pontos ambos estavam em acordo. Os textos utilizados são o *Traité Médico-Philosophique* de Philippe Pinel e a *Encyclopédie des Ciências Filosóficas* de Hegel. Hegel leu Pinel: da experiência clínica do alienista ele extraiu uma versão filosófica da loucura e deu à ela uma conceituação rigorosa, que tentaremos reportar à seguir.¹²⁷

A chave do conceito de loucura no texto de Hegel aparece de forma explícita na nota § 408 e no seu adendo publicada na *Encyclopédie des Ciências Filosóficas*. Segundo Hegel: “a alienação mental não é a perda abstrata da Razão, mas somente contradição na Razão que ainda existe”.¹²⁸

Notemos desde já que a loucura não é definida por Hegel como “perda” da Razão, nem como “contrário” ou “ausência”, tão comuns no vocabulário corrente da época. O que importa neste conceito hegeliano é a idéia de loucura como “contradição”. E mais: uma contradição dentro de uma Razão “que *ainda* existe”. Com isso percebemos logo que com Hegel, assim como em Pinel, a loucura não é algo que existe em relação de oposição a Razão, mas como um elemento dentro de uma Razão que ainda existe. Hegel só pôde pensar dessa forma porque o século XVIII trouxe uma idéia simples, mas decisiva, de que a loucura

¹²⁷ As linhas gerais dos comentários sobre Hegel a seguir foram inspiradas no belo ensaio de Gladis Swain sobre duas concepções filosóficas da loucura, a de Kant e a de Hegel. Cf. SWAIN, Gladis. *De Kant à Hegel, deux époques de la folie*. Paris : Payot, 1977.

¹²⁸ HEGEL, G.W.F. *Encyclopédie des Ciências Filosóficas*. Rio de Janeiro : Loyolla, 1995.

poderia ser curável, de que existia, em todo louco, um resto ainda de Razão, o que os iluministas chamavam de “Razão intacta”.¹²⁹ Em suma, a percepção dos médicos do final do século XVIII era de que em toda loucura havia um resto de Razão. É assim que Pinel pôde pensar a alienação mental como um simples desarranjo no interior da Razão e Hegel como uma contradição na Razão que ainda existe. Portanto, a interpretação de Hegel não foi imposta de fora, por uma espécie de violência teórica, nada tinha de arbitrário em relação ao pensamento médico de sua época. Hegel confere todo o mérito de sua própria descoberta a Pinel:

O mérito é todo de Pinel especialmente por ter captado esse resto de Razão, presente nos loucos e nos delirantes, e de ter orientado segundo essa apreensão a cura dos doentes mentais. Seu escrito sobre esse assunto [isto é, o *Traité Médico-Philosophique*] deve ser proclamado o que há de melhor nesse domínio.¹³⁰

Na sua nota sobre a loucura na *Enciclopédia das Ciências Filosóficas*, Hegel buscou potencializar as implicações dessa interpretação, esclarecendo e direcionando as linhas de força do pensamento psiquiátrico e dando à interpretação dos alienistas de seu tempo uma conceitualização rigorosa da loucura a partir da própria noção de uma Razão que tudo superaria, em outras palavras, do advento de uma Razão Gloriosa.

Com isso, Hegel devolveu ao Desatino uma certa dignidade filosófica. A loucura, como bem observou Jacques Derrida em um texto sobre as *Meditações* de Descartes, era excluída do círculo de dignidade filosófica, porque o *Cogito* excluía por princípio a idéia de

¹²⁹ Ver os comentários sobre essa idéia de *Razão Intacta* e sobre as idéias iluministas e suas influências na Psiquiatria na análise de um caso célebre do século XVIII de uma melancólica durante a Revolução Francesa internada em um dos grandes asilos de Paris, a Salpêtrière, e analisada por Philippe Pinel. Cf. ROUDINESCO, Elisabeth. *Theroigne de Méricourt* : uma melancólica durante a Revolução. Rio de Janeiro : Rocco, 1997.

¹³⁰ HEGEL, op. cit, p. 164.

que aquele que pensa pudesse “ser louco”.¹³¹ Excluída, marginalizada, colocada fora do círculo de dignidade filosófica a loucura era experimentada como uma modalidade de experiência *exterior*, por excelência, à Razão. O *Cogito* cartesiano excluía em princípio qualquer possibilidade de relação ou comunicação entre Loucura e Razão.

Portanto, Hegel como o pensador da Razão reconduz a loucura ao centro da reflexão filosófica e confere a ela um lugar privilegiado em relação ao Pensamento.

Contradição, diz Hegel, mas quais os termos desta contradição? Contradição entre o que e o que? Segundo Hegel os termos desta contradição são: de um lado a “totalidade ordenada” que é a consciência objetiva do sujeito e, de outro lado, uma “determinação particular” que é o elemento heterogêneo dentro de um sistema de organização racional. Examinemos esta contradição à luz de seu reverso, explicitando inicialmente o que era o sujeito “racional” para o filósofo. Segundo ele, o sujeito “são” é aquele que

Tem presente a consciência da totalidade ordenada do seu mundo individual, em cujo sistema subsume todo particular conteúdo que lhe venha da sensação, representação, apetite, tendência, etc. e o coloca no posto que lhe cabe racionalmente: é o gênio que domina as particularidades.¹³²

O sujeito “são” afirma Hegel é um sujeito reflexível, isto é, é aquele sujeito que consegue ordenar sua consciência, seu universo sensitivo, ideativo e volitivo, em outras

¹³¹ Cf. DERRIDA Jacques. *Cogito et Histoire de la Folie*. In : *L'Écriture et la Différence*. Paris : Editions du Seuil, 1967. (Este texto foi suprimido da edição brasileira de *A Escritura e a Diferença*) Cabe lembrar que este texto foi escrito como um artigo publicado na *Revue Metaphysique et Morale* em 1964, em que Derrida comentava a leitura de Michel Foucault sobre as *Meditações* de Descartes. Texto que recebeu uma resposta de Michel Foucault nove anos depois sob o título de *Mon corps, ce papier, ce feu*. Cf. FOUCAULT, Michel. Resposta a Derrida. In. *Problematização do sujeito, Ditos & Escritos I*, p. 243-258. Sobre o dossiê completo incluindo os textos de Foucault e Derrida, Cf. FERRAZ, Maria Cristina Franco(org.) *Três tempos sobre a História da Loucura*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1999.

¹³² HEGEL, op. cit, p. 149.

palavras, seu mundo individual, dentro de uma “totalidade ordenada”. A sanidade é o “gênio que domina as particularidades” e coloca as coisas “no posto que lhes cabe racionalmente”. Aquilo que Hegel chama de “gênio” os alienistas de seu tempo davam o nome de “Vontade”. A vontade é o elemento regulador dos “afetos” (isto é, dos elementos que possibilitam as trocas sociais: amor materno, instinto sexual, etc.) Quando os afetos não são controlados pela vontade, viram paixões violentas. A vontade teria assim essa função de regulação social, de autoridade moral, de regulação dos afetos para que estes não se transformem em paixões perigosas. Como se vê, embora utilizando um vocabulário distinto, a conceitualização de Hegel não é totalmente estranha ao pensamento médico de seu tempo. O gênio hegeliano também funciona como essa potência capaz de controlar as “particularidades” colocando as coisas, na consciência do sujeito, no posto que lhes cabe do ponto de vista racional. Ou melhor, a vontade é a versão clínica do gênio hegeliano.

A loucura sobrevém exatamente quando esta hierarquia é invertida, quando a consciência perde o controle de colocar as coisas no seu posto racional, quando o sujeito não consegue ordenar sua consciência numa “totalidade ordenada”. A loucura ocorre no momento da sublevação de alguma “determinação particular”. Quando um elemento, que faz parte da “totalidade ordenada” ganha autonomia e torna-se um elemento heterogêneo, estranho, ao sistema.

O sujeito, embora tenha revestido a forma de consciência de-entendimento, ainda é capaz dessa doença que é *permanecer com pertinácia em uma particularidade* de seu sentimento, que ele não pode elaborar em idealidade, nem superar. O Si repleto, o da consciência de-entendimento, é o sujeito enquanto consequência em si mesma, ordenando-se e mantendo-se conforme sua individual posição e conexão com o mundo externo, igualmente ordenado no interior dele mesmo. Mas, ficando preso a uma determinação particular, não assigna a tal conteúdo de-entendimento, e a subordinação que lhe compete no sistema-de-mundo individual que é um sujeito. O sujeito, desse modo, encontra-se na contradição entre sua *totalidade sistematizada* na sua consciência e a *determinação particular* que nela não é fluida nem coordenada.¹³³

¹³³ HEGEL, op. cit, p. 148.

Hegel faz um pequeno inventário do que ele chama de “determinação particular”: vaidade, orgulho, ódio, imaginação, esperança. Como se vê, não são elementos que são estranhos ao sistema, mas de particularidades interiores à consciência que ganham autonomia e se livram desse todo organizado o qual pertenciam na origem. Trata-se, diz Hegel, de “elementos terrenos” (palavras do próprio filósofo) que ao liberarem-se da instância que as devia controlar, rompem com a totalidade ordenada do sujeito. Essa determinação não vem de fora, não é o irreduzível ou exterior ao sujeito, mas um elemento que pertence à própria totalidade ao qual essa particularidade pertencia na origem.

A loucura começa quando um desses elementos particulares se fixa em si mesma e escapa ao seu lugar no sistema, conquistando independência em relação ao Todo organizado. A loucura, portanto, é compreendida na concepção hegeliana como uma “fissura” no interior do sujeito. A contradição, afirma Hegel, é entre a “consciência sistematizada” e uma de suas “particularidades”. Entre o universal e o particular, entre o Todo e uma de suas partes.

Na loucura, o sujeito fica tão preso a uma representação particular que não consegue ultrapassá-la. Essa determinação particular, que faz parte integrante do sistema, ganha autonomia e torna-se heterogêneo. O sujeito fica encerrado em sua contradição. Absorvido por esse elemento particular, extravagante ao sistema, ele não pode mais subordiná-lo, não consegue ordenar sua consciência objetiva, nem colocar esse elemento “no posto que lhe cabe racionalmente”. Na contradição, o sujeito fica estagnado em uma particularidade.

Em seu comentário sobre Hegel, Gladis Swain percebeu rapidamente a contradição que atravessa o sujeito na loucura. Existem dois pólos na loucura. Por um lado, uma consciência objetiva e organizada, por outro lado, há uma subordinação à um conteúdo particular. Há na loucura contradição da totalidade subjetiva consigo mesma: existe na loucura um elemento heterogêneo que nega a totalidade como totalização possível. Por outro lado, esse elemento não constitui um obstáculo à totalização objetiva e constitui, ele mesmo,

um sistema paralelo, uma realidade paralela, um sistema próprio. Coexistem, portanto, no sujeito louco, duas realidades paralelas, dois mundos, dois sistemas heterogêneos.

Na alienação mental propriamente dita se desenvolvem, de modo a formar, cada uma, uma totalidade distinta, uma personalidade, as duas maneiras de ser do espírito finito, a saber, de um lado, a consciência realizada e racional com seu mundo objetivo, e de outro, a sensibilidade interna que é para si o seu próprio objeto. A consciência objetiva dos loucos se manifesta de vários modos. Por exemplo, os loucos sabem que estão num manicômio, eles reconhecem seus guardas sabem que seus companheiros são também loucos, brincam entre si sobre a loucura, se os emprega em todo tipo de trabalho, e às vezes se chega a transforma-los e, guardas, mas ao mesmo tempo eles sonham acordados, e estão presos a uma representação particular que não poderia compatibilizar com sua consciência objetiva.¹³⁴

Existe, portanto, uma consciência “realizada e racional” com seu mundo objetivo perfeitamente organizado, e de outro lado, uma “sensibilidade interna” que é “para si seu próprio objeto”. Em outras palavras, todo louco parece compartilhar uma mesma “consciência objetiva” com os “normais”, eles reconhecem que estão num hospício, brincam entre si sobre a loucura, reconhecem os guardas, etc., mas ao mesmo tempo eles “sonham acordados” ou seja, estão presos à uma representação particular. Portanto, convivem, lado a lado, uma consciência objetiva (aquela que os loucos compartilham com os sãos) e uma consciência particular (um estado de estar “sonhando acordado”, uma consciência onírica), fruto da sensibilidade interna que é “para si o seu próprio objeto”.

O paradoxo dessa contradição é a simultaneidade entre essas duas consciências. Para Hegel, “as duas personalidades não constituem dois estados, mas estão as duas num só e mesmo estado, de forma que estas duas personalidades se negam uma à outra e se tocam e se contradizem uma a outra.”¹³⁵ Como se vê, diz Gladis Swain em seu comentário sobre Hegel, o sujeito não está em dúvida entre sua consciência objetiva e a sensibilidade interna, ele

¹³⁴Ibid, p. 151.

¹³⁵Id, ibid.

simplesmente não consegue sair desse desdobramento no qual caiu. Ele está encerrado em sua representação insensata ao mesmo tempo em que está conectado ao universo objetivo. Ele está preso a uma idéia delirante ao mesmo tempo em que partilha como os homens são uma mesma consciência objetiva. O paradoxo, no limite impensável, é a da coexistência da idéia delirante dentro de um universo racional. O louco fica tão identificado à uma particularidade que à ela sucumbe mas continua conectado à uma consciência racional.

Esquirol já falava, no início do século XIX, de uma “perda da unidade do eu” na loucura. Hegel levou essa observação à sério e ao seu extremo, reconhecendo não apenas a perda da “unidade” do sujeito na loucura, mas a existência, no louco, de duas personalidades distintas, duas realidades paralelas, dois sistemas. Essas duas personalidades, existentes num *mesmo* sujeito, “se conhecem e se tocam”. É pela existência de dois sistemas que se tocam e se chocam que existe, na consciência do louco, o conflito interno, responsável pela contradição da loucura no resto de Razão que ainda existe. Como se vê, a consciência ameaçada constitui-se em um sistema enquanto a determinação particular também constitui, ela mesma, um sistema paralelo, uma totalidade independente. Opera-se assim uma cisão que acaba por gerar duas “totalidades” a qual o próprio sujeito tem consciência: Segundo Hegel, “embora virtualmente ele seja um único sujeito, o alienado não se vê como um sujeito que está de acordo consigo mesmo, mas como um sujeito que está dividido entre duas personalidades.”¹³⁶ Na loucura existem duas personalidades, dois sistemas, duas totalidades paralelas. Por conseguinte, afirma o autor, na loucura o sujeito permanece “em si mesmo sua negação”, isto é, a consciência do sujeito contém imediatamente o conteúdo de sua própria negação.

Hegel começou pensando a loucura como contradição entre uma “totalidade sistematizada” e uma “determinação particular”. Em seguida, ele focaliza a operação de uma cisão na consciência do sujeito, dando origem a duas realidades paralelas, dois sistemas, duas

¹³⁶ Id, *ibid*.

personalidades no interior de um mesmo indivíduo. Essa cisão seria para Hegel a responsável pelo conflito entre o eu objetivo e a sensibilidade interna do sujeito. Finalmente, Hegel termina sua conceituação se debruçando sobre a positividade do choque entre essas duas realidades, entre esses dois sistemas, da importância do conflito na busca da autonomia reflexiva.

Assim, o mais importante nesse conceito, sua “descoberta” em relação ao pensamento filosófico da época é pensar a positividade do conflito na loucura. Para Hegel, o louco não é uma entidade monstruosa ou mitológica, é um sujeito real, em conflito consigo mesmo. Hegel não pensou o louco como uma entidade excepcional, destituída da sua humanidade por ser louco, mas pensou-o como um ser humano e racional em confronto com sua própria desordem. Já se pode notar as implicações decisivas desse salto conceitual: a loucura do homem não tornou-o menos “racional”. O louco é também ele um sujeito dotado de Razão, mas em conflito com essa própria Razão ainda existente. Em Hegel, a loucura é concebida com um dos três estágios concebidos na busca da autonomia reflexiva do homem. Portanto, a loucura é tida como “natural”, e mais, como necessária ao homem. A loucura, dirá Hegel, é

Um dos três degraus que a alma enquanto sentimento percorre em seu combate com o estado imediato de seu conteúdo substancial a fim de se elevar a essa subjetividade simples em relação consigo mesma que existe no eu, e entrar por aí em posse dela mesma e de sua consciência.

A loucura não é mais uma modalidade *exterior* ao pensamento, como em uma certa tradição cartesiana, o qual pensar exclui por si próprio a possibilidade de “ser louco”. Ao postular a loucura como contradição e conflito Hegel já avança no sentido de transformar a loucura em uma condição necessária no próprio interior da Razão. A loucura torna-se a expressão última do espírito humano na luta da subjetividade em busca da conquista da autonomia reflexiva.

Essa virtualidade da loucura, porém não implica que todo ser humano deva ser necessariamente um louco, ou passar pela loucura. Nem todo sujeito racional é necessariamente um louco, embora o contrário seja verdadeiro: todo louco é necessariamente um sujeito racional. A virtualidade da loucura aponta o caminho em que o eu reflexivo deve percorrer, contra os conteúdos particulares que o atravessam, para ascender à idealidade pura e perfeita, à Razão triunfante.

Contra essas particularidades que atravessam o sujeito e contra a possibilidade de sucumbir à elas, o conflito é importante na conquista da autonomia reflexiva do sujeito. É por ficar encerrado em uma particularidade que ele pode também se desprender dela, é por ser racional que o sujeito pode *também* ser louco.

Pela loucura, o homem demonstra que não coincide consigo mesmo, que pode conflitar-se, transcender-se a si mesmo. Na loucura, o homem pode fazer aquilo que não faz, falar aquilo que não fala. Ao fazer aquilo que não faz, imaginar aquilo que não é, o louco transcende sua realidade mais bruta. A loucura contradiz a realidade mais bruta e imediata, transcendendo-a. É nesses termos que Hegel pode, por assim dizer, pensar que a loucura é um “privilégio” do Homem, desse sujeito reflexivo cujo fundamento é o conflito e a possibilidade de transcender a si mesmo.

Assim, a classificação de Hegel sobre as doenças mentais vai obedecer igualmente em um critério espantoso. Não é tanto o delírio que é utilizado como critério organizativo no sistema hegeliano, mas a consciência que se tem do próprio delírio. A Razão intacta servirá para Hegel mensurar o grau de loucura do sujeito. Quanto mais intacta estiver uma parcela da Razão, mais louco será o sujeito. Quanto maior for a Razão, maior será o conflito que gera na consciência subjetiva. Mais Razão implica em mais contradição, mais dilaceramento interno, mais conflito entre o sistema racional e a sensibilidade interna. Os acessos delirantes não são vistos por Hegel como o momento de irrupção da loucura, mas como o instante em que esse conflito interno se irrompe.

Chega-se assim à uma curiosa constatação: para Hegel o extremo da loucura não está naquele doente que fica completamente absorvido pela insensatez (que os médicos davam o nome de “demente”). O mais louco é ao mesmo tempo aquele que tem mais consciência da sua própria loucura. Pois quanto mais consciência que o sujeito possui, mais dilaceramento existe no seu interior, mais conflito. Na classificação hegeliana, a insensatez é diretamente proporcional à consciência que se tem da própria insensatez.

Não é um mero jogo de palavras, muito menos um paradoxo. Desde o início Hegel postulou a loucura como conflito. Não é de se espantar, portanto, que ele tenha utilizado como critério organizativo de sua classificação das doenças mentais não a insensatez do discurso, mas o grau de conflito que gera essa insensatez.

Donde deduzimos o maior impacto dessa conceituação sobre a loucura: doravante não se pode pensar a loucura como algo exterior a Razão, nem o louco como o contrário do sujeito são. Entre o sujeito normal e o louco não há diferença qualitativa, mas diferença quantitativa em relação as respostas aos estímulos sofridos. O louco e o são habitam um mesmo espaço social, sofrem os mesmos conflitos, os mesmos estímulos, apenas os enfrentam de forma diferente, numa escala diferenciada de intensidade dos afetos. O louco apareceria então como uma forma de expressão grosseira, concentrada, exagerada do sujeito normal. Em que seus erros aparecem de forma grosseira e caricata. Por um momento, o louco torna-se o espelho do Homem, mas também sua negação.

Hegel trouxe a loucura para o interior do ser humano, para o interior do Homem, postulando que o louco é um ser humano em conflito consigo mesmo. A principal herança da matriz pineliana no texto de Hegel é a idéia de que não se escapa à condição humana por estar louco. Com Pinel, mas, sobretudo, com Hegel, a loucura não faz apenas parte do ser humano, mas também algo da própria natureza humana se realiza *através* da loucura.

Esse conjunto teórico e conceitual da conceitualização de loucura na *Encyclopédie des Ciências Filosóficas* foi possível graças à experiência clínica aberta por Pinel e, sobretudo pela leitura que Hegel faz do *Traité Médico-Philosophique*. Hegel reconheceu a Pinel o mérito de sua descoberta, mas ele não percebeu o quanto sua conceitualização da loucura avança em diversos aspectos em relação à concepção médica da loucura. Se pudéssemos resumir a novidade conceitual do postulado básico de Hegel em que a loucura é um “conflito” e não “contrário” da Razão, diríamos o seguinte: se até Hegel a loucura não poderia ser *pensada*, é porque para uma certa tradição filosófica (Descartes, Kant, Rousseau) a loucura constituía uma modalidade exterior ao Pensamento. A loucura de que fala Hegel foi trazida à intimidade objetivante do pensamento e da Razão. Não se trata mais do desatino, mas da alienação mental, conceito médico que inspirou as considerações filosóficas de Hegel. Se a loucura já não é mais o Desatino, a Desrazão, contra-natureza, ela foi desarmada de seus poderes míticos, não se trata mais de uma loucura em seu caráter divino ou trágico, mas a alienação do pensamento como objeto de um saber (médico, filosófico, psiquiátrico). A loucura foi trazida para a intimidade objetivante do asilo, e desarmada de seus poderes, convocada à mostrar-se em toda sua nudez, para ser abolida, no mesmo gesto, pela racionalidade psiquiátrica. Nesse paralelo, a loucura de Hegel já não é mais a loucura como modalidade exterior ao pensamento, mas como realidade interior a Razão e ao sujeito. Porém, a sutileza da conceitualização hegeliana é que a loucura não se transforma em parte da Razão, porém sua refém. Não há comunicação possível, mas captura. Trata-se de tutelar sua palavra, reduzindo-a ao silêncio.

Portanto, de Descartes à Hegel, para modificar um pouco o percurso de Gladis Swain, não há apenas uma diferença de enfoque, mas um deslocamento conceitual decisivo a ponto de constituir, duas visões da loucura. Da *estranheza e exterioridade* cartesianas desembocou na *familiaridade, captura e superação* hegeliana.

Há aqui um paradoxo: enquanto até o século XIX a proximidade física com os loucos ia de par com a distância conceitual entre Loucura e Pensamento e a separação insuperável entre o sujeito e o louco, com Hegel e Pinel, ao contrário, a proximidade conceitual entre o homem e a loucura gerou o enclausuramento efetivo dos loucos nas instituições asilares. O paradoxo é que, no primeiro caso, quanto mais próximo do louco real, mais distante se configurava a natureza entre Loucura e Pensamento; enquanto na descoberta hegeliana e na matriz pineliana, quanto mais próximo do ser humano foi trazida a loucura, mais incomunicável ela se tornou. Do Estranho passou-se ao familiar, mas o familiar não gerou diálogo, porém dominação, captura. O alienismo do século XIX surgiu desse processo de dominação, de captura.. Pai, Juiz, Família: o alienista fez brotar, desse processo de dominação, sua ciência do louco.

2.5 UMA DUPLA INSCRIÇÃO: O CÓDIGO MÉDICO E O ESPAÇO HOSPITALAR

No momento em que a loucura foi silenciada, colocada na incomunicabilidade da linguagem e capturada pela Razão, o espaço hospitalar tornou-se, por excelência o local de verdade em que a loucura deveria aparecer sem distorções. É necessário, porém, perceber que, o hospício é, na verdade, um hospital que servia, ele mesmo, como instrumento de cura. Erwin Ackerknecht em seu livro *La médecine hospitalière à Paris*,¹³⁷ demonstrou que até o final do século XVIII, o hospital não era um local dominado pela racionalidade médica. O hospital medieval não era uma instituição de atenção médica, mas de auxílio espiritual e

¹³⁷ ACKERKNECHT, Erwin. *La médecine hospitalière à Paris*, 1794-1845. Paris: Payot, 1986.

caritativo. Locais dominados pelas ordens hospitalaleiras como os Irmãos de São João de Deus e a Ordem dos Lázaros faziam do hospital um local para atender aos órfãos, velhos, inválidos, estrangeiros assim como doentes.¹³⁸ O hospital permaneceu como um estabelecimento religioso tanto na forma administração quanto aos objetivos.¹³⁹ Auxílio espiritual, orações, atendimento aos moribundos predominavam em todo o hospital cristão. Quando, no final da Idade Média, os hospitais começaram a ser administrados pelas municipalidades, os seus serviços não foram secularizados.¹⁴⁰ Sua vocação continuava a ser eclesiástica, de conforto dos inválidos.

Estudiosos da história dos hospitais afirmam que apenas no século XVIII o hospital transformou-se em uma tecnologia médica. Foi apenas no final do século XVIII que surgiram os primeiros inquéritos sobre o papel do próprio hospital na ação da cura.¹⁴¹ Portanto, partamos desta evidência, a de que o *hospital* como *tecnologia médica* é algo relativamente recente. No final do século XVIII a transformação do hospital como um lugar de exercício da cura era uma das grandes preocupações da medicina. Poder-se-ia incluir nesse contexto a série de visitas efetuadas por John Howard em leprosários, prisões e hospitais de toda a Europa, o texto de Cabanis *Observations sur les Hôpitaux* e principalmente os inquéritos sobre a situação dos hospitais na França feitos pela comissão liderada por Jacques René Tenon. Em suma, nos meios médicos mas também nos círculos esclarecidos do final do século XVIII o problema dos hospitais era um tema de debate que envolvia tanto uma tecnologia da cura quanto a discussão sobre a vocação política de uma instituição hospitalar.

O cirurgião Jacques René Tenon, entre 1786 e 1788, liderou uma comissão científica formada por Lavoisier, Laplace, Coulomb, D'Arcet, Bailly, Lassone, Daubesson e diversos outros médicos para investigar a situação dos hospitais de Paris e da França. Os relatórios

¹³⁸ VALDÉS, Alberto. *História de la Medicina*. Madrid: Interamericana, 1987

¹³⁹ GRAÇA, Luiz. *A evolução do sistema hospitalar*. Lisboa: Ed. Nova Lisboa, 1996.

¹⁴⁰ CISNEROS, Zúñiga. Manual de Historia de los hospitalres. *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medecina*, vol 4. 1954

¹⁴¹ FERMAND. Claude. *Les hôpitaux et les cliniques: architectures de la santé*. Paris: Moniteur, 1999.

dessa comissão serviram como base para as suas *Memóires sur les Hôpitaux de Paris*, publicada em 1788. O inquérito de Tenon é uma espécie de guia para as investigações sobre as condições dos hospitais no século XVIII e também um dos principais instrumentos para a elaboração de projetos de salas de cirurgia, enfermaria para parturientes, casas de alienados, etc. Tenon e o arquiteto Poyet elaboraram, no final do século XVIII uma série de projetos de hospitais. **Fig 3, 4.** Nesses projetos percebe-se uma nova modalidade de tecnologia hospitalar em que a própria organização do estabelecimento deve servir como instrumento terapêutico. Em suma, a situação que ele encontrou na França, nesse período de reformas hospitalares era um hospital ainda com sua vocação medieval de caridade. Segundo ele, de cada quatro doentes um morria no interior do hospital. Analisando os resultados de inquéritos de sua comissão sobre os hospitais de toda a Europa, o autor concluiu que o Hotel-Dieu de Paris era um dos piores estabelecimentos da França, com uma das taxas mais altas de mortalidade, o que conferia o título a este estabelecimento de “Antecâmara da Morte”.¹⁴²

Tenon relata que o Hôtel-Dieu, especialmente ala *St Louis*¹⁴³ destinada as mulheres, era o pior local que já visitara. Ali, a mortalidade era de uma interna para cada quinze; de cada treze partos, uma criança já nascia morta. Além disso, as febres epidêmicas determinavam, com freqüência o fechamento de uma dessas enfermarias por longos períodos. A alta mortalidade atingia até mesmo os cirurgiões e atendentes. Para se ter uma idéia da descrição de Tenon sobre os hospitais de Paris, especialmente sobre o Hotel-Dieu, considerado um dos piores estabelecimentos, vejamos um trecho de *Memóires sur le hôpitaux de Paris*:

¹⁴² Cf. CISNEROS, op. cit.

¹⁴³ A data de construção exata do Hotel-Dieu não é conhecida, sabe-se que data do século XII. O Hotel-Dieu é forama por um complexo formado inicialmente pela *Salle St. Thomas*, a *Salle de l’Infermarie*, e a *Salle Neuve*, construídas entre os séculos XII e XIII. No século XVI foram criadas a *Salle du Legat*, a *Salle du Rosaire*. No século XVII, a *Salle St Charles*, a *St. Jean*, *Dt. Joseph*, *St. Louis*, *St. Côme*, *St. Augustin*, entre outras. Enfim, o Hotel-Dieu era um complexo de enfermarias que se estendiam nas duas margens do Rio Sena, ao lado da Catedral de Notre Dame. Cf. FERMAND. Claude. *Les hôpitaux et les cliniques: architectures de la santé*, op. cit, p. 20

Os membros da comissão viram os mortos junto com os vivos; salas de estreitos corredores, onde o ar se corrompe por falta de renovação e a luz penetra apenas debilmente e carregada de vapores úmidos; os convalescentes misturados nas mesmas salas com os doentes, os moribundos e os mortos; a sala de alienadas contígua à dos infelizes que sofreram as mais cruéis operações e que não se podem esperar nenhum repouso tão próximo a esses dementes, cujos gritos frenéticos se ouvem dia e noite. A sarna está generalizada e é permanente no Hôtel-Dieu; os cirurgiões, os religiosos e os enfermeiros contraem-na ao cuidar dos enfermos ou ao manusear seus lençóis. Os doentes curados levam a sarna até suas famílias e, por isso, o Hotel-Dieu é uma fonte inesgotável de doença, de onde ela se espalha por Paris.¹⁴⁴

Eis outro trecho:

A *Salle St. Joseph*, está destinada às mulheres grávidas: quatro no mesmo leito, expostas à insônia, ao contágio das vizinhas doentes e ao perigo de prejudicar seus filhos. Quatro ou mais parturientes reunidas em um único leito, em diferentes etapas do parto. O coração se eleva só de pensar nesta situação, em que elas se infectam mutuamente. Na sala de operações, onde trepana, onde se corta, onde se amputa, estão aqueles a quem se opera, os que devem ser operados e os que já o foram. As operações são realizadas no meio da sala. Ali se vêem os preparativos do suplício. Ali se ouvem os gritos dos suplicados; quem há de sê-lo amanhã tem diante de si o quadro de seus sofrimentos futuros e quem passou por essa prova, imagine-se quão profundamente comovido deve sentir-se ouvindo esses gritos de dor! Recebem esses terrores, estas emoções, em meio aos acidentes da inflamação e da supuração, em prejuízo de seu restabelecimento e com risco de sua vida. (...) É preciso ver todos esses horrores para se convencer de que existem; mas seria preferível fugir deles e poder tirá-los do pensamento, caso não houvesse a obrigação de conhecê-los a fim de poder mostrar seus terríveis inconvenientes e preveni-los.¹⁴⁵

Michel Foucault mostrou como os inquêritos de Tenon sobre os hospitais eram os primeiros a perceber o hospital não apenas a partir de suas descrições físicas. Ele identificava

¹⁴⁴ TENON, *Memóires sur lês hôpitaux de Paris*, citado por GRAÇA, Luis. A evolução do sistema hospitalar, op. cit, p. 148.

¹⁴⁵ Ibid.

seus problemas para propor soluções práticas. São os hospitais existentes, acreditava Tenon, que serviriam como modelo para a reforma hospitalar.¹⁴⁶ Descrevendo os vícios e defeitos do ambiente hospitalar, Tenon, Howard, Cabanis e diversos outros médicos procuravam analisar uma nova forma de funcionamento do hospital em que o estabelecimento não servisse como uma antecâmara da morte mas como uma máquina de cura.

Com vimos, o hospital no Antigo Regime constituía um dos recursos de repressão a pobreza. No binômio assistência-repressão que fazia funcionar toda a política de assistência do Antigo Regime, era o papel de repressão que predominava no encargo hospitalar. Na população hospitalar, o encargo do hospital é salvaguardar a ordem pública já que, como vimos, a pobreza envergonhada, em outras palavras, os “bons pobres” geralmente eram assistidos pelas companhias de caridade da paróquia. É por isso que, antes de ser visto como um espaço de cura, ele era percebido pelos espíritos mais esclarecidos como um contra-senso econômico e como um bastião do absolutismo. Por isso ao mesmo tempo em que o hospital começa a ser investido de uma função terapêutica, uma corrente filantrópica ia contra a construção de hospitais como modelos de auxílio aos pobres.

Os economistas, por um lado, decretavam o patrimônio hospitalar como uma instituição ineficaz, que imobiliza a riqueza e não socorre o desamparo. Turgot, em “Fondations” já denunciava a anarquia custosa da assistência hospitalar, cujos arcaísmos se opõem a instauração de uma estrutura econômica mais racional, ou seja, mais produtiva.¹⁴⁷ Visto como um instrumento arbitrário de repressão do Absolutismo e ao mesmo tempo como um instrumento arcaico que imobiliza a riqueza o hospital era, no momento em que os médicos buscavam sua recuperação como instrumento terapêutico, uma instituição caída no descrédito e desprezada pelos discursos esclarecidos do Iluminismo.

¹⁴⁶ Cf. FOUCAULT, Michel. O Nascimento do Hospital. In: *Microfísica do Poder*, p. 99-100.

¹⁴⁷ TURGOT, Anne-Robert. Article de l'*Encyclopedie* “Fondations”. In : *Écrits Économiques*, p. 75 e ss.

Portanto, desde o período pré-revolucionário, a junção da crítica dos hospitais como um bastião do absolutismo e da crítica econômica dos fisiocratas como um enorme contra-senso econômico em relação aos custos de sua gestão, provoca de uma maneira geral o descrédito do complexo hospitalar. A alternativa ao sistema de atendimento hospitalar encontrava-se na *assistência ao domicílio*. A assistência ao domicílio já era defendida por Badeau em *Idée d'un citoyen sur les besoins, le droit et les devoirs des vrais pauvres*, mas foi essencialmente empregada a partir da Revolução Francesa, quando o Comitê de Mendicidade defendia oficialmente a política de assistência ao domicílio em contraposição ao atendimento hospitalar. Portanto, essas discussões demonstram que longe de ser um consenso, o hospital era criticado por seus vícios e defeitos pelo discurso médico, visto como um bastião do absolutismo do ponto de vista político e do ponto de vista econômico era considerado um contra-senso. Mas a completa aniquilação do complexo hospitalar ainda era um devaneio político defendido apenas pela ala radical da Convenção, é o caso do que ocorreu nas discussões de 22 Floreal sobre os hospitais durante a Revolução Francesa.

A vertente política do devaneio desinstitucionalista atingiu seu ápice com o deputado da Convenção Bertrand Barère, membro do Comitê de Salvação Pública. É ele quem conduziu as discussões de 22 Floreal, ano II sobre a abolição completa dos hospitais:

Deve haver uma parte da humanidade que sofra? Inscrevei, portanto, na porta dos asilos, o anúncio de seu desaparecimento próximo. Pois se, depois de terminar a Revolução, houver ainda desafortunados entre nós, nossos trabalhos revolucionários terão sido em vão.¹⁴⁸

Chega de Esmolas! Chega de Hospitais! Afirmava Barère diante da Convenção em 22 Floreal, ano II. Em outras palavras, para essa corrente desinstitucionalista os hospitais aumentam a pobreza e não extinguem a miséria. Sua própria existência significaria a falência

¹⁴⁸ Citado por ROCHAIX, Op. cit, p. 78.

dos resultados da Revolução Francesa. O devaneio desinstitucionalista de Barère em que até mesmo a palavra hospital deveria ser abolida do vocabulário revolucionário encontrou sua oposição em autores mais realistas, como Cabanis. Em *Observations sur les hopitaux*, ele afirmava: “Os hospitais são talvez, por natureza, estabelecimentos viciosos, mas absolutamente necessários”.¹⁴⁹ Essa afirmação esboça um programa em oposição ao sonho desinstitucionalista de Barère. Os hospitais, embora “viciosos”, eram “necessários”.

Se não se pode levar ao pé da letra a concepção desinstitucionalista da ala radical dos convencionais, demonstra-se, através desse debate que o hospital não era, em si mesmo, um espaço de consenso para resolver o problema da saúde. A visão de Barère é, no entanto, bastante comum, demonstrando que o hospital, antes de ser um instrumento da medicina, era visto como um bastião do absolutismo, equipamento de poder utilizado pelo poder monárquico absolutista.

O que os médicos do século XVIII buscavam era uma reviravolta política desse cenário hospitalar. O seu programa era inverso ao proposto pelos convencionais da Revolução. Dizer que o hospital é vicioso, porém, necessário implica numa outra estratégia. Não se trata de abolir o hospital, como queria Barère, mas de eliminar a má organização e recuperar a moralização, liquidar os arcaísmos, afim de torná-lo economicamente mais útil à sociedade. Eficácia, realismo, racionalização definiam uma boa gestão. Portanto, para homens como Cabanis, Tenon e Pinel, o hospital era *reformável*. Modernizado, ele pode ser interpretado de um ângulo novo, assumir uma função específica dentro das práticas médicas. Tratava-se de recuperar uma instituição do Antigo Regime e coloca-la em harmonia com o ambiente moral da nova sociedade burguesa e contratual. É nesse contexto que podemos entender o que ficou conhecido como *Grande Reforma dos Hospitais* ocorrida na última metade do século XVII que tem, como um de seus desdobramentos, o surgimento do asilo tal como foi pensado por Pinel.

¹⁴⁹ CABANIS, J. *Observation sur les hopitaux*, 1790, p. 18.

Assim, Pinel não foi apenas o médico filantropo que libertou os alienados. Ele foi o primeiro a criar, dentro desse contexto de reformas dos hospitais, todo um procedimento hospitalar que deu origem à um novo espaço social da loucura: o asilo psiquiátrico. Portanto, se ele é considerado pai da revolução psiquiátrica não é tanto pelo desacorrentamento dos alienados, mas pela organização de uma estrutura hospitalar. Nas mãos do alienista, o asilo tornou-se um instrumento eficaz contra as doenças mentais.

O que se percebe é esse contraste que marcou o surgimento do hospital psiquiátrico de Pinel no contexto das Reformas Hospitalares do século XVIII. Ele marca precisamente a conquista de um espaço que estava colocado no descrédito, que era visto como um lugar de segregação dos indesejáveis a serviço do arbítrio real e do poder eclesiástico; no mesmo momento também que uma corrente desinstitucionalista animada pelos convencionais pretendia abolir o complexo hospitalar junto com os últimos bastiões do Absolutismo defendendo uma política de assistência ao domicílio. A invenção do asilo psiquiátrico foi a imposição desse estabelecimento colocado no descrédito e a sua recuperação como meio terapêutico. Esse movimento caracteriza-se, portanto, pela recuperação de uma velha face da organização hospitalar carregada de ódio e visto com desprezo pelos espíritos esclarecidos. A reforma que é atribuída a Pinel e que deu origem ao asilo psiquiátrico é, portanto, a recuperação da instituição hospitalar caída no descrédito.

Síntese alienista, portanto, entre uma teoria da alienação mental e uma prática hospitalar. Podemos retomar algumas afirmações à luz dessas discussões. Assim como os alienistas não efetuaram uma ruptura epistemológica em relação à loucura, também não efetivou nenhuma novidade em relação ao contexto de reformas, ela apenas recuperou, em sua prática asilar, uma parte do complexo hospitalar, salvando-a de seu descrédito. Isso demonstrou que a captura psiquiátrica se operou em dois níveis. Primeiro referindo a um corpus teórico já arcaico, como vimos, no momento de seu nascimento. As classificações nosográficas de Pinel e dos alienistas do final do século XVIII encontravam-se em defasagem

ao conhecimento científico em medicina. A abertura de cadáveres, tida como o procedimento científico na época, ainda é considerada, pelos alienistas, um obscurantismo metafísico. Em seguida, os alienistas inscreveram esse corpus defasado em um espaço hospitalar *também* arcaico. As reformas que se atribuem a Pinel são na verdade a recuperação desse modelo institucional já defasado. Inscrevendo esse corpus médico em um espaço hospitalar em vias de reestruturação segundo os critérios médicos, os alienistas criaram o asilo psiquiátrico moderno.

Portanto, *código médico* já ultrapassado, *ambiente médico* também arcaico. Um devaneio político encontrou assim sua expressão em uma referência médica já ultrapassada. O asilo é a reinterpretação do antigo espaço de enclausuramento em função de uma nova pedagogia autoritária. Dessa dupla inscrição, o saber psiquiátrico soube impor às suas práticas, o selo médico. Desta forma a questão da cientificidade da medicina deve ser compreendida se levarmos em conta que ela não coloca nenhuma mutação na ordem do saber, mas em compensação soube demarcar, com o selo médico, seus territórios, inscrevendo práticas que diziam respeito às técnicas de moralização e de uma pedagogia da ordem mais do que as operações exploratórias no campo da medicina científica propriamente dita.

Os critérios dessa dupla inscrição, portanto, não eram os da medicina vigente na época. Mas por esse mesmo motivo, permitiu à psiquiatria cobrir um campo de legitimação muito mais amplo do que a própria medicina. Assim, da mesma forma que legitimava uma pedagogia autoritária como uma prática médica sem nenhuma referência aos critérios médicos da época, a psiquiatria constituía-se como a segmentação de um grupo no seio dos profissionais da assistência. *Da mesma forma*, ou seja, nem mais nem menos. A psiquiatria podia funcionar, portanto, tanto como um ramo especializado da assistência como uma teoria médica. Essa dinâmica conferiu a ela um vasto campo de atuação.

É por esse mesmo motivo que, desde o seu nascimento, a psiquiatria sempre teve um papel ambíguo. Ela era responsável, *ao mesmo tempo*, por neutralizar o indesejável e curar, *se possível*:

Não é deliberadamente que se procura isolar um alienado, a necessidade faz a lei. A calamidade está na loucura e não na medida. Curar se possível, prevenir dos desvios perigosos, tal é o dever imposto pelas leis da humanidade e da preservação social.¹⁵⁰

“*A necessidade faz a lei*”. O caráter duplo da psiquiatria expresso por Cassimir Pinel neste trecho de “*De l’isolement des alienés*”, sua função de “*curar se possível*” e “*neutralizar os desvios perigosos*” é o que define a vocação de toda a primeira escola alienista.

Podemos concluir dizendo o seguinte: se a etiqueta médica possibilitou uma certa credibilidade científica a um projeto político, em contrapartida, esse mesmo projeto definiu os critérios de cientificidade a serem desenvolvidos. Por isso, eles nem mesmo tomaram muita distância em relação à interpretação do senso comum em relação à loucura. Suas nosografias reiteravam as noções de ordem da sociedade estabelecida. Estabelecendo suas práticas como extensão das estratégias dominantes, eles ficaram ao mesmo nível das tecnologias da assistência que visavam à manutenção da ordem. Eis as faces de uma mesma operação, analisada nos dois primeiros capítulos que constitui o núcleo da problemática do alienismo.

Neste capítulo observamos que com conhecimento da loucura, a *captura psiquiátrica*, a loucura é liberada das correntes, mas aprisionada por um saber objetivante. A retirada das correntes trouxe em outro aspecto o aprisionamento do louco e o seu confinamento asilar. A partir da separação dos loucos dos demais desviantes, o alienado adquiriu um saber

¹⁵⁰ “Ce n’est point de gaieté de coeur l’on songe à isoler un aliéné, nécessité vaut loi. La calamité est dans la folie, non dans le mesure. Guérir s’il possible, prévenir de dangereux écarts, tel est le devoir imposé par les lois de l’humanité et de la preservation sociale. L, Cassimir. De L’isolement des aliénés. *Journal de Médecine*, t. I, 1861, p. 181. Cabe lembrar que Cassimir Pinel era sobrinho de Philippe Pinel e possuía um castelo em Saint James, nos arredores de Paris, onde funcionava sua casa de saúde particular.

especialmente destinado a sua doença mental. No momento em que a loucura tornou-se uma doença, por um gesto de captura, ela pôde ser isolada em um espaço próprio as suas especificidades. O gesto que faz da loucura uma doença transformou também o espaço social do louco, criando o *hospício*, um lugar em que o louco é seqüestrado, porém, por outras razões do que os demais desviantes: o motivo não é a transgressão, mas a doença. Portanto, um mesmo gesto de criação de um *corpus* teórico (transformação da loucura em doença) e formação de um espaço hospitalar específico (surgimento do hospício) que analisamos nesses dois capítulos iniciais.

Na segunda parte desse estudo, iremos analisar a constituição da psiquiatria brasileira. As aquisições destes dois primeiros capítulos nos ajudam a compreender quais os desafios impostos pela psiquiatria no Brasil no início do século XIX. Quais as rupturas e quais as continuidades em relação à psiquiatria francesa do início do século XIX podemos perceber? Portanto, a segunda parte deste trabalho pretende articular as questões que fizeram parte dos problemas políticos e epistemológicos da psiquiatria européia e mapear sua difusão e extensão entre os médicos brasileiros. Com certeza a psiquiatria francesa foi a principal referência dos médicos do Rio de Janeiro, o primeiro grande centro de difusão do saber psiquiátrico no Brasil. Quase na mesma época em que esses médicos franceses escreviam seus principais textos, os primeiros psiquiatras brasileiros começavam a defender no Brasil os mesmos procedimentos e princípios teóricos realizados em países *civilizados*.

A etapa seguinte, portanto, visa focalizar a constituição do saber psiquiátrico no Brasil, não perdendo de vista as aquisições destes dois capítulos iniciais, pois eles servem de fio condutor também para os principais problemas epistemológicos com que os médicos brasileiros se deparavam. Nosso objetivo seria o de demarcar a maneira com que as discussões dos médicos europeus foram absorvidas no contexto brasileiro, a forma com que

esse referencial teórico influenciou o saber médico no Brasil, as instituições e também o ensino de psiquiatria.

PARTE 2

“AOS LOUCOS, UM HOSPÍCIO!”: SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

CAPÍTULO 3

INSTITUIÇÕES MÉDICAS E O SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

Esta segunda parte do trabalho visa analisar o surgimento da Psiquiatria no Brasil. Porém, antes de buscar analisar as influências do alienismo francês entre os médicos brasileiros, seria necessário compreender a organização das instituições médicas no Brasil, visto que a maneira como foi exercida a medicina no período colonial até meados do século XIX permanece atrelada as instituições médico-administrativas portuguesas, como a Fisicatura. Antes de compreender os primeiros textos relativos à alienação mental entre os médicos brasileiros será portanto, necessário um desvio para compreender a forma como a discussão sobre a loucura teve origem no pensamento médico brasileiro.

No século XVIII a questão da medicina, da relação saúde-doença, começa a ser tematizada como um problema do Estado, dando o surgimento ao conceito de *Polícia Médica*.¹⁵¹ Autores como Chadwick na Inglaterra, Meyne na Bélgica, Emil Behring e Rudolf Virchow na Alemanha começavam a demonstrar as preocupações com relação a questão da saúde da população.¹⁵² No Brasil, as primeiras formulações da medicina se articularam a duas propostas fundamentais : a higiene das cidades e a regulamentação da profissão médica. Esses dois processos demonstram como, no século XIX , a medicina brasileira buscava uma fundamentação teórico e prática, afim de abarcar não a relação entre o homem doente e o médico, mas o social. As propostas foram apresentadas por diversos setores da sociedade

¹⁵¹ O conceito de *Polícia Médica* (*Medicinschen Polizey*) foi formulado no final do século XVIII por Johan Peter Frank e dizia respeito a maneira como o Estado deveria se encarregar com as questões da saúde com o objetivo de conservar o bem estar da população e garantir a boa administração do Estado. ROSEN, Op. cit, p. 171.

¹⁵² Esses diversos autores, em contextos diferentes, analisaram as relações entre as doenças e as causas sociais. Cf. ROSEN, Georges. O que é Medicina Social. : De Virchow a Grotjan. Inglaterra, Bélgica e Alemanha até 1900. In :, op. cit, Pp. 77-141.

brasileira e representavam a busca da hegemonia de um projeto político através da legitimação de um discurso científico.

Porém, para analisar o surgimento de um discurso médico será preciso recuar primeiramente para a análise das práticas médicas no Brasil. Isso implica em investigar a própria forma de exercício da arte de curar no Brasil no período anterior ao século XVIII e que tem suas origens na administração portuguesa. A medicina brasileira, portanto, inicia-se dentro do projeto mais global de uma medicina de Estado, fortemente administrada por órgãos político-administrativos do Estado. Porém, no século XVIII a medicina brasileira passa por um processo de legitimação. O discurso sobre a higiene das cidades serviu como suporte para as justificativas de atuação da medicina na sociedade. Vejamos, primeiro, este conjunto de transformações que atingiu a medicina brasileira para, na etapa seguinte, compreender o contexto do surgimento da Psiquiatria no Brasil.

3.1 FÍSICOS, BOTICÁRIOS E CIRURGIÕES : A ARTE MÉDICA EM PORTUGAL ATÉ MEADOS DO SÉCULO XVIII

Durante boa parte do período colonial, o Brasil carecia da existência de uma prática médica efetiva. São bem conhecidas a falta de médicos na colônia e sua constante requisição junto à metrópole. O médico na colônia obedecia à uma indicação pessoal do rei, era confirmado pelos cargos de instância máxima do governo colonial, e sua indicação dependia da conduta, idade e local daquele que era enviado. A carência de médicos profissionais na colônia era um fato evidente. Desde a Idade Média, a administração portuguesa mantinha duas formas de atenuar a falta de médicos. A primeira, mais rara, era a de iniciar os estudos dos médicos nas escolas de aprendizado e terminar os estudos em Paris. Existiam casos isolados de médicos que iniciaram suas práticas nos mosteiros portugueses e terminaram sua formação nos estabelecimentos franceses. A partir de 1288, a Faculdade de Coimbra recebeu

do Papa Nicolau IV, o direito de conceder o grau de Licenciatura em Artes, Direito Canônico e Civil e de Medicina. Assim, a Faculdade de Coimbra passou a desempenhar, do século XIII em diante a principal função na formação de médicos portugueses.¹⁵³

O ensino médico nessas faculdades era feito numa cadeira denominada Física. Daí os primeiros médicos portugueses também serem conhecidos como *Físicos*. A partir do século XVI, o ensino médico já contava com um curso de 5 anos de duração, em que as matérias eram distribuídas em Prima, Véspera, até chegar a Noa. O método de ensino era rudimentar, consistia na leitura de textos como de Hipócrates, Galeno, Avicena, etc. Somente com as reformas do Marquês de Pombal o ensino médico tornou-se mais científico, sendo ministradas aulas de anatomia, dissecação, observação em hospitais. Assim, o curso de medicina formava três níveis de profissionais na área médica : *Licenciados*, ou seja, aqueles que concluíam um curso de formação básica na Faculdade de Coimbra ; os *Bacharéis*, que cursavam cinco anos e ao final elaboravam suas conclusões magnas ; e os *Doutores*, com cinco anos de formação e defesa de tese.

Entender essa estrutura da organização do governo português é fundamental para entender a prática médica no Brasil. Afinal, os médicos que atuavam no Brasil eram, quase todos, formados em Coimbra. A escassez de profissionais médicos se dava ao fato de o ensino superior ser proibido nas colônias. Por outro lado, também havia pouco interesse dos próprios médicos portugueses em virem para o Brasil.

Um lugar a parte na arte de curar as doenças era desempenhado pelos Cirurgiões. Os cirurgiões eram encarregados de pequenas operações, com a prerrogativa de exercer esse ofício nos locais onde não houvesse um médico. A sua formação não era universitária, eles se habilitavam na prática, depois de conhecerem o ofício, frequentando as atividades nos hospitais ou simplesmente acompanhando as atividades de um médico formado. Depois de aprovados em um exame perfunctório, recebiam uma carta de *Cirurgiões-Barbeiros*. Essa forma de exame garantia o exercício de uma classe de aprovados num processo mais simples

¹⁵³ Cf. SANTOS FILHO, Lycurgo. *História Geral da Medicina Brasileira*. São Paulo : Hucitec, 1977.

e que garantiam os direitos de exercício da arte médica. Cabia a um órgão específico da administração portuguesa, a Fisicatura, a fiscalização dos profissionais de medicina.

A prática médica em Portugal tinha seu exercício integrado a um dispositivo político-administrativo, a Fisicatura.¹⁵⁴ Ela foi criada por D. João VI e depois aperfeiçoada por D. Afonso. Em 1488, as Ordenações do Reino determinavam que a Fisicatura tinha a atribuição de criar as funções de Físico-Mor e de Cirurgião-Mor. O Físico-Mor tinha atribuição geral de controle da medicina, enquanto o Cirurgião-Mor controlava as questões relativas a cirurgia. Cabia a Fisicatura fiscalizar o cumprimento dos regulamentos sanitários e de conferir as cartas de licenciamento para as práticas médicas. Ao Cirurgião-Mor cabia o poder de outorgar a licença de cirurgião e cirurgião-barbeiro. O cirurgião-barbeiro tinha sua atuação bastante restrita em locais onde não havia médico. Além de barbear e cortar cabelo, cabia a ele o emprego de ventosas, sarjaduras e extrações de dentes. Enfim, cabia ao cirurgião-barbeiro as atividades de menor importância, para os quais bastava apenas certa habilidade manual. Por isso, na hierarquia de valores das artes médicas, o cirurgião-barbeiro ocupava o posto mais baixo.

Em Portugal desenvolvia-se ainda uma outra classe dentro do ofício médico denominados Algebristas. *Al-jabr*, do árabe, significava restauração. Os algebristas eram especializados em tratar de fraturas e deslocamentos dos ossos. Ficaram conhecidos como os endireita.

Outra função de destaque nas práticas médicas era a do Boticário. Embora existam poucos estudos sobre as funções exercidas por boticários e cirurgiões-barbeiros no Império Português, é necessário fazer algumas observações sobre sua peculiaridade dentro das práticas médicas. Os boticários eram encarregados de fornecimento de remédios prescritos pelos médicos. Na prática, porém, eles acabavam tomando o monopólio dos remédios, passando também à indicá-los. O boticário não possuía aprendizado em medicina, nem

¹⁵⁴ Cf. MACHADO, Roberto et al. *Danção da norma* : medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro : Graal, 1978, Pp. 25-27.

dispunha de um curso acadêmico. Sua formação se dava num período de aprendizagem em boticas já existentes e que após certo período prestavam exames perante a Fisicatura. Com uma carta de habilitação, estava apto para instalar sua própria Botica. Essa arte consistia em manipular receitas, algumas manuscritas, mas a maioria contida em manuais. O progresso dos conhecimentos levou a formulação de uma profissão farmacêutica e a reforma Pombalina oficializou o ensino, criando uma cadeira de Matéria Médica e Farmacêutica. Foi mais tarde, no século XVIII, que Maria I ordenou a uniformização das práticas, criando em 1794 a Farmacopéia Geral para o Reino e Domínios de Portugal.¹⁵⁵

No que se refere ao Brasil, a função de fiscalização competia aos delegados indicados pelo Físico-Mor e pelo Cirurgião-Mor, os quais nem sempre tinham habilidades suficientes para exercerem essa função de fiscalização e julgamento da arte médica. Já em meados do século XVIII o Conselho Ultramarino decidira que as atribuições de Fisicatura exercidas nas colônias deveriam ser realizados por delegados formados pela Universidade de Coimbra.

Em 1782, os cargos de Cirurgião-Mor e Físico-Mor foram substituídos por um órgão administrativo denominado Proto-Medicato com funções muito similares à extinta Fisicatura e que também funcionava no Brasil por meio de seus delegados. Porém, a instauração do Proto-Medicato teve curta duração, em 1809, já quando a família real estava instalada no Rio de Janeiro, o cargo de Físico-Mor foi restabelecido com a função mais ampla de encarregar-se dos problemas de saúde do Reino.¹⁵⁶ O príncipe regente D. João VI, em 22 de Janeiro de 1810, estabeleceu o Alvará no qual o Brasil recebia a denominação de Estado do Brasil e o Juiz Comissário, delegado do Físico-Mor, seria encarregado de fiscalizar o exercício da medicina, e podendo conceder licença aos cirurgiões-barbeiros que prestassem exames perante uma Junta organizada por ele. Estas cartas de licença provisórias eram o que garantia o exercício de médicos brasileiros até o surgimento das Academias de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro.

¹⁵⁵ MARQUES, Vera Regina B. *Do Espetáculo da Natureza à Natureza do Espetáculo* : boticários do Brasil setecentista. Campinas : (Doutorado em História, Unicamp), 1998, p.59

¹⁵⁶ SANTOS FILHO, Op. cit, p. 269

3.2 PRIMÓRDIOS DA ARTE MÉDICA NO BRASIL : A ESCOLA TROPICALISTA BAIANA E A ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA NO RIO DE JANEIRO

Como vimos, no período colonial, o exercício médico era bastante limitado na Colônia. Era restrito aos médicos indicados pessoalmente pelo Rei, e aos representantes do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor na colônia. A partir de 1810, os cirurgiões-barbeiros no Brasil obtiveram a oportunidade de obter licenças perante uma Junta organizada pelo Juiz Comissário do Reino, delegado do Físico-Mor, que tinha atribuições amplas de organizar o sistema de saúde no Reino. Esse modelo permaneceu no Brasil até o século XIX, quando foram implantadas as Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro.

Assim, num primeiro estágio, os médicos eram todos de Portugal. A vinda para o Brasil tinha poucos atrativos para médicos portugueses e a proibição do ensino de medicina contribuíam para a escassez de médicos no Brasil. Assim, o período colonial é marcado por uma espécie de livre exercício da arte de curar. A correlação saúde-doença era uma questão que estava muito mais no domínio das práticas indígenas, dos negros e dos jesuítas do que dos médicos formados em Coimbra.¹⁵⁷ Numa segunda fase, com o enriquecimento da colônia, os brasileiros começavam a se instruir na Europa. O historiador da medicina brasileira, Pedro Salles, analisou como essa etapa foi caracterizada pela ida dos brasileiros à França. Segundo Salles, ao invés de optarem pelo mais natural, seguir seus estudos na Universidade de Coimbra, os brasileiros preferiam optar pela Faculdade de Montpellier.¹⁵⁸ No final do século XVIII, como vimos, a Faculdade de Montpellier era um espaço agitado que tinham os principais representantes da corrente vitalista como Louis de La Caze,

¹⁵⁷ Exemplo é o quadro ainda descrito por Von Martius no século XIX em VON MARTIUS, F. *Natureza, doença, medicina e remédios dos índios brasileiros*. Rio de Janeiro : CEN, 1939.

¹⁵⁸ Cf. SALLES, Pedro. O grupo de Montpellier. In : *História da Medicina no Brasil*. Belo Horizonte : Ed. Holman, 1971, Pp. 71-85.

Theóphile de Bordeu, Paul-Joseph Barthez e mesmo Cabanis. Assim, as dificuldades da língua estrangeira não impediram esses estudantes brasileiros. Formados na França, esses primeiros médicos, no final do século XVIII começaram a conferir aos médicos brasileiros maior prestígio. Assim, a terceira etapa seria natural : o Brasil passaria a formar seus próprios médicos, criando instituições de ensino de medicina.

O ensino regular das artes médicas teve início, portanto, logo após a chegada de D. João VI no Brasil, em janeiro de 1808. Ela faz parte do processo de modernização imposta pela coroa portuguesa. A transferência do poder político-administrativo de Portugal para o Brasil em 1808 obrigou o Estado português à montagem de um aparato capaz de fornecer elementos para o exercício político e administrativo nesse novo centro. Nesse processo, o governo imperial vai utilizar as estruturas existentes, mas também criando outras instituições no Brasil, quase sempre importando e reproduzindo os modelos já vigentes na administração portuguesa. Assim, as instituições de saúde foram as primeiras a se beneficiarem dessa transferência do palco das estratégias políticas de Portugal para o Brasil.

A criação da primeira instituição de ensino da arte médica ocorreu logo após a visita de D. João VI à Bahia, sobretudo pela sugestão do Cirurgião-Mor José Correia Picanço, que alertou D. João sobre a necessidade de criação de uma escola cirúrgica. Assim, a carta régia de 18 de fevereiro de 1808 fundou a Escola de Cirurgia de Salvador, **Fig 5** dando início a primeira estrutura de ensino médico no Brasil. Inicialmente, com uma estrutura precária e um currículo pouco organizado, a Escola de Cirurgia funcionou no Hospital Real Militar em Salvador. Mais tarde, em 1815, a Escola de Cirurgia passou a chamar Academia-Médico Cirúrgica, sendo os cursos transferidos para a Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Em 1818, com a reformulação dos planos de ensino da Escola Cirúrgica, foram introduzidos os cursos de Obstetrícia e de Higiene.¹⁵⁹ Em outubro de 1832, com essa experiência embrionária

¹⁵⁹ Cf. MARTINS, Ana Paula Vosne. *Medicina da Mulher*: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX. Campinas : Tese (Doutorado em História, IFCH- Unicamp), 2000, p. 157.

de ensino médico a Bahia contava com a inauguração da primeira Faculdade de Medicina do Brasil.

No Rio de Janeiro, as origens do ensino médico também ocorreu em meados de 1808, quando foi criada a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro. Em 1913, esta recebeu a denominação de Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro.

Assim, tanto no caso do Rio de Janeiro quanto da Bahia, o ensino médico teve sua origens nos Hospitais Militares, ao passo que os cursos de Medicina e Cirurgia ganharam mais consistência com a transferência do ensino médico para as Santas Casas de Misericórdia. No mesmo ano, em 1832, portanto, foram criadas a Faculdade de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro.¹⁶⁰. Os primeiros textos que foram utilizados nas Faculdades de Medicina eram obras francesas. A precariedade das práticas médicas, já descrita por Von Martius em seu livro sobre a medicina indígena, tem seus reflexos no discurso médico das Faculdades de Medicina no Brasil. Dissociado da prática, esses trabalhos tornaram-se essencialmente teóricos, livrescos.

Uma das grandes características dos primeiros trabalhos apresentados nos primeiros anos das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia é a sua natureza teórica e, em grande parte, descolada do contexto brasileiro, corroborando apenas com os estudos de médicos estrangeiros sobre o tema. Adotando sistemas e teorias médicas, algumas já ultrapassadas na Europa, baseando-se em compêndios médicos estrangeiros, notadamente franceses, a produção da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro permaneceu, assim, essencialmente teórica. Porém, a riqueza deste momento é exatamente pela maneira como as teorias vigentes na Europa, como o animismo, o vitalismo, e os nomes dos médicos como Broussais, Cullen, Richerand e Pinel começam a ser incorporados na produção médica brasileira.

¹⁶⁰ SANTOS FILHO, Op. cit, p. 9-10.

Os médicos mais destacados são, em geral, os professores. Muitos deles estrangeiros e que estão imbuídos dos preceitos científicos europeus, buscando atualizar esse conhecimento no contexto brasileiro.

Esse momento, portanto, é bastante rico. Ele também é marcado pela forte disputa entre o saber teórico produzido nas faculdades de medicina e o “curandeirismo” e o “charlatanismo”, ou seja, a livre prática da medicina, que era predominante em todo o território brasileiro. Um dos médicos que mais se preocupavam com essa questão é o francês Francisco Xavier Sigaud, autor de um livro intitulado *Du climat e des maladies du Brésil*.¹⁶¹ Assim, podemos dizer que as práticas médicas se desenvolveram lentamente, fora dos grandes centros europeus, em um ambiente bastante precário.

No Rio de Janeiro, porém, a cartada decisiva do poder médico ocorreu sobretudo com a origem da Academia Imperial de Medicina. Foi com ela que o discurso médico no Brasil começou a sofrer um processo de legitimação. A Academia Imperial de Medicina teve sua origem na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1829, o mineiro Joaquim Cândido Soares Meirelles, formado pela Escola de Cirurgia da Bahia, retornando de Paris, conheceu o médico italiano Luiz Vicente De Simoni, instalado no Brasil desde 1817 e que trabalhava no serviço clínico da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Nessa mesma época juntou-se ao grupo o médico francês Francisco Xavier Sigaud. Das reuniões na casa de Sigaud, na Rua do Rosário n. 70, surgiu a idéia de formar a primeira associação médica no

¹⁶¹ Francisco Xavier Sigaud (1796-1856) era formado em medicina pela Faculdade de Estrasburgo em 1818. Veio para o Brasil em 1825 e teve grande parte de sua carreira médica ligada as instituições do Rio de Janeiro como a fundação da Academia Imperial de Medicina, a criação da primeira revista de medicina do Brasil, os *Annaes de Medicina, Cirurgia e Pharmácia*, entre outras realizações. Além da medicina, Sigaud era um apaixonado por História Natural, tendo excursionado por diversas províncias no Brasil. Foi a partir do seu conhecimento sobre a diversidade climática e geográfica das regiões do Império que ele publicou em Paris em 1844 seu *Du Climat e des Maladies du Brésil*. A idéia de Sigaud era fazer um extenso inventário sobre as correlações entre os fenômenos patológicos e o padrões sócio-culturais do Brasil. Com base numa extensa série de dados, o livro se divide em quatro partes, que se dedicam respectivamente a Climatologia, Geografia Médica, Patologia Intertropical e Estatística Médica do Brasil. Além de ser uma obra enciclopédica, toda a primeira parte procura fazer uma reflexão sobre o exercício da arte médica no Brasil, enfocando a questão do curandeirismo e do charlatanismo na arte de curar. Cf. FERREIRA, Luiz Otávio. Francisco Xavier Sigaud: um personagem esquecido, uma obra reveladora. *História, Ciência e Saúde*, vol. V, n. 01, 1998. Pp. 126-127.

Brasil, tendo como inspiração a Academia Real de Medicina que fora fundada por Felix Vicq d'Azyr na França no final do século XVIII. Logo após formulado o plano, juntaram-se a eles o médico português José Martins da Cruz Jobim e o francês Jean Maurice Faivre. Os estatutos da Sociedade de Medicina foram aprovados na noite de 28 de maio de 1829. O preâmbulo do primeiro estatuto continha o seguinte texto :

A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro institue-se para se occupar de todos os objectos que podem contribuir para os progressos de differentes ramos da arte de curar ; para communidar ás autoridades competentes pareceres sobre hygiene pública ; para responder ás questões do Governo sobre tudo o que respeita á saúde pública, principalmente sobre as epidemias, casos de medicina legal, doenças reputadas contagiosas e capazes de serem importadas de paizes estrangeiros ; sobre a propagação da vacina, o exame de remédicos novos e secretos, de descobertas que podem ter resultados vantajosos ou nocivos sua applicação na medicina, sobre aguas mineraes naturaes ou facticias, as epizootias, etc. O fim da Sociedade é melhorar o exercício da medicina e esclarecer as questões numerosas que respeitam à salubridade do Imperio. Por isso ella será composta especialmente por médicos que contrhaem a obrigação de communicar aos seus collegas tudo o que lhes pode fornecer a sua prática , a sua leitura e as suas meditações particulares. A Sociedade , estabelecendo assim um meio de união entre os homens da arte, contribuirá para exercitar e entreter entre eles a emulação , o amor das ciências e uma amizade fraternal. Constituída em corpo científico, a Sociedade tornará uma guarda vigilante da saúde pública, (...) um apoio salutar ao Governo, assignalando as causas que ameaçam a saude publica, traçando regras de conducta na invasão das marcha das epidemias, propondo leis sanitárias em harmonia com o estado actual dos conhecimentos médicos com relações com os povos e instituições constitucionais do Brasil.¹⁶²

Esse longo trecho requer uma observação. Pela primeira vez, um grupo de médicos se propõe a ser um instrumento científico auxiliar do Estado. Trata-se não apenas de cuidar da saúde dos homens, mas de propor regras de higiene capazes de dar conta das propostas de controle da política do corpo social. Assim, como sociedade científica, a Sociedade de Medicina propunha um plano de controle dos costumes sexuais, alimentares, das normas de habitação e de comportamentos sociais. Nesse processo de constituição das estruturas político-administrativas do Império, os médicos submetem sua atuação ao Estado, o qual se colocam como consultores, conselheiros, pareceristas. Assim, um corpo de conhecimento teórico, torna a forma de uma intervenção política da medicina.

¹⁶² Cf. NASCIMENTO, Alfredo. *Academia Nacional de Medicina* (1829-1929). Rio de Janeiro : Imprensa Nacional, 1929, Pp. 52-53.

Portanto, podemos perceber que, no início do século XIX, a instauração de uma medicina no Brasil foi o produto histórico de propostas diversas e até mesmo antagônicas. Diversos modelos e filosofias médicas se impuseram, sempre ligados a um projeto de intervenção a sociedade brasileira. A medicina começou a funcionar, portanto, como um instrumento político de intervenção social. A formulação de uma estratégia de consolidação das práticas médicas estava ligada a diferentes grupos em busca de sua hegemonia. A consolidação de um discurso científico estava atrelado portanto hegemonia de um grupo político. Duas propostas se evidenciaram no início do século XIX : a *Academia Imperial de Medicina* e a *Escola Tropicalista Baiana*. Embora os dois grupos partissem de pressupostos teóricos semelhantes, elaboraram diferentes projetos de intervenção.

Em 1832, o imperador transformou a antiga Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, conferindo o título de Academia Imperial de Medicina. A proposta da Academia de Medicina estava ligada às elites pecuárias e agro-exportadoras, e seu discurso se voltava para o trabalhador urbano e para a construção da higiene das cidades. Este se tornou o discurso oficial do Império.¹⁶³ Baseado no princípio da medicina clínica francesa *Conhecer é reconhecer*¹⁶⁴ os médicos do Rio de Janeiro buscavam uma descrição detalhada das doenças acompanhada de uma exaustiva análise das relações de causa-efeito. A preocupação central dos médicos da Academia não girava em torno da saúde do indivíduo, mas da saúde coletiva, da higiene das cidades. A manutenção da higiene pública deveria ser garantida com base na intervenção sobre o meio ambiente, do esquadramento social, do controle da população e até mesmo da mudança de hábitos e costumes populares. Assim, seu projeto de intervenção justifica sua atuação no meio afim de zelar pela ordem social, garantindo também ordenar a segurança e o bem-estar do Estado. As discussões da Academia Imperial de Medicina giravam, portanto, em torno das questões relativas à higiene do meio urbano : drenagem dos

¹⁶³ LUZ, Madel. *Medicina e Ordem Política Brasileira*. Rio de Janeiro : Graal, 1981.

¹⁶⁴ Cf. FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*, Op. cit, p. 08.

pântanos, combate às epidemias, localização de fábricas, matadouros e cemitérios, constituição de um hospital, influências do meio físico sobre a saúde da população, etc.

A Escola Tropicalista Baiana era formada inicialmente por médicos estrangeiros. O médico português Antônio Silva Lima, o inglês James Patterson e o alemão Otto Wücherer. Os médicos tropicalistas da Bahia não faziam parte, em sua maioria, da Faculdade de Medicina da Bahia. Eram médicos atualizados, de grande erudição e que sempre estavam em consonância com a bibliografia médica que se desenvolvia na Europa. Esses médicos começaram a se reunir, por volta de 1865, na casa de Patterson. Com reuniões noturnas quinzenais, formaram o grupo que constituiu a Escola Tropicalista Baiana. Nessas reuniões, as principais discussões pautavam-se pelos temas relacionada a Anatomia e Cirurgia. Em 1866 fundaram a *Gazeta Médica da Bahia*, que passou a publicar os principais textos da Escola Tropicalista Baiana. Patterson e Wucherer descreveram, com base na dissecação e na anatomia, diversas doenças epidêmicas. Patterson publicou na *Gazeta Médica da Bahia* seus resultados sobre a *cholera-morbus* e sobre febre amarela; Wucherer sobre ancilostomíase e filariose e a sintomatologia dos venenos ofídicos; Silva Lima descreveu a Berberi.¹⁶⁵ Como se vê, partindo da observação direta e das dissecações os médicos da Escola Tropicalista buscavam estudar a realidade das doenças brasileiras.

Diferente da Academia Imperial, a Escola Tropicalista Baiana nunca obteve a hegemonia nas políticas de Saúde do Império. O modelo de atuação da Escola Tropicalista também era diferente da influência francesa dos médicos do Rio de Janeiro. Tendo como ponto de preocupação a força-de-trabalho escrava, os médicos baianos também se orientavam por outros pressupostos científicos. Seu saber baseava-se na *observação direta*, através de autópsias e descrição das observações das doenças, seguindo o modelo alemão.

Decorre dessa diferenciação de modelos teóricos duas correntes distintas na medicina brasileira no início do século XIX. Enquanto a Academia Imperial de Medicina voltava-se mais para as questões da *Higiene*, descrevendo o meio físico e tentando compreendê-lo para

¹⁶⁵ SANTOS FILHO, p. 177.

elaborar um projeto de intervenção na sociedade, os médicos da Escola Tropicalista especializaram-se na *Medicina-Legal*, dando ênfase nas autópsias para o conhecimento das doenças.¹⁶⁶

Torna-se importante, portanto, salientar que embora existissem modelos diferentes de relações teórico-práticas do saber médico, foi o modelo proposto pela Academia Imperial que se impôs e determinou as políticas de Saúde no Brasil no início do século XIX, conferindo não apenas a imposição de um modelo científico, mas também a hegemonia política de um grupo de médicos. Somente no final do século XIX, quando a corrente organicista colocar de volta a preocupação com a medicina-legal, médicos baianos como Nina Rodrigues voltaram a tomar destaque na cena brasileira.

3.3 A LOUCURA NA LITERATURA MÉDICA BRASILEIRA

Foi nesse mesmo meio que conquistou a hegemonia no discurso teórico do saber médico e nas políticas de saúde do Império que surgiram os primeiros textos em que a loucura apareceu como um problema. A preocupação inicial era em relação à existência de loucos perambulando livremente pelas ruas.

Assim, a primeira vez que os médicos brasileiros começam a perceber o problema da loucura, esse projeto está inserido no processo mais amplo de transformação da sociedade brasileira. O mesmo grupo que impôs as políticas de saúde no Brasil será o primeiro a se manifestar em relação aos problemas da loucura. Inicialmente o discurso se voltava para a questão dos loucos circulando livremente pelas ruas do Rio de Janeiro, logo transformou-se num movimento, por parte dos médicos da Academia Imperial de Medicina, pela construção de um asilo psiquiátrico no Brasil.¹⁶⁷

¹⁶⁶ Cf. LUZ, Madel. Op. Cit.

¹⁶⁷ ENGEL, Magali. *Delírios da Razão* : Médicos, Loucos e Hospícios. Rio de Janeiro, 1830-1930. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2001.

Em 1835, o médico francês Francisco Xavier Sigaud escreveu o primeiro texto abordando a questão da loucura. Seu artigo intitulava-se *Reflexões sobre o livre trânsito dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro*.¹⁶⁸ No início de seu texto Francisco Sigaud faz um inventário sobre diversos personagens conhecidos das ruas do Rio de Janeiro : o padre Quelé, Maria-Doida, Capitão Nabuco, Bolenga, Chico Cambria, o Filósofo-do-Cais, e outros personagens que perambulavam pelas ruas do Rio de Janeiro.¹⁶⁹ O médico da Academia Imperial constata, através desses personagens populares, uma loucura das ruas, tipos populares, personagens caricatos que muitas vezes eram acolhidos e gozavam de apreço popular. Exibindo formas peculiares, provocavam o riso ou o temor, mas atestavam uma presença da loucura no cotidiano das ruas do Rio de Janeiro. Retomando essa presença da loucura nas ruas, o médico Francisco Sigaud elaborou as primeiras reflexões sobre a presença da loucura no contexto brasileiro. Partindo de situações bastante próximas do seu cotidiano, Sigaud levanta a questão da periculosidade dessa livre circulação dos loucos nas ruas do Rio de Janeiro. O alvo prioritário dos médicos da Academia era, portanto, os loucos que ocupavam os espaços públicos. A livre circulação na verdade representava uma ameaça à integridade física e moral da população urbana. Embora fossem muitas vezes objeto de apreço popular, o médico francês manifestava inquietação e medo de uma manifestação súbita de atos violentos e impulsivos. Esses entes inóxios poderiam, diz Sigaud

(...)enfurecer-se e cometer atos homicidas de repente, e deste modo privar uma família de um filho amado ou uma pessoa útil. Na verdade a sociedade nada ganha com o espetáculo ridículo e hediondo de certos doidos ; a moral pública sofre com sua presença das ruas, e a segurança dos habitantes corre riscos que podem comprometer a vida de alguns deles.¹⁷⁰

¹⁶⁸ SIGAUD, Francisco Xavier. Reflexões sobre o livre trânsito dos doidos na cidade do Rio de Janeiro. *Diário de Saúde*, 1835.

¹⁶⁹ A descrição dos personagens citados encontra-se na narrativa do cronista Mello Moraes M. Filho, *Festas e Tradições Populares do Brasil*, que serviu de fonte para trabalhos como o de Maria Clementina Cunha, que os descreveu no início de seu livro *Cidadelas da Ordem*. CUNHA, Maria Clementina. *Cidadelas da Ordem : A doença mental na República*. São Paulo : Brasiliense, 1990 Col Tudo É História ; e também no artigo de Magali Engel e Luiz Antônio Batista, que retomam essa espécie de cultura popular dos loucos no Rio de Janeiro do século XIX em ENGEL, Magali ; BAPTISTA, Luiz. A desconstrução do manicômio e as interpelações da História. In : *Psicologia Clínica*, vol. 14, n. 1, 2001. , Pp. 27-35.

¹⁷⁰ SIGAUD, Op. cit, p. 07.

A inofensividade aparente dos loucos ocultava, segundo o médico, a periculosidade real da loucura. Sigaud define a tarefa de neutralizar a presença dos loucos nas ruas às Câmaras Municipais. Assim, a função de fiscalização e policiamento contra a presença indesejável desses loucos deveria ser uma questão das municipalidades. A visão dos loucos como personagens sociais, portanto, está muito mais relacionada as questões da higiene das cidades. Embora esses personagens não fossem completamente abandonados, sendo acolhidos pela população urbana, aos olhos dos médicos da Academia Imperial, os loucos circulando livremente pelas ruas estavam completamente abandonados e constituíam, pela sua simples presença nas ruas, um perigo social iminente e uma ameaça à integridade moral da população urbana.

O aparecimento do personagem do louco na literatura médica do início do século XIX é paralelo ao desenvolvimento do alienismo na Europa. Na década de 1830, quando começam a aparecer esses primeiros textos dos médicos da Academia Imperial e que iria desencadear um movimento público pela construção de um hospital psiquiátrico no Brasil, os alienistas franceses gozavam de ampla reputação. No entanto, nesse primeiro texto não percebemos uma filiação teórica direta com os alienistas franceses. A preocupação de Sigaud relacionava-se muito mais com a questão da higiene que caracterizava a implantação de um projeto político-científico por parte da Academia Imperial de Medicina. O louco fez seu aparecimento na literatura médica, tematizada como uma questão próxima aos problemas de higiene das cidades, de ordenamento urbano. A liberdade da loucura corresponderia à ameaça da sociedade. Porém, um projeto de definição de um espaço específico dos loucos ainda não estava colocado. Tal projeto seria objeto de outro texto escrito por um membro da Academia Imperial, Luiz Vicente De Simoni.

Luiz Vicente De Simoni, um dos fundadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, foi o primeiro a colocar a necessidade de construção de um hospital psiquiátrico, nos modelos franceses, no contexto brasileiro.

Inicialmente é preciso notar a precariedade dos serviços hospitalares no Brasil no início do século XIX. Os hospitais de caridade eram, na maior parte, a única solução para as pessoas pobres e cidadãos de segunda classe, como negros, trabalhadores brancos sem posses, marinheiros e soldados.¹⁷¹ Em seu estudo sobre a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Russel-Wood analisou o papel das instituições de caridade nessa função de assistência aos pobres.¹⁷² Em seu estudo sobre a constituição da Obstetrícia e da Ginecologia, Ana Paula Vosne Martins também descreve a situação precária das Santas Casas no início do século XIX, sobretudo as condições relativas às dificuldades de implementação de um sistema de atendimento obstétrico nas situações precárias das enfermarias das Santa Casa.

Com todos os seus problemas os hospitais de caridade tentavam socorrer os desassistidos, mesmo que fosse para ampará-los na hora da morte, já que não haviam muitos meios para debelar a doença. Os hospitais eram divididos em algumas enfermarias, geralmente muito pobres e pouco asseadas, tendo alguns toscos catres, poucos colchões, ou somente esteiras, locais estes onde deviam ser ministradas as aulas práticas. Havia uma enfermaria para mulheres que não era para atendimento obstétrico especificamente, mas todos os tipos de doenças, como a febre amarela, as doenças venéreas e gastro-intestinais e os problemas de pele.¹⁷³

O que dá uma idéia das condições em que eram colocados os loucos que eventualmente eram enviados a essas únicas instituições destinadas a receber uma população pobre. Era essa situação crítica dos loucos internados na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro que levou o médico Luiz Vicente De Simoni a escrever em 1837 o seu artigo sobre *a Importância e a necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial dos alienados*.¹⁷⁴ O texto de De Simoni foi o primeiro, portanto, a propor a construção de um estabelecimento destinado exclusivamente aos pacientes loucos, com uma forma de

¹⁷¹ ABREU, L.: O papel das Misericórdias dos "lugares de além-mar" na formação do Império português. In: *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. VIII, n. 3, set.-dez. 2001, Pp. 591-611.

¹⁷² RUSSEL-WOOD, A.J.R. *Fidalgos e Filantropos*: A Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1550-1755. Brasília: Ed. da UNB, 1981.

¹⁷³ MARTINS, A. *Medicina da Mulher*, op. cit, p. 160.

¹⁷⁴ DE SIMONI, Luiz Vicente. Importância da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. *Revista Médica Fluminense*, n.05, 1839.

tratamento específico para esta doença de caráter especial. O próprio nome sugerido no título, criação de um *estabelecimento especial*, já deixa transparecer a vinculação de De Simoni aos pressupostos do alienismo francês. Pela primeira vez os nomes de Pinel, Esquirol, Falret, Georget, Brierre de Boismont e de outros médicos alienistas foram mencionados na literatura brasileira. Tendo o caráter de desencadear uma discussão pública, e não estrita no meio médico, esse texto é importante, porque define os principais pontos de um projeto de implantação de um modelo asilar no Brasil. Assim, De Simoni começa sua argumentação dessa forma.

De todas as moléstias a que o homem he sujeito, nenhuma há cuja cura dependa mais do local, em que he tratada do que a da loucura. A conveniência, ou idoneidade do estabelecimento em que os loucos são recebidos, he na maior parte dos casos, para a cura huma condição absoluta e sine qua non. A necessidade desta conveniência, ou idoneidade está ligada não só á qualidade das moléstia, como também à dos meios e]com que esta pode, e tem de ser combatida, e que, sem esta condição, não he possível applicar com fructo. Sem o isolamento, a tranquillidade, o silencio, quando elles são precisos, sem as convenientes separações dos loucos em classes, segundo o gênero e espécie de alienação mental, sem o trabalho, as distrações, a ventilação, os passeios, os banhos, as embrocações; sem os meios próprios de effectuar tudo isso, e conter sem barbaridade os furiosos no seo delírio, sujeitando-os docemente ao tratamento que lhes pode ser útil; sem huma grande attenção e cuidado todos dedicados a esta classe de doentes, he quase impossível obter boas curas, e com facilidade.¹⁷⁵

Alguns anos antes, Francisco Xavier Sigaud, sem propor diretamente um plano de construção de um hospício no Brasil, definia, à partir dos defeitos e ineficiências dos espaços existentes, como deveria ser o espaço de isolamento dos loucos:

Um local espaçoso, arejado, no meio do campo, com ruas d´árvores para livre exercício dos doidos, e com água corrente para banhos frios, que são de tanta necessidade no curativo da loucura! Ali não há prisões, nem pancadas, nem divertimento para os visitantes curiosos; há pelo contrário, uma vigilância ativa e inteligente de guardas fiéis, sob a direção de médicos caritativos. O tratamento dos maníacos no Hospital de Misericórdia é uma obra de misericórdia, nós reclamamos uma obra de filantropia!¹⁷⁶

¹⁷⁵ Ibid, p. 185.

¹⁷⁶ SIGAUD, Op. cit, p. 08.

Os textos de Sigaud e de De Simoni, os primeiros do gênero no discurso médico brasileiro, refletem bem a maneira com as primeiras referências aos alienistas franceses são colocados no discurso médico no Brasil. Inicialmente, não há propriamente uma discussão epistemológica do alienismo. Todos os textos mencionados pelos médicos da Academia de Medicina são colocados produzidos para dar subsídios a problemas bem concretos do contexto brasileiro. Ou seja, os nomes de Pinel e Esquirol são requisitados para demonstrar a distância em relação ao tratamento mais humanitário que se estava realizando na Europa e a precariedade da situação dos loucos nas ruas do Rio de Janeiro e da Santa Casa de Misericórdia. Em nome da ciência do alienismo, os médicos brasileiros requisitavam uma outra forma de atuação, não mais na esfera da caridade, mas da ciência ilustrada pelo saber psiquiátrico. Os dois textos, portanto, revelam um conhecimento bastante preciso do contexto brasileiro e da necessidade de empregar, no Brasil, os princípios do alienismo.

Assim, os primeiros debates sobre a loucura no Brasil não partiram de psiquiatras com formação acadêmica. Nenhum deles tinha participado do grupo de Esquirol na Salpêtrière e nem freqüentara os grupos de médicos e filantropos que efetuavam, naquele momento, a dupla inscrição da teoria médica no espaço hospitalar, criando o asilo alienista. Da mesma forma, é importante observar que esses primeiros textos foram assinados por médicos estrangeiros (De Simoni era italiano e Sigaud francês), mas que se estabeleceram no Brasil no início do século XIX e que tiveram grande parte da sua carreira médica relacionada a sua atuação em território brasileiro. Sigaud, por exemplo, é um dos principais responsáveis pelo surgimento de revistas especializadas de Medicina no Brasil, com o apoio do livreiro francês Pierre Plancher, o qual foi um dos principais responsáveis pela divulgação de obras inacessíveis ao público brasileiro, como de Pinel, Broussais, Bichat, Orfila e Richerand.¹⁷⁷

¹⁷⁷ A dupla Sigaud-Plancher foi responsável pela circulação das principais revistas médicas do início do século XIX como os *Annaes de Medicina, Cirurgia e Pharmácia*, o *Semanário de Saúde Pública* e o *Diário de Saúde*. Também foram responsáveis pela tradução e importação de textos de Medicina. NASCIMENTO, A. Os Primórdios da Imprensa Médica, In : Op. cit, 1929, p. 39-42.

Bastante enfocados na situação real dos problemas do Rio de Janeiro daquela época, e com a missão de ser um instrumento científico a serviço do Estado, os médicos da Academia Imperial de Medicina buscavam soluções práticas para os problemas. A maior parte das observações feitas pelas comissões da Academia de Medicina foram amplamente consideradas durante a elaboração do Código de Posturas do Rio de Janeiro.¹⁷⁸

Dessa forma uma das principais críticas dos médicos do Rio de Janeiro era em relação à situação em que os alienados se encontravam na Santa Casa de Misericórdia. As enfermarias colocadas no andar térreo, embaixo da enfermaria-escola, expunham constantemente os loucos ao barulho; as janelas davam para um quintal onde se encontravam bois, bestas e carros, não sendo possível o isolamento necessário para que pudessem ser tratados. Os loucos dormiam em tarimbais ou ficavam presos a troncos fixos, “aonde vão parar por castigo os escravos da casa que cometem faltas.”¹⁷⁹ Assim os alienados achavam-se num espaço onde

As paredes, que separam os quartos uns dos outros, e do corredor, a quatro palmos de distância do tecto, deixam entre elles, e o seu fastigioso hum intervalo aberto, occupado por uma balaustrada de ferro, com largos intervalos que só impedem a passagem de hum para os outros quartos, de maneira que a luz penetra e o ar circula livremente por cima em toda a extensão. (...) Esta vantagem muito apreciável do lado hygiênico torna-se um inconveniente considerado o lado moral, e em relação aos alienados, os quaes na bulha e palavradas dos furiosos, que assim ouvem claramente em todos os quartos, achão-se sempre no meio de causas de inquietação, de perversidade.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Em 1830 a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro formou uma Comissão de Salubridade liderada por Cruz Jobim para fazer um relatório sobre as condições de salubridade da cidade. Esta comissão também visitou as enfermarias da Santa Casa de Misericórdia e é um dos primeiros relatórios oficiais a fazer uma demonstração exaustiva sobre a situação real dos loucos no Rio de Janeiro. O parecer da Comissão de Salubridade foi a base para a elaboração do Código de Posturas de 1830 no Rio de Janeiro. O mais interessante é que a questão relativa aos loucos na legislação municipal aparecia no item relativo à “Limpeza e Desempechamento das Ruas”, em que o art 3 fixava a necessidade de tomar “providências contra a *divagação de loucos, embriagados e animais ferozes que podem incomodar o público.*” (sem grifo no original) Assim, coloca-se numa mesma categoria os loucos, os bêbados e os animais ferozes em relação ao grau de periculosidade que eles apresentam por sua presença no espaço público. Cf. ENGEL, Op. cit, p. 187.

¹⁷⁹ DE SIMONI, op. cit, p. 378.

¹⁸⁰ Ibid, p. 276.

A crítica à Santa Casa aparecia, portanto, como um componente na luta dos médicos pela construção de um hospício de alienados. De Esquirol a Tenon, os médicos europeus já diziam, no final do século XVIII que o princípio que rege uma casa de alienados deveria ser diferente de um hospital de moléstias comuns. Enquanto no hospital a cura não depende necessariamente do espaço, no hospício o próprio hospital é um instrumento de cura. O hospício tornou-se uma evidência incontestável na Medicina brasileira, sua necessidade era irremediável. O incipiente discurso médico da Academia de Medicina já atrelava o cuidado dos loucos à necessidade de construir um hospício:

Depois de Esquirol, Desportes, Pinel, Ferrus, Brière de Boismont, Pasquier, Lowenhaym e outros médicos philosophos, estas verdades não podem ser mais contestadas. Ellas estão provadas não só por argumentos, mas por factos; e as mudanças a que a convicção por ellas produzida tem dado impulso, os sucessos de que estas tem sido coroadas são mui satisfatórios, consoladores e esperançosos para a philosophia e para a humanidade. Rara he a cidade da França, na Itália, na Inglaterra, e nos Estados Unidos da América aonde esta convicção não tenha sido utilmente modificado no sentido dos princípios da medicina physico-moral, e em maior harmonia com as luzes, e progressos do século.¹⁸¹

A principal crítica à Santa Casa, mas também à situação geral em que os loucos se encontravam era a falta de um princípio médico que regesse a instituição. A Santa Casa de Misericórdia não tratava os alienados com os princípios médicos, sendo regidas pelo princípio da caridade. Além disso, pela primeira vez, um termo bastante conhecido na Europa é empregado, *Tratamento Moral*. Porém, a referência a esse princípio ainda é colocada em virtude da impraticabilidade desse recurso. Segundo De Simoni,

Ahi quase nenhum dos meios mais poderosos, o do Tractamento Moral, he praticável : muitos do tratamento physico faltão ou são impossíveis. (...) O resultado he que hum grande número de alienações mentais, aliás curáveis, ali ficam se m cura. Os médicos de mãos atadas por estas circunstâncias, limitão-se a hum tratamento muito imperfeito e quasi todo physico, o qual cifra-se em combater periodo agudo, ou inflammatorio da moléstia, a hemormese que acompanha os accessos mais fortes, e entregão depois os doentes ao tempo.¹⁸²

¹⁸¹ Ibid, p. 242.

¹⁸² Ibid, p. 255.

Da mesma forma como não há meios suficientes, nem médicos em presença constante (para De Simoni, deveria haver dois médicos permanentes em cada estabelecimento), também não haviam formas de cuidados específicos para os alienados. Todo o cuidado aos doentes era feito na Santa Casa pelas irmãs de caridade. De Simoni defendia o cuidado profissional, feito por um enfermeiro, que seria também o auxiliar direto e o braço-direito do alienista.

Estes são escolhidos entre os que há na casa, tirados ordinariamente das classes menos instruídas. Em hum numero tão pequeno, e entre indivíduos e entre indivíduos dessa sorte, torna-se difficil achar hum que reúna todas as qualidades que se requerem em hum enfermeiro de alienados, o qual deve casar a severidade com a doçura, a coragem com a prudência, e que sempre deve ser discreto, caridosos, devendo além disso ter certa esphera intelectual, e moral, que o torne capaz, não só de comprehender bem e cumprir os deveres de seu cargo, mas de entender o médico e doente, e acompanhar aquelle nas suas vistas, indagações e tentativas, e seguir este em toda a variedade e extravagância das suas idéias, hábitos, inclinações, a fim de informar e esclarecer o médico, e ajudal-o na difficil tarefa de penetrar nos esconderijos do coração humano.¹⁸³

Assim, essa evidência é cada vez mais latente. Há necessidade de construir uma nova instituição. O Hospital de Alienados, escreveu De Simoni, é diferente de um hospital comum:

O principio regulador de hum estabelecimento de alienados não pode ser igual ao princípio regulador de hum hospital para enfermos de outras moléstias. Estes dous principios reunidos, e postos em contacto no mesmo estabelecimento, muitas vezes discordarão, e hirão de encontra hum ao outro: neste choque, difficil será que hum delles não succumba á preponderância do outro: o mesmo equilíbrio será muitas vezes neutralisação de forças activas, cujo resultado será a inércia, de maneira que nem hum, nem outro poderá obrar e progredir. Separados, independentes, cada hum obrando então livremente sem peãs, se desenvolverá em toda a extensão, e com toda a perfectibilidadde de que for susceptível. Duas plantas que no mesmo vaso definhavão estéreis, separadas, e postas em dous vasos, vegetarão viçosas, e carregada de fructos. A querer tratar os doudos como convem que se faça, he preciso não só conserval-os em local apropriado, mas que esse local também seja separado, e até afastado de outros estabelecimentos.¹⁸⁴

¹⁸³ Ibid, p. 255.

¹⁸⁴ Ibid, p. 237.

O que os médicos da Academia Imperial de Medicina defendem é a idéia de que o *Hospício* almejado não é um hospital como outros, ele é um instrumento nas mãos de um hábil médico. Por uma série de dispositivos que diferem do hospital comum e também do ambiente da Santa Casa de Misericórdia, os médicos da Academia Imperial de Medicina dedicavam suas críticas à situação deplorável dos alienados como parte da estratégia pela construção de um novo estabelecimento no Brasil, um estabelecimento que estivesse de acordo com os pressupostos do Tratamento Moral, em que se pudesse cuidar convenientemente dos loucos num ambiente isolado, sem as perturbações do espaço físico, dos animais e dos curiosos, um espaço dominado pela ciência.

Parece pouco, mas esses planos pareciam, naquela época, metas muito difíceis de serem alcançadas, devido a situação precária em que se encontrava o cuidado com os loucos. A primeira linha de constituição da Psiquiatria no Brasil, portanto, surgiu com essa crítica. Ela é paralela a outra dimensão, a experimentação teórica da Medicina, que elaborava, neste mesmo momento, um conceito científico da alienação mental.

Paralelamente às discussões na Academia Imperial de Medicina, surgiu a primeira tese acadêmica abordando o tema da alienação mental. Em 1837 o médico Antônio Silva Peixoto defendeu na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro uma tese intitulada *Considerações Geraes sobre a Alienação Mental*.¹⁸⁵ Esta primeira tese acadêmica não só demonstra um interesse crescente pelo tema, mas também é exemplar na forma como a psiquiatria francesa exerceu influência na medicina brasileira. A estrutura desse texto, suas referências teóricas e a abordagem do tema determinou a maneira como diversos outros trabalhos semelhantes incorporaram os referenciais franceses. É, portanto, a chegada dos principais teóricos alienistas na literatura médica no Brasil. Em particular, o nome de Jean-Etienne Dominique Esquirol será, no século XIX, a grande referência da psiquiatria

¹⁸⁵ SILVA PEIXOTO, A. *Considerações Geraes sobre a Alienação Mental*. Rio de Janeiro : Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1837.

brasileira. *Des Maladies Mentales*, publicada em 1838 forneceu a chave para grande parte dos trabalhos no campo da psiquiatria no Brasil.

É significativo que o primeiro trabalho acadêmico sobre alienação mental, escrito por Silva Peixoto em 1837, diz seguir explicitamente a obra de Esquirol. A própria definição de alienação mental já pressupõe, na tese de Silva Peixoto, uma penetração bastante concreta do alienismo francês, sobretudo na sua abordagem em relação ao aspectos morais da loucura:

Moléstia apírica do cérebro, ordinariamente de longa duração, com perturbação contínua ou intermitente das faculdades afetivas e intelectuais, algumas vezes parcial, com ou sem lesão das sensações e dos movimentos voluntários, e sem desordens profundas e duráveis das funções orgânicas.¹⁸⁶

Assim, pela primeira vez, a loucura é abordada em sua dimensão clínica. Os textos de Francisco Sigaud e de De Simoni davam mais ênfase aos problemas caracterizados pela loucura, principalmente do ponto de vista da sua presença indesejada e da sua ameaça à ordem social. Silva Peixoto é o primeiro a colocar uma definição clínica da loucura como uma moléstia que atingiria as faculdades afetivas e intelectuais. Essa definição já demonstra, de saída, que a principal influência do médico brasileiro era o alienismo francês.

A influência de Esquirol também é perceptível em outro aspecto: na classificação das doenças mentais. Em *Considerações Geraes*, Silva Peixoto obedece religiosamente a classificação das doenças mentais proposta por Esquirol e que se transformava, no início do século XIX, numa espécie de *vulgata* alienista:

Definimos *mania* delírio geral com agitação, irascibilidade e furor; *monomania*, delírio parcial, com abatimento, morosidade e inclinação à desaspeção, *demência*, obliteração acidental das faculdades intelectuais; *idiotismo*, obliteração ou debilidade congênita da inteligência.¹⁸⁷

Das quatro categorias – *Mania*, *Monomania*, *Demência* e *Idiotia* - explicitadas por Silva Peixoto e que são, em todos os aspectos, uma reprodução pura da classificação

¹⁸⁶ Ibid, p. 01.

¹⁸⁷ SILVA PEIXOTO, p. 02

esquiroleana, o mais problemático aqui é a definição de *Monomania*. Na Europa, a noção de monomania suscitou grandes discussões, pois reside no fato problemático de que existiria uma espécie de loucura *parcial*, ou seja, que não se manifestaria o tempo todo. O próprio debate em torno do caso Pierre Rivière, descrito por Michel Foucault,¹⁸⁸ exemplifica bem o debate em que os principais psiquiatras da corrente alienista francesa estavam engajados. A noção foi duramente criticada pelo seu emprego abusivo nos meios judiciários a ponto de sofrer um desgaste no início da década de 1820. Casos extremamente difíceis de pessoas que cometiam assassinatos hediondos sem nenhum motivo aparente colocavam em dificuldade essa pretensão dos alienistas em patologizar um setor mais amplo da criminalidade e dos comportamentos. O conceito de *delírio parcial*, que provocou tanta polêmica entre os médicos na França foi incorporado sem nenhuma reflexão mais ampla sobre o assunto. Isso demonstra também uma outra característica dos primeiros textos brasileiros. As principais questões e debates do alienismo francês são reproduzidos pelos primeiros textos brasileiros, como as noções de monomania ou as discussões sobre o físico e o moral na loucura.

Uma das evidências que podem nos ajudar a compreender como o alienismo francês foi absorvido pelos primeiros trabalhos acadêmicos de Psiquiatria no Brasil é a retomada de certas discussões teóricas que faziam parte dos principais problemas epistemológicos da psiquiatria européia naquele momento. Silva Peixoto retomou, ao seu modo, diversos problemas que eram debatidos pelos alienistas franceses. Um exemplo é a discussão sobre o delírio na loucura:

O delírio geral he mais comum, quando há desordens nas faculdades intellectuaes propriamente ditos. O parcial he o mais das vezes relativo aos affectos, e neste caso, a intelligencia he intecta debaixo de muitas relações. Nos delírios geraes, se observa ordinariamente grande agitação. Muitos doentes gritam dia e noite, e he por isso que sua voz he tão alterada que se não pode ouvir a alguma distância. Ainda que isso depende em parte dos gritos, todavia, parece que este symptoma se apresenta por huma

¹⁸⁸ FOUCAULT, Michel. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Rio de Janeiro : Graal, 1977.

influencia nervosa especial, por isso que em muitos esta (...) se declara logo nos primeiros momentos de loucura.¹⁸⁹

Assim como tenta discutir a questão do *delírio* na loucura, outra questão presente é o questionamento da *sede* da alienação mental:

Qual he a sede primitiva da alienação mental? Eis ahi questão que occupa a muito tempo o juízo e attenção dos médicos e por ora nada ainda têm de positivo. Cada hum tem dado sua opinião, querendo que ella prevalesça como certa. Passaremos a referir as opiniões dos que mais particularmente se tem occupado deste objeto. Alguns disserão que, sendo a alienação huma moléstia d'alma era inútil e repugnante procurar sua causa na organização. Mr Foville, combatendo com justiça essa opinião diz que he, como effeito, despojar a alma dos seus nobres attributos, degradal-a a nivelar-se com a matéria e a suscitar a alterações. Os antigos, para explicar a produção da moléstia, recorrerão, como nossa introdução fez mostrar, a huma influencia sobrenatural, ao poder de Deos, do demônio, dos gênios, do espírito e dos astros (...) Mas, graças ao progresso das luzes hoje absurdos e puerilidades desta natureza não recebem senão desprezos.¹⁹⁰

Segundo Silva Peixoto, analisou também em sua tese algumas das causas que predispunha a loucura:

O temperamento nervoso predispõe mais a alienação mental em geral, no entanto que o temperamento sanguineo predispõe particularmente a mania; o nervoso, caracterizado por huma susceptibilidade, que tudo irrita e exaspera encontrar nos maníacos e monomaníacos, mas então deve-se tomar que se tornem dementes; huma constituição apoplética, a cabeça grossa com diminuição no desenvolvimento das regiões frontaes e o pescoço curto produzem demência.¹⁹¹

Além desses fatores, as idades também deviam, segundo o autor, ser consideradas. Segundo o autor, haviam poucos casos de crianças alienadas e a idade em que a loucura aparecia com mais freqüência, em ambos os sexos, era na faixa dos 25 aos 35 anos:

¹⁸⁹ SILVA PEIXOTO, Op. Cit, p. 10.

¹⁹⁰ Ibid, p. 25.

¹⁹¹ Ibid, p. 04.

Os meninos são isentos da loucura. Entretanto, mr. Esquirol cita um autor que diz observar um menino de dois anos maníaco. O mesmo refere que foi confiado aos seus cuidados um menino de nove anos, que ficara alienado em consequência de uma febre atáxica que sofrêra. Como quer que seja, estes casos aparecem raras vezes e damos a idade de 25 a 35 anos, em ambos os sexos e em qualquer condição de vida, he a em que mais freqüente aparece a loucura.¹⁹²

Silva Peixoto também analisou se a incidência da loucura era mais freqüente nos homens ou nas mulheres.

Alguns autores asseguram que as mulheres são menos sujeitas a loucura do que os homens. Esquirol não he desta opinião, e diz que fazendo uma comparação rigorosa entre estatísticas de alienados de todos os países, o número de mulheres he maior do que os homens, mas que esta diferença se aproxima da proporção que existe no estado geral da população. Crê, além disso, que o número das mulheres he maior em todos os países, diz que em França, por exemplo, he mais considerável, e dá como causa os costumes e a educação. Por isso que em Paris ellas freqüentam mais os espetáculos, e os círculos, abusão da música, empregao-se na leitura de romances, etc. o que as torna mais predispostas a perturbação da razão. Na Inglaterra, porém, onde os costumes e a educação das mulheres são mais austeras, o número dos homens alienados he maior.¹⁹³

Como se vê, Silva Peixoto constatou o grande número de mulheres alienadas em todos os países, atribuindo esse fato aos costumes: na França, em que as mulheres gozam de uma educação menos rígida, dispondo de leitura de romances, teatros, diversões, o número de alienadas é muito grande em relação a população, enquanto a Inglaterra, devido aos seus costumes mais austeros, teriam menos mulheres alienadas. Esta tematização não é estranha ao alienismo europeu. Silva Peixoto, nestas constatações, se refere claramente aos resultados obtidos por Esquirol.

Porém, há um outro fator que se deve levar em conta nesta constatação: a idéia de que a sociedade civilizada produz estímulos que predispunham a loucura. Um dos temas clássicos da psiquiatria do século XIX é a relação entre *Loucura e Civilização*. Inclusive existiam diversos trabalhos estatísticos que se dispunham a fazer levantamentos do número de alienados em diversos países europeus e comparando-os com sociedades consideradas

¹⁹² Ibid, p. 03.

¹⁹³ Ibid, p. 03.

atrasadas como a China, a Turquia ou a Índia. Também se propunha analisar as diferenças entre o número de alienados no campo ou na cidade, em regiões protestantes ou católicas, e assim por diante. Mas, a linha geral desses estudos era a mesma. Buscava-se, através de levantamentos estatísticos, demonstrar que sociedades tidas como tradicionais e autoritárias criavam menos estímulos e menos frustrações, portanto, menos loucura. Civilizações avançadas, com instituições mais complexas, forneceriam um maior número de estímulos, mais frustrações e mais experiências, criando um ambiente que predisporia a loucura. Essa é a linha de trabalhos inaugurada por Esquirol. Briérre de Boismont escreveu um dos trabalhos mais notáveis nesse aspecto, com levantamentos estatísticos abundantes, procurando analisar as relações entre o desenvolvimento da Civilização em relação a incidência da loucura.¹⁹⁴

Quando Silva Peixoto comparou as estatísticas de mulheres alienadas em Londres e em Paris, recorreu a essa explicação da influência dos estímulos de uma sociedade civilizada (leitura de romances, teatros, vida agitada) sobre a incidência da loucura. Nessa linha, a civilização européia aparecia como um ambiente insalubre, porque não colocava freios para as paixões, favorecendo uma imaginação desenfreada e o descarrilhamento moral. A loucura equivaleria ao desmanchamento da camada civilizada e a involução a um estado de primitivo de cultura, infância precoce da humanidade antes do advento dos progressos da Civilização. Por mais de cem anos, esta temática será retomada em diversos textos dos alienistas. Muitos, como se verá adiante, buscavam compreender o aumento do número de alienados a partir do progresso da Civilização. No Brasil, essa temática será desenvolvido no sentido inverso. O número de loucos seria utilizado para entender o estágio da Civilização que o país atravessava. Os alienistas, entusiasmados, previam que o aumento do número de alienados era sinal do progresso da Civilização que o país atravessava. Se quanto mais avançado o estágio da Civilização, maior era a incidência da loucura, os alienistas brasileiros comemoravam, pelo aumento do número de alienados, a chegada das Luzes e da Civilização.

¹⁹⁴ BRIERRE DE BOISMONT, A. De l'influence de la Civilization sur le développement de la folie. *Annales d'Hygiène Publique et de médecine légale*, vol XXI, 1839.

Pela análise do material exposto até agora podemos perceber duas situações. Por um lado existiam os médicos da Academia Imperial de Medicina, para quem o problema da loucura apareceu como parte integrante de um projeto mais amplo de higiene das cidades como forma de consolidação de um discurso político-científico. A influência da psiquiatria francesa foi colocada, nesse caso, a serviço das reflexões acerca de problemas concretos da realidade brasileira, como os loucos circulando livremente pelas ruas e a situação dos alienados internados na Santa Casa do Rio de Janeiro. Por outro lado vemos o surgimento de uma fase embrionária de trabalhos acadêmicos em que esse mesmo referencial teórico francês se manifesta de forma totalmente desarticulada com a apropriação e análise do contexto brasileiro. As teses de medicina, ao contrário dos trabalhos de Sigaud e De Simoni, são trabalhos teóricos, seu objetivo é explicitamente trazer para a discussão no cenário acadêmico brasileiro a questão da alienação mental, tal como foi proposta pelos mestres franceses.

Em ambos os casos, é importante perceber que, o contexto em que as referências francesas foram incorporadas ao pensamento médico brasileiro era quase simultâneo ao surgimento do alienismo na Europa. Foi nos anos de 1830 que pela primeira vez os médicos brasileiros começaram a fazer referência explícita ao alienismo francês e buscavam trazer, seja na perspectiva teórica, seja na incorporação dos problemas concretos do contexto brasileiro, as experiências alienistas.

Embora a construção de um asilo de alienados ainda não seja uma realidade no Brasil nos anos de 1830, os textos analisados permitem definir que o surgimento da Psiquiatria no Brasil, está atrelado à própria defesa da necessidade de construção de um estabelecimento especial. A tecnologia hospitalar inventada por Pinel é a principal solução defendida pelos médicos brasileiros na solução do problema da loucura. Dessa forma, o asilo psiquiátrico defendido por Silva Peixoto para o tratamento dos loucos se assemelha a qualquer outro estabelecimento já construído na Europa.

A construção e direcção de huma casa de alienados influe muito para o bom êxito do tratamento. Hum tal estabelecimento deve ser feito fora das grandes povoações e cidades em hum lugar plano e elevado e disposto de modo que o ar possa renovar-se facilmente. Deve offererer separações distintas e suficientes para os doentes turbulentos e furiosos estejam separados dos tranqüilos; os que se achão em tratamento dos incuráveis, os coalescentes de todos os outros e, finalmente, os epilépticos ou que padecem dealguma doença accidental, que possão ser danosa aos outros, deveria ser separados deles cuidadosamente. He necessário conservar hum grande aceio e limpeza no estabelecimetro, e por isso, além destas divisões principais, será útil ter em quartos distinctos para os doentes que já não sentem suas necessidades. Devem-se também isolar os doentes depravados que praticão atos ilícitos. Cada divisão deve ter um pateo plantado de árvores, ou mesmo hum jardim para servir de recreio e distracção aos loucos. Não se pense que nós estamos fazendo aqui descripções romanescas. Todos os autores concordão com a necessidade desses meios de distracção para o bom sucesso da cura desses desafortunados doentes.¹⁹⁵

A descrição de Silva Peixoto de um lugar com distribuição sistemática de categorias de doentes, com jardins para o recreio, com uma presença médica efetiva, ou seja, um hospital que poderia influir *diretamente* na cura dos loucos era uma visão tão distante da realidade brasileira naqueles anos de 1830 que o autor deveria se justificar: “não se pense que estamos fazendo descripções romanescas”. Em praticamente todos os textos analisados aparece o contraste entre a situação na Europa, em que os loucos eram tratados dignamente e segundo os princípios da tecnologia alienista, e o Brasil que, na visão dos médicos, cuidavam de seus loucos à semelhança de animais selvagens ou perigosos. Não são raras as descrições das enfermarias de hospitais como cárceres insalubres.

Porém, a construção de um hospício só seria uma realidade no contexto brasileiro com o surgimento do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro, inaugurado em 1852. Os apelos dos médicos brasileiros encontraram eco nas instâncias governamentais e, em meados do século XIX, deu-se a construção do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil que transformou também o cenário hospitalar nas décadas seguintes e a forma de tratamento dos loucos. Vejamos, a seguir, como se deu a construção do primeiro *estabelecimento especial* no contexto brasileiro, analisando as propostas e a efetivação do Hospício D. Pedro II.

¹⁹⁵ SILVA PEIXOTO, p. 31.

3.4 “AOS LOUCOS, O HOSPÍCIO”: O HOSPÍCIO D. PEDRO II E OUTRAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NO BRASIL

Em viagem pelo Brasil em 1817, os naturalistas Von Martius e Spix teriam observado que na Santa Casa do Rio de Janeiro haviam somente umas 12 celas destinadas aos alienados. Concluíram, inadvertidamente, que eles deveriam ser “em número bastante reduzido neste pequeno país, onde a formação intelectual ainda não progrediu muito”¹⁹⁶

A descrição de Spix e Von Martius é típica para entender o quadro da loucura no período anterior ao século XIX. Aqueles que os médicos como Sigaud e De Simoni, na década de 1830, descreveram como furiosos, stultia, dementes, eram simplesmente recolhidos em cadeias, celas ou quartos gradeados ou nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. Não havia tratamento adequado e são freqüentes a referência aos maus tratos em relação aos loucos: colocados em espaços insalubres, gradeados, sofriam os castigos a que também submetiam-se os escravos que cometiam faltas.

Antes da criação do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro em 1852 nunca havia sido experimentada uma experiência hospitalar de tal gênero. Podemos mesmo dizer que a fundação de hospitais não era uma preocupação corrente na administração portuguesa. O hospital colonial não era somente a infância do hospital moderno. Na verdade não podemos encontrar nenhuma semelhança entre o tratamento dos enfermos nos hospitais coloniais e aquele que se efetuou no Brasil a partir do século XIX. Se existe uma certa ordem no hospital, esta ordem é aparentemente estranha a nós, suas enfermarias eram distribuídas segundo critérios heterogêneos: enfermaria das febres, das doenças contagiosas, dos convalescentes, das mulheres, dos incuráveis, etc. Assim, devemos perceber que até o século XIX, uma experiência hospitalar estrita não era uma realidade brasileira.

¹⁹⁶ VON MARTIUS, F ; SPIX, João Batista. *Viagem pelo Brasil*. Rio de Janeiro : Imprensa Nacional, 1938, vol 1, p. 110.

Dois tipos de estabelecimentos antecederam o Hospício como uma experiência institucional. Segundo historiadores da medicina brasileira, como Lycurgo Santos Filho e Pedro Salles, basicamente o Hospital Militar e o Leprosário eram as duas formas que mais se assemelhava a organização hospitalar, e foram, pelo menos no que se refere a quantidade e a duração de funcionamento, os dois modelos que puderam ser implantados como maior sucesso no Brasil.¹⁹⁷ Será, portanto, necessário uma rápida explanação sobre esses dois estabelecimentos na medida em que eles foram os mais conhecidos no período anterior ao século XIX.

O problema do atendimento aos soldados sempre foi uma questão polêmica na administração colonial. Segundo Lycurgo Santos Filho:

No século XVIII surgiram os Hospitais Militares no Brasil, destinados à tropa e sustentados pela Fazenda Real. Localizaram-se depois da expulsão da Companhia de Jeus e confisco de seus bens, nos edifícios dos antigos colégios jesuítas. Anteriormente, o governo internava soldados enfermos e feridos nas Santas Casas, mediante módica remuneração. E, em contrapartida, uma vez instalados os hospitais militares, foi aos mesmos que, em torça de taxa módica também, encaminharam seus doentes.¹⁹⁸

Em meados do século XVIII os soldados enfermos dispunham de uma ala especial na Santa Casa de Misericórdia da Bahia. As queixas dos militares se referem à exigüidade dos serviços. Colocados em espaços abafados e compartilhando espaço com muitos enfermos, eles não recebiam o tratamento adequado e não conseguiam recuperar-se de forma satisfatória. Quando surgia uma peste, o contingente de soldados ficava ainda mais avariado. Assim, nesse período não havia um estabelecimento com as características necessárias para cuidar da manutenção da saúde do contingente de soldados que o Império necessitava. Aos poucos, o contingente de enfermos começava a se tornar substancial e a própria Santa Casa da Bahia já não comportava o contingente enorme de soldados que lhes eram confiados regularmente. Essa incapacidade aparece visivelmente nos anos finais do século XVIII

¹⁹⁷ Cf. SALLES, Op. cit, p. 145 e ss ; SANTOS FILHO, L. Assistência Hospitalar, op. cit, p. 255-256.

¹⁹⁸ SANTOS FILHO, Op. cit, p. 255.

quando se começa a deslocar os soldados para estabelecimentos não hospitalares e mesmo para casas de particulares a fim de desafogar os leitos das enfermarias. Desde 1582, o Governo metropolitano fornecia à Santa Casa um subvenção anual de 200\$000, o que corresponderia à 200 réis diários por soldado internado. Porém, com o crescimento do contingente de soldados, este auxílio tornou-se insuficiente para a instituição. A Santa Casa passa então a se recusar a receber os soldados, o que provocou um conflito entre a Fazenda Real e a Santa Casa no final do século XVIII.

A solução adotada foi a construção de um hospital militar, destinado a receber apenas soldados do Exército e da Marinha. O primeiro hospital militar foi construído no Rio de Janeiro em 1768 no Morro de São Bento e funcionou durante um bom tempo até ser readaptado com o nome de Hospital Real e Militar de Ultramar. Os hospitais militares forneceram uma experiência hospitalar bastante profícua. No contexto da época eram relativamente bem organizados e possuíam os melhores centros cirúrgicos da colônia. Talvez estas seriam uma das poucas instituições que tinham por finalidade a cura, já que a sua tarefa era recuperar da melhor forma possível o contingente de soldados necessários à manutenção da segurança.

Ao lado do Hospital Militar, o Leprosário foi uma das primeiras experiências hospitalares do Brasil no século XVIII. As primeiras referências ao problema datam do início do século XVIII. Descrevendo o abandono dos leprosos e a necessidade de providências, o Vice-rei Conde da Cunha em uma carta de 1763, pedia ao governo lisboeta a instalação de um lazareto na instalação que pertencia aos jesuítas no Rio de Janeiro:

O grande perigo em que esta cidade se acha pelo mal contagioso da morfêia, porque já não há praça onde se não encontrem os miseráveis leprosos, nem também ribeiro ou fonte em que eles não se banhem, e por esta causa todas as águas estão infeccionadas, e toda esta grande terra no risco de a devorar este tremendo fogo, que em todo o Brasil tem ateado.¹⁹⁹

¹⁹⁹ Carta do vice-rei Conde da Cunha 19/12/1763, citado por SANTOS FILHO, p. 257.

Assim, em meados do século XVIII foram construídos os primeiros estabelecimentos destinados a recolher os morféuticos. A Bahia foi o primeiro local onde foi construído um lugar para receber os leprosos, conhecido como Campo dos Lázaros, porém era apenas um conjunto de moradias com capacidade limitada e praticamente nenhuma assistência médica. No Rio de Janeiro, inicialmente os leprosos eram colocados em um conjunto de casas situadas no bairro São Cristóvão. Logo após a carta do Conde da Cunha em 1763, os leprosos passaram a ser recolhidos num edifício que pertencia aos jesuítas, situado no mesmo bairro.²⁰⁰

Conforme vimos, essas duas experiências ocorridas no Brasil não prepararam absolutamente nenhuma experiência hospitalar no qual pudesse ser inserido o cuidado com os loucos. Estes permaneciam na paisagem indiferenciada do cuidado dos miseráveis efetuados nos hospitais de caridade, como bem demonstrou Russel-Wood. Assim, podemos perceber que a idéia de um estabelecimento especial era extravagante aos olhos dos brasileiros, era uma realidade inexistente naquele contexto. Nenhuma experiência anterior preparava a experiência asilar baseada nos princípios da tecnologia alienista francesa. Vimos que, até o século XIX, a referência ao alienismo não era percebida na literatura médica brasileira. Apenas quando os médicos da Academia Imperial de Medicina começam a obter a hegemonia no discurso médico, impondo um projeto científico-político de instauração da higiene das cidades, a questão do louco começa a ser tratada pelo discurso médico.

Em meados do século XIX, o movimento deflagrado pelos médicos brasileiros em favor da construção de um estabelecimento destinado aos loucos, com características semelhantes ao asilo francês, começa a ganhar eco nas instâncias máximas do governo imperial. Em 1841, por intermédio de Cândido José de Araújo Viana, Secretário dos Negócios do Estado, esta demanda finalmente chegou ao conhecimento do imperador D. Pedro II, que determinou, então, que se iniciasse a construção de um estabelecimento destinado ao cuidado dos loucos:

²⁰⁰ SALLES, Pedro. História da Medicina no Brasil, op. cit, p. 179

Desejando assinalar o faustoso dia da minha sagração com a criação de um estabelecimento de pública beneficência, hei por bem fundar um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de Hospício de Pedro II, o qual ficará anexo ao hospital da Santa Casa de Misericórdia desta Corte, debaixo da minha Imperial proteção, aplicando-se desde já, para o princípio de sua fundação, o produto das subscrições promovidas por uma comissão da praça do comércio e pelo provedor da sobredita Santa Casa, além das quantias com que eu houver por bem contribuir. Cândido José de Araújo Viana, do meu Conselho, Ministro e Secretário dos Negócios do Estado, o tenha assim entendido, e faça executar os despachos necessários.²⁰¹

Nesse gesto dava-se o início da construção do primeiro hospício no Brasil, inaugurado em 1852 com o nome de Hospício D. Pedro II, em homenagem ao seu benfeitor. Esse hospício ficava em Botafogo, na Praia Vermelha. A planta foi concebida pelo arquiteto Domingos Monteiro. Nesse momento, as principais obras médicas tinham como referência os textos *De la Folie e Sur l'Isolement des alienes* de Esquirol. Consta-se que Domingos Monteiro se inspirou nessas duas obras para elaborar o projeto do Hospício D. Pedro II. Fig 6 Ele também conheceu a instituição em que Esquirol era médico-chefe, o hospício Charenton, que o arquiteto denominava “casa-mãe da psiquiatria francesa”.

Os médicos brasileiros começaram a nutrir um profundo interesse pelas técnicas desenvolvidas na Europa e que ganhavam o nome de Tratamento Moral, na esperança de melhor as condições de tratamento dos alienados no Brasil. Assim, o projeto do primeiro hospício brasileiro foi nitidamente influenciado pela psiquiatria francesa em seus pressupostos científicos e arquitetônicos. Ademais, a própria instituição dirigida por Esquirol, herdeiro legítimo de Pinel, servia como modelo para o Hospício D. Pedro II, tanto que, na entrada das enfermarias do hospício encontravam-se os bustos de Pinel e Esquirol.²⁰²

²⁰¹ Decreto de 18/06/1841 citado por SANTOS FILHO, p. 466.

²⁰² O escultor alemão Pettrich foi especialmente requisitado para esculpir os dois bustos de Pinel e Esquirol que ficaram na entrada das enfermarias do Hospício D. Pedro II. Estes bustos, que na época tinham o simbolismo de testemunhar o reconhecimento dos construtores brasileiros pelos pioneiros europeus, foram, mais tarde, objeto de chacota popular que diziam que “A ciência e a caridade ficaram do lado de fora do Hospício”. AZEVEDO, M. *O Rio de Janeiro : sua História, Monumentos, Homens Notáveis e seus Costumes*. Rio de Janeiro : Brasiliense, 1969, p. 473

O Hospício D. Pedro II, portanto, era fruto da vitória médica, encaminhada pela classe médica que detinha a hegemonia das políticas de saúde no Brasil e sancionada pela instância máxima do governo, o próprio imperador D. Pedro II através de decreto de 18 de junho de 1841. O terreno escolhido para a construção do Hospício D. Pedro II era também um dos locais conhecidos pela suas “belezas, asseios e comodidades”. Enfim, não havia mais nada que impedisse que os loucos pudessem ser colocados em um espaço adequado, com enfermarias arejadas, com alas destinadas ao recreio, com jardins internos, tudo isso concebido para mudar a sorte dos infelizes alienados, como se dizia sempre nos documentos da época. O local era tão admirado que uma visitante inglesa, Elisabeth Agassiz, em visita ao Rio de Janeiro, colheu suas impressões desse edifício:

Transpuzemos as grades e, como o grande portão... estava aberto e o porteiro não pareceu se opor, subimos as escadas e fomos caminhando em frente. É difícil imaginar um edifício mais bem adequado aos seus fins. Só vimos, é verdade, as salas públicas e os corredores, porque é necessária uma licença para visitar o interior; mas uma planta suspensa na parede do vestibulo permite fazer idéia das instalações, e o aspecto geral atesta limpeza, o cuidado extremo e a ordem que reinam por toda a parte. Chegamos ao andar superior, o som da música nos guiou para a porta da capela onde se celebravam os ofícios da tarde. Os enfermos e suas enfermarias estão todos ajoelhados; um coro de vozes femininas se eleva, doce, calmo, tranqüilo.. Oh! Sem dúvida, a razão que se perdeu pode encontrar de novo o seu caminho e retomar o seu lugar, sob tais influências e em semelhantes condições.²⁰³

Como o edifício do D. Pedro II era também notável pela arquitetura, não deixava de dominar a paisagem da Praia Vermelha, impressionando os transeuntes e transformando-se aos poucos até mesmo numa rota turística. Exibição humanizada desse monumento de filantropia, em que a loucura era exibida como um troféu nas mãos dos médicos. Nessas exposições, o louco tinha papel secundário, importava mais o monumento, o edifício, que era uma espécie de corolário da civilização e das Luzes do novo século. Moreira Azevedo, um cronista que descreveu os monumentos e as paisagens do Rio de Janeiro, em 1877 já resumia

²⁰³ AGASSIZ, Elisabeth, *Viagem ao Brasil*. 1865-1866. Belo Horizonte : Italaia, 1975, p. 68.

o espírito desse momento quando dizia que “Já passou o tempo em que ninguém se atrevia a entrar em um hospital de doidos, onde eram encarcerados os míseros, como se fossem feras, acorrentados, presos ao tronco.”²⁰⁴ Numa crônica de 1889 Raul Pompéia também fazia alusão ao modo peculiar como o Hospício D. Pedro II havia sido objeto de visitação do público dominical, transformando-se em um espaço de lazer e diversão para as famílias, ganhando o significado de um espetáculo:

No domingo, abriram-se à visitação do público as portas do Hospício D. Pedro II. A afluência foi considerável como em todas as visitas de hospitais, espetáculos de sofrimento que o povo transporta sua curiosidade, com uma pontinha de ânimo perverso, que vem do circo romano, no caráter latino.²⁰⁵

Mas não era apenas a população local que se maravilhava com as comodidades e asseios desse espaço. O próprio médico do estabelecimento, Teixeira Brandão, em 1883, em visita à prestigiada Sociedade Médico-Psicológica em Paris, presidida por Jules Falret, preocupava-se em demonstrar as vantagens do Hospício D. Pedro II:

É admiravelmente situado o Hospício D. Pedro II: afastado do centro mais povoado, localizava-se ao sul da baía de Botafogo que, dominando vasta paisagem e tendo à sua volta grande extensão de terreno a ele pertencente, faz com que se realize perfeitamente as condições necessárias para um completo isolamento. Não é preciso dizer que o arquiteto que fez este hospício tomou como modelo os estabelecimentos análogos da Europa; ele somente fez a adaptação ao clima, planejando assim compartimentos menores, tetos mais altos, e não poupando das despesas necessárias à sua construção, ele construiu um edifício suntuoso e digno de admiração.²⁰⁶

Porém, a descrição de Teixeira Brandão, embora elogiosa, começa a manifestar as primeiras críticas em relação ao estabelecimento: embora seja construção suntuosa, um *palácio de guardar doidos*, não possui todos os elementos necessários ao tratamento dos loucos. O tom elogioso desse discurso ocultava a crítica, mais adiante:

A suntuosidade do edifício pode ofuscar aos leigos os defeitos que são muitos, mas não os ocultará àqueles que nos estabelecimentos dessa ordem procurarem o que é útil aos doentes e não agradável

²⁰⁴ AZEVEDO, M. Op. cit, p. 473.

²⁰⁵ POMPEIA, Raul. Crônica publicada no Diário de Minas citado por ENGEL, op. cit, p. 204.

²⁰⁶ BRANDÃO, Teixeira. *Os alienados no Brasil*. Rio de Janeiro : Imprensa Nacional, 1886, p. 25.

somente à vista. No intuito principal de levantar-se um palácio para guardar loucos, erigiu-se um monumento com aparatosas acomodações sem as divisões necessárias à separação dos doentes, seguindo os caracteres da moléstia, e sem os parelhos indispensáveis à aplicação dos meios terapêuticos.²⁰⁷

Porém, essas críticas são tardias. No momento de sua construção, ou seja, meados do século XIX, o Hospício D. Pedro II era saudado como o primeiro estabelecimento do gênero no Brasil. Para solucionar o problema dos loucos levantados pelos médicos da Academia Imperial de Medicina o governo imperial determinou a construção de um estabelecimento especial. O interesse dos médicos brasileiros era tanto que, alguns anos após o decreto imperial de criação do Hospício D. Pedro II, o médico Antônio José Pereira das Neves foi enviado para a Europa para conhecer os modernos procedimentos que estavam se realizando naquele período. Desta viagem científica, o Dr. Pereira das Neves obteve as informações que foram publicadas sob o título de “*Relatório acerca do tratamento dos alienados e seus principais hospitais na França, Inglaterra, Itália, Alemanha, Bélgica e Portugal*” publicado no s Anais de Medicina Brasiliense em 1848.²⁰⁸ O *Jornal do Comércio* relatou, em 06 de abril de 1844, a viagem de Antônio Pereira das Neves à Europa, financiada pelo governo imperial, no intuito de conhecer melhor os estabelecimentos estrangeiros:

Sempre dominado por tão benéficas quão louváveis intenções, acaba S. Excia, de fazer assinalado serviço ao hospício de Pedro II, cuja instituição é especialmente dedicada ao tratamento dos alienados, enviado à Europa, à custa do mesmo hospício, o Sr. Antônio Pereira das Neves, que partiu desta Corte na fragata *La Froire* no dia trinta do próximo passado mês, com o fim único de se interar do Tratamento Moral que nos países mais célebres do mesmo continente se costuma observar no tratamento daqueles infelizes, para aqui ser posto em prática quando o edifício que se lhes destina se ache em estado de os receber. O filantrópico fim de semelhante comissão e o acerto da escolha da pessoa nomeada fazem pressagiar o mais satisfatório resultado.²⁰⁹

Podemos notar que, enquanto na França, a instauração desse modelo hospitalar surgiu no contexto de grandes reformas hospitalares e que estavam, por sua vez, inseridas numa

²⁰⁷ Id, ibid.

²⁰⁸ SANTOS FILHO, p. 266.

²⁰⁹ Ibid, p. 567.

discussão mais ampla sobre as tecnologias da assistência, no Brasil o hospício foi a importação de um modelo estrangeiro.

Com características idênticas ao hospício francês, inspirado explicitamente em Charenton, o Hospício D. Pedro II era o *Palácio de Guardar Doidos*, instituição oficial do Império para o cuidado dos loucos. Guardadas as especificidades, portanto, podemos perceber que a instauração do primeiro hospício brasileiro foi fruto de uma discussão surgida no início dos anos de 1830, no seio das instituições médicas recém-formadas no Brasil, e teve impacto na sociedade brasileira, tornando-se uma demanda que foi sentida pelo próprio imperador. Através de uma série de ofícios e sugestões bem encaminhadas, os médicos conseguiram fazer eco as suas reivindicações.

O hospício não é apenas o marco inicial da psiquiatria no Brasil, mas a vitória médica, aceita e sancionada, que deu origem a um estabelecimento especial. Os médicos envolvidos nessa trama não eram os médicos formados pela escola parisiense, não eram, portanto, representantes do poder psiquiátrico. Situado à margem dos grandes centros europeus, impuseram um mesmo projeto de hospitalização dos doentes.

Assim, durante quase meio século o Hospício D. Pedro II foi a referência, a *casa-mãe* da psiquiatria brasileira. Porém, algumas décadas após o funcionamento do Hospício começam a surgir as primeiras dificuldades. Como Teixeira Brandão já deixava antever, o Hospício D. Pedro II havia sido transformado em um Palácio de Guardar Loucos. Esse aspecto suntuoso do hospital, que havia suscitado tanta admiração pela sua beleza, asseio e comodidades, tornou-se o principal pivô das críticas médicas em relação ao funcionamento do Hospício nas décadas seguintes. Os médicos ressaltavam que os aspectos arquitetônicos do estabelecimento estavam mais adequados à arte e à beleza do que a ciência. Os compartimentos não estavam adequados à distribuição científica das categorias da loucura. Assim, era comum dizer que no Hospício D. Pedro II, “a arte esqueceu a ciência” como disse o médico Gustavo Balduino de Moura e Câmara, em um de seus relatórios apresentados à

Santa Casa de Misericórdia na década de 1870.²¹⁰ O texto mais conhecido de Teixeira Brandão, *Os Alienados no Brasil*, também reflete essa crítica ao modelo hospitalar adotado no Hospício D. Pedro II. Transportado do modelo hospitalar francês, o hospital dos loucos era apenas em aparência inspirado nas instituições congêneres européias. Quando se analisam mais friamente os aspectos do estabelecimento, dando menor ênfase na beleza do local, os médicos afirmavam que os arquitetos haviam dado pouca importância às observações do alienista. Mesmo tendo se inspirado em textos alienistas bastante conhecidos do século XIX, como textos de Esquirol, Scipion Pinel e Lowenhayn que faziam parte do acervo da biblioteca da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, os construtores do Hospício D. Pedro II cometeram muitas falhas. Assim, a eficácia do tratamento comprometia o próprio funcionamento do estabelecimento e também o seu projeto de constituir-se num laboratório e exemplo para o tratamento científico dos alienados. Apesar de todas as críticas, o modelo do hospício se implantou como a solução aos problemas dos alienados no Brasil. Não era o hospício enquanto modelo que era atacado, mas o seu funcionamento.

Assim, na segunda metade do século XIX, percebemos que o Hospício D. Pedro II, corolário da Civilização no momento de sua construção, começava a sofrer algumas críticas e o Palácio de Guardar Doidos adquiria uma conotação pejorativa. Porém, seria preciso o final do século XIX, quando o hospício foi chamado por Lima Barreto de *Cemitério dos Vivos*, para que o hospital caísse no descrédito. No momento, eram vozes isoladas que pretendiam maior eficácia do funcionamento para que o hospício se tornasse funcional em relação as suas finalidades de curar e tratar a loucura. A segunda metade do século XIX, portanto, assiste a chegada de outras instituições psiquiátricas no cenário brasileiro.

²¹⁰ « É forçoso confessar as numerosas imperfeições que se notam no plano arquitetônico do Hospício D. Pedro II : aí a arte esqueceu a ciência ; sua construção é imponente e monumental, porém peca pelo lado científico de sua missão ». MOURA E CÂMERA, Gustavo. Relatório apresentada à Santa Casa de Misericórdia em 1877 citado por ENGEL, p. 251.

Até o início da década de 1860 o Hospício D. Pedro II era a única instituição psiquiátrica existente no Brasil. O Dr. José Ludovico Joaquim da Silva, médico do serviço clínico do Hospício D. Pedro II, em 1867 já resumia a situação da seguinte maneira:

Com o correr dos anos tem crescido a necessidade de dar ao Hospício D. Pedro II maior capacidade, e de fundar-se outros em partes diversas do Império para assim oferecer abrigo a esses infelizes, que, entregues à sua razão pervertida, e abandonados pelos seus, divagam norteados pelo nosso imenso território, servindo de ludíbrio à população. A propagação numérica dos alienados está na razão direta da propagação dos asilos; isto é, pela propagação de asilos se torna conhecido o número de alienados existente em um país. À proporção que forem edificados novos Hospícios, a sociedade conservará em seu seio indivíduos perigosos, fora do meio em que devem existir, pela natureza de sua enfermidade e pelos cuidados de que carecem.²¹¹

Assim, nos anos seguintes, a construção de novos estabelecimentos no Império confirmaram as previsões de Ludovico da Silva. Na segunda metade do século XIX começaram a surgir outras instituições nas principais cidades brasileiras como Recife, Salvador, Porto Alegre e São Paulo. Fig 7, 8, 9 Porém, a construção desses estabelecimentos não compõem um plano organizado proposto a partir da administração do Estado. Foram, em sua maioria, respostas improvisadas para problemas específicos. Porém, percebemos que em poucas décadas, o número de estabelecimentos criados no Brasil chegou a um número bastante expressivo em relação ao período inicial do século XIX. Aparentemente dispersa, a construção de hospícios no Brasil na segunda metade do século XIX revela, porém, a consolidação desse modelo médico que chegou ao país em meados do século XIX.

Vejamos um pequeno esboço que permite ter uma visão panorâmica das instituições que foram criadas nessa conjuntura:

--	--	--

²¹¹ SILVA, José Ludovico d. Relatório apresentado à Santa Casa do Rio de Janeiro, 1867, citado por ENGEL, p. 183.

--	--	--

--	--	--

--	--	--

		São João Batista
--	--	-------------------------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

**FONTE: RESENDE, Heitor. Políticas de Saúde Mental no Brasil.
In: TUNDIS, S. *Cidadania e Loucura*. Petrópolis, Vozes, 1990, p.
48-49**

Percebemos que em menos de cinquenta anos a expansão dos hospícios pelas principais cidades do Brasil foi bastante expressiva. O quadro acima demonstra que as

principais cidades brasileiras tiveram nesse período o aparecimento de instituições psiquiátricas. A expansão desse modelo hospitalar, portanto, é bem visível na segunda metade do século XIX.

No plano arquitetônico, esses estabelecimentos tinham a preocupação de criar instituições segundo os modelos europeus. O arquiteto Hugo Segawa, em um texto sobre as arquiteturas de Hospício no Brasil na segunda metade do século XIX, demonstrou que os projetos desses hospitais começaram a sofrer uma influência decisiva dos projetos arquitetônicos do final do século XVIII. As plantas das enfermarias construídas na França e elaboradas por Tenon e Poyet tiveram muita influência sobre os engenheiros que elaboraram projetos de hospitais na segunda metade do século XIX. Os projetos de enfermarias como os de Saint-Anne na França, distribuídos em pavilhões simétricos ganharam muita repercussão no Brasil. Os tratados de arquitetura de hospitais também tiveram muita influência na construção dos hospícios brasileiros das últimas décadas do século XIX. O arquiteto responsável pela construção do Juquery, Francisco de Paula Ramos Azevedo, por exemplo, teria consultado um dos trabalhos como o de Casimir Tollet, *Les édifices hospitaliers*, que fazia parte do acervo da Escola Politécnica do Rio de Janeiro.²¹² Porém, esse quadro demonstra também que a construção de hospitais psiquiátricos havia sido colocada sob a confiança dos engenheiros. Poucos eram os casos, como o do Juquery, em que o arquiteto e o alienista elaboravam conjuntamente o projeto do hospício.

Assim, a segunda metade do século XIX também foi marcada pela influência decisiva dos arquitetos na construção de hospícios e hospitais. Engenheiros formados na Escola Politécnica do Rio de Janeiro ou que haviam estudado fora do Brasil ganhavam cada vez mais espaço na construção de hospitais,²¹³ o que permite perceber uma certa disputa entre os

²¹² Cf. SEGAWA, Hugo. Arquiteturas de Hospícios no Brasil. In : ANTUNES, Eleonora. *Psiquiatria e Loucura* : Fragmentos da História Brasileira. São Paulo : Edusp, 2002, p. 73.

²¹³ O hospital de Tamarineira em Recife, por exemplo, foi projetado pelo engenheiro de Victor Fournié, um francês contratado na Europa pelo Barão de Lucena para atuar na Secretaria de Obras Públicas de Pernambuco. O projeto do hospício Juquery, elaborado pelo arquiteto Ramos de Azevedo, também buscava adaptar o projeto de hospitais franceses. No projeto constam as semelhanças com as enfermarias projetadas por Tenon e Poyet no

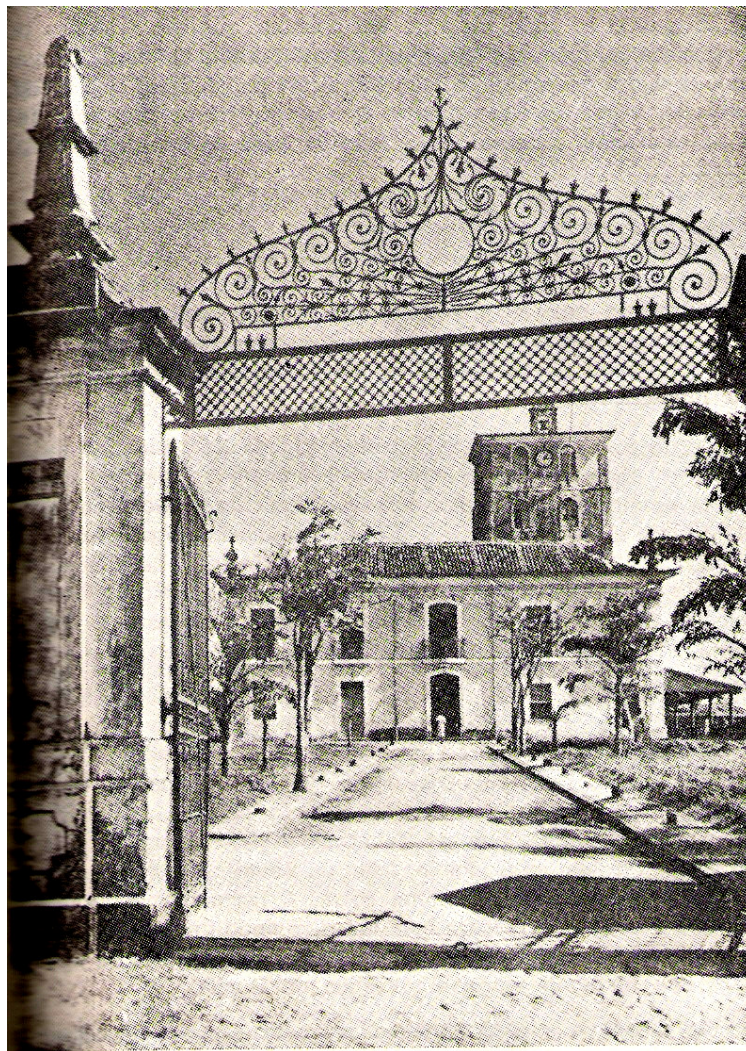


Fig 7 Asilo de São João de Deus, na Bahia. Fotografia do século XIX. SALLES, *História da Medicina no Brasil*, p. 129.

final do século XVIII e que inspiraram a construção de pavilhões separados e simétricos instalados em torno de uma praça central intercalada com galerias unindo os pavilhões. Cf. SEGAWA, Pp. 71-76.

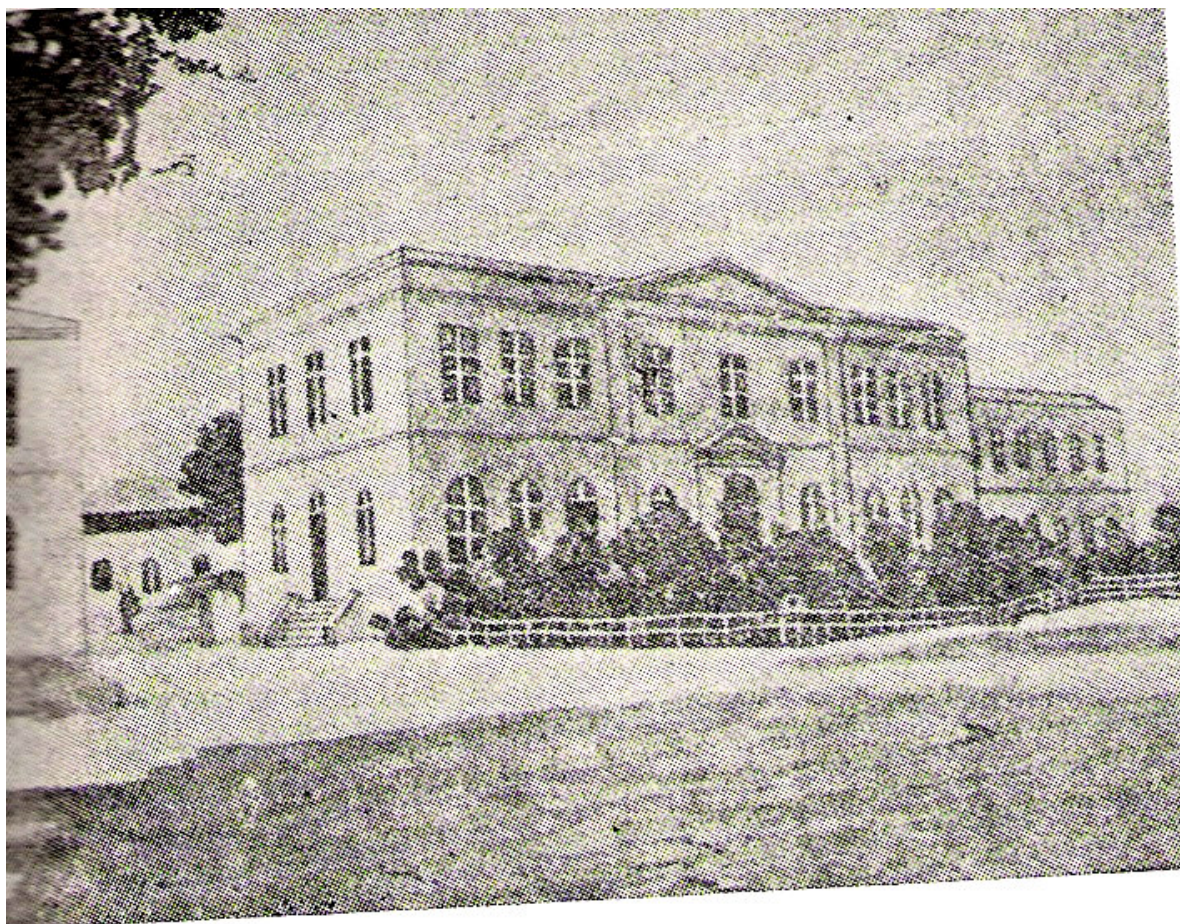


Fig 8 Hospício de Tamarineira em Recife. Projeto de Victor Fournié. Fotografia do século XIX. In; SALLES, *História da Medicina no Brasil*, p. 127.



Fig 9 Hospício São Pedro em Porto Alegre, inaugurado em 1884. Fotografia do século XIX. In : ANTUNES, Eleonora. *Psiquiatria e Loucura : Fragmentos da História Brasileira*, p. 66

médicos e os arquitetos em relação aos critérios que deveriam ser utilizados nessas construções hospitalares.

Quase todos os hospitais psiquiátricos construídos no Brasil tiveram seus projetos inspirados por instituições similares na Europa. Hospícios como o Juquery em São Paulo e o São Pedro em Porto Alegre²¹⁴ foram inspirados explicitamente nos modelos de sistema de Pavilhões em voga na Europa desde o século XVIII. No caso do Juquery há muitas semelhanças entre o projeto de Ramos de Azevedo e as enfermarias projetadas por Tenon e Poyet.²¹⁵

Porém, no século XIX, no momento em que se delineavam os aspectos da configuração de atendimento dos alienados no Brasil o hospício, tal como ele se instalou nas cidades brasileiras, começaram a dividir o espaço com um tipo de estabelecimento bem específico, as casas de saúde. *Casas de Saúde* eram estabelecimentos, cujos proprietários eram médicos. Este tipo de estabelecimento se diferenciava tanto do atendimento efetuado nos hospitais de caridade quanto dos demais tipos de estabelecimentos existentes. Eram casas administradas pelos médicos e que cobravam de cada associado uma quantia expressiva em troca de um atendimento médico mais individualizado. Recolhendo pacientes que necessitavam de atendimento médico cirúrgico²¹⁶ e também dedicando-se ao isolamento de doentes contagiosos, as Casas de Saúde, que se proliferaram no século XIX pelas principais cidades brasileiras, logo começaram a receber também os alienados.

Uma das mais antigas era a do dr. Antônio José Peixoto. Em 1840 ele instalou no Rio de Janeiro o primeiro estabelecimento desse tipo, que recebia o nome de Imperial Casa de Saúde e Instituto Ginástico Ortopédico.²¹⁷ Com mensalidades de 50\$000 anuais de

²¹⁴ Sobre o *Hospício São Pedro* Cf. WADDI, Yonissa Marmitt. *O Palácio de Guardar Doidos*. Porto Alegre : Ed da UFRG, 2002.

²¹⁵ As semelhanças entre o projeto de Poyet e Tenon e a arquitetura do Juquery foram analisadas por Segawa. Cf. SEGAWA, p. 72-73.

²¹⁶ Ana Paula Vosne Martins também descreveu em seu estudo sobre a ginecologia e a obstetrícia o papel das casas de saúde que, desde o século XIX, funcionavam como serviços paralelos de atendimento a mulheres gravídas e parturientes. Cf. MARTINS, *A Medicina da Mulher*, op. cit, p. 219-220.

²¹⁷ SANTOS FILHO, p. 474.

cada associado, o dr. Antônio José Peixoto logo ganhou muito prestígio. Em 1855 montou, no bairro de Botafogo, uma nova Casa de Saúde. Com seu falecimento em 1864, esse estabelecimento foi adquirido pelo Dr. Manuel Joaquim Fernandes Eiras. Doutor pela Faculdade do Rio de Janeiro em 1850, Eiras tornou-se uma referência no tratamento de “moléstias da garganta e cavidades nasais” e também no tratamento de “moléstias nervosas e mentais”

A Casa de Saúde do Dr. Eiras é importante, nesse contexto, porque transformou-se numa forma alternativa de tratamento das doenças mentais. Atendendo a burguesia carioca da segunda metade do século XIX, o dr. Eiras era uma alternativa para as famílias abastadas, que não queriam enviar seus membros para uma instituição como o Hospício D. Pedro II. Além da Casa de Saúde do dr. Eiras haviam algumas outras, como a do dr Bento Mune, que fundara a “Casa de Saúde Homeopática”. Em 1864, o dr. Eiras adquiriu do médico francês Louis François Bonjean, a “Imperial Casa de Saúde e de Medicina Operatória”, tornando-se um dos médicos mais bem sucedidos neste ramo.

Na Europa também havia, nessa época, a prática de médicos renomados instituírem estabelecimentos privados. A clínica de Belhomme, onde Philippe Pinel iniciou sua prática com os alienados, era uma das mais antigas. Durante a Revolução Francesa, essa clínica foi alvo de suspeitas de acolher membros da nobreza.²¹⁸ Porém, praticamente todos os grandes alienistas parisienses do início do século XIX possuíam casas de saúde privadas. A de Esquirol, situada perto do Jardin de Plantes era uma das mais requisitadas, e uma das mais caras também. Outros alienistas como Brierre de Boismont, Falret e Voisin²¹⁹ também ofereciam seus serviços. Portanto, os alienistas dividiam suas atividades entre os hospitais públicos e suas casas privadas. Outros médicos, como Cassimir Pinel, sobrinho de Pinel e

²¹⁸ Belhomme foi condenado em 1794 por transformar sua clínica em esconderijo de inimigos da Revolução. Segundo Jean Garrabé, estudioso de Pinel, os constantes escândalos da casa de Belhomme foi um dos motivos de rompimento entre Pinel e Belhomme em 1793. Cf. GARRABÉ, *Philippe Pinel*, p. 41.

²¹⁹ Havia três casas nos subúrgios de Paris destinadas a receber internos das classes mais elevadas sob a administração da família de Brière de Boismont. Voisin e Falret, discípulos de Esquirol, fundaram a casa de saúde de Vanves, em Paris. Cf. GOLDSTEIN, Jan. *Classifier et Consoler*, op. cit, p. 109.

que tinha um castelo em Saint-James²²⁰, dedicavam-se apenas ao serviço privado. Augusto Comte e Guy de Maupassant foram tratados neste tipo de estabelecimento. Este negócio se mostrava muito lucrativo. Segundo Castel, a diária na casa de saúde de Esquirol era de 6.000 francos anuais. Isso é muito se comparado a diária de 1,25 num asilo público. 6.000 francos também era o equivalente ao salário de um alienista de grande prestígio no meio parisiense²²¹

Assim como na Europa, no Brasil as casas de saúde também eram um serviço bastante lucrativo. A Casa de Saúde do dr. Eiras, por exemplo, era uma dos estabelecimentos que recebia alienados das famílias ricas do Rio de Janeiro, de acordo com a seguinte tabela de preços :

1	10\$000
Cla	diárias
sse	
2	6\$000
Cla	diárias
sse	
3	3\$000
Cla	diárias
sse	
(pa	
ra	
eser	
avo	
s)	

²²⁰ PINEL, Cassimir. De l'isolement des aliénés sous les rapport hygiénique, pathologique et légal. *Journal de Médecine*, 1861, p. 211.

²²¹ CASTEL, *op. cit.*, p. 242

Fonte : SANTOS FILHO, *História Geral da Medicina Brasileira*, p. 476.

Os alienados eram tratados pelo próprio Dr. Eiras e pelo médico João Ribeiro de Almeida. Durante nossa pesquisa, encontramos diversas referências ao internamento de alienados na casa do dr. Eiras, mas não haviam informações consistentes sobre o modo de funcionamento deste tipo de estabelecimento. Uma das poucas referências encontra-se num anúncio publicado em 1871 no *Almanaque Administrativo, Mercantil e Industrial* do Rio de Janeiro :

Compreendidos nos preços das diárias estavam os banhos diversos, as duchas e as aplicações de eletricidade. Para o êxito da cura é necessário que o alienado recolhido a este estabelecimento se submeta às indicações dos médicos : assim, o uso de camisola de força, a estada na casa-forte, o isolamento da família, amigos e mais doentes da casa, uma vez ordenado será executado firmemente. A casa obriga os empregados, a serviços dos alienados, serem dóceis e pacientes com os mesmos. Aos que assim se conduzem dá-se uma gratificação mensal, além do seu ordenado ; são, pelo contrário, expulsos se precedem em sentido inverso. Sendo útil para a cura da alienação certos gêneros de trabalho, serão os alienados compelidos a fazê-los por meios brandos e dóceis.²²²

Essa questão engajou uma grande parte dos principais alienistas da segunda metade do século XIX. Diversos alienistas, a exemplo do que já ocorrera na Europa, fundaram em meados da década de 1870 suas casas de saúde privadas. Júlio Moura, Lourenço da Cunha e Felício dos Santos possuíam casas de saúde destinado ao tratamento de alienados.²²³ E o médico P. Rey defendia que o alienados, durante seus intervalos lúcidos deveriam ser enviados para uma casa de saúde.

Na década de 1880 Teixeira Brandão, então o grande alienista brasileiro, combatia enormemente essa prática. Segundo Brandão, essas casas eram utilizadas para neutralizar os alienados de famílias abastadas. Sem exigir a idoneidade dos proprietários e nem a qualidade do pessoal encarregado dos serviços, e nem contar com acomodações adequadas aos

²²² *Almanaque Administrativo, Mercantil e Industrial da Corte e da Província do Rio de Janeiro* citado por SANTOS FILHO, p. 475.

²²³ ENGEL, op. cit, p. 246.

pressupostos do tratamento científico, essas casas de saúde não teriam nenhuma garantia de eficácia. “Quem quiser ver-se livre de um inoportuno basta metê-lo numa casa de saúde” escreveu Teixeira Brandão.²²⁴ Apesar de afirmar que não tencionava “molestar a nenhum dos proprietários de casas de saúde existentes no Império”, Teixeira Brandão delineava, por volta de 1880, a principal luta da medicina alienista brasileira: fazer do hospício o lugar *exclusivo* de tratamento dos alienados. Isso demonstra também que esses proprietários constituíam uma classe relativamente estabelecida e inauguravam um ramo de atuação bastante lucrativo.

A disputa entre os médicos proprietários de casas privadas e os alienistas que defendiam o Hospício como único local autorizado para o tratamento dos alienados se estendeu durante praticante duas décadas. Foi apenas com a primeira legislação sobre o assunto, a *Lei de Alienados*,²²⁵ aprovada no Brasil em 1903, que o Hospício foi reconhecido como o local privilegiado de tratamento dos alienados.

Este tipo de experiência denota que, às margens do sistema, uma outra experiência, mais flexível se delineava. O setor privado, ainda embrionário, oferecia um modelo de serviço para uma classe privilegiada que poderia pagar pelo preço das diárias e cujo atendimento variava segundo a classe e o preço da pensão. Esse fenômeno não poderia ser negligenciado, mesmo contendo a escassez de informações sobre o funcionamento real desse tipo de estabelecimento. Acusados por alienistas como Teixeira Brandão essas instituições eram suspeitas de realizar conchavos e de atentar contra a liberdade, transformando-se em locais em que os membros indesejáveis das famílias abastadas eram neutralizados.

²²⁴ BRANDÃO, *Os alienados no Brasil*, 1886, p. 25.

²²⁵ Durante o período imperial, a única regulamentação sobre os alienados era aquele do decreto de 18 de junho de 1841 que determinava a criação de um estabelecimento privativo aos alienados e a regulamentação dos estatutos do Hospício D. Pedro II, que datam de 1852. Ao contrário do período anterior, o governo republicano efetuou várias reformas na organização da assistência aos alienados. No final da década de 1880 o médico Teixeira Brandão começou a defender a criação de uma legislação de alienados no Brasil. O projeto de uma lei de alienados foi apresentada a Câmara dos Deputados por Gonçalves Ramos em 1896. Aprovada na Câmara foi porém vetada no Senado. Nesta época, o dr. Teixeira Brandão tinha entre um dos seus principais críticos o senador Leite & Oitica, que o criticava na imprensa carioca. A lei só foi aprovada durante o governo de Rodrigues Alves, quando Teixeira Brandão tornou-se deputado. Essa lei legislava sobre a internação do alienado, definia o Hospício como o único local privilegiado para o tratamento e defendia o papel do alienista como o principal agente dentro do espaço terapêutico, ambições dos alienistas desde meados do século XIX, como vimos. Sobre a Lei de Alienados de 1903 Cf. ENGEL, p. 258-259.

Na verdade, essa discussão é fértil porque demonstra que havia uma certa tensão entre o âmbito das instituições públicas e as casas de tratamento privadas, que dividiam entre si a tarefa de cuidar dos loucos. A crítica de Teixeira Brandão revela, porém, a ambição dos alienistas de configurarem-se como os legítimos encarregados do tratamento, desqualificando o setor privado ainda embrionário, que começava a ofertar um modelo alternativo e ganhavam a fidelidade de um setor específico da sociedade.

Portanto, no final do século XIX, a perspectiva parece ser bastante complexa. Por um lado, assistimos a expansão do modelo hospitalar adotado pelo Hospício D. Pedro em hospícios como o Tamarineira, o São Pedro e o Juquery, atestando o sistema asilar como o modelo ideal de tratamento dos alienados. Por outro lado, vemos que a maior parte dessas construções foram efetuadas por engenheiros e arquitetos, nem sempre obedecendo as orientações dos alienistas. Em seguida, vemos que, à margem do sistema, outros estabelecimentos, como casas de saúde, também ofereciam serviços em relação ao tratamento das doenças mentais. O sistema asilar, que no início do século XIX era considerado o corolário da ciência no Brasil, ainda enfrentava dificuldades quanto sua implantação definitiva.

Na etapa seguinte, vamos estudar alguns eventos que tiveram impacto nas práticas médicas com o advento da República. O recém-criado governo republicano promoveu uma outra experiência em relação aos loucos acatando, de uma forma geral, as demandas dos alienistas. A partir do final da década de 1880 e o início da década de 1890, com a criação da cadeira de psiquiatria e a Assistência Médico-Legal, por exemplo, o governo republicano efetuou mudanças significativas no contexto brasileiro e que conferiram ao alienismo sua maior credibilidade e deu a ele o prestígio de saber exclusivo sobre a loucura.

3.5 O PERÍODO REPUBLICANO: O HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADOS, A CADEIRA DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA E A ASSISTÊNCIA MÉDICO-LEGAL AOS ALIENADOS

No final do período do Império e durante a República Velha, o Rio de Janeiro ocupava a posição de vanguarda em relação ao conhecimento psiquiátrico. O Rio de Janeiro contava com uma das poucas instituições que realmente tinha alguma fama de curar os pacientes internados. Com a proclamação da República o Rio de Janeiro permaneceu como o palco das principais questões relativas à psiquiatria brasileira. A reestruturação das instituições ocorridas com a Proclamação da República tiveram impacto imediato sobre a instituição psiquiátrica.

No que se refere ao hospital psiquiátrico, uma das primeiras iniciativas do governo republicano foi transformar o Hospício D. Pedro II em Hospício Nacional de Alienados, determinando a separação do Hospício da administração da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro por decreto de 11 de janeiro de 1890. Os estatutos do Hospício D. Pedro II fixados em 1852 permaneceram, o importante seria a desanexação do hospital da administração da Santa Casa.²²⁶ O estabelecimento passaria a ter uma existência autônoma. A reivindicação pelo controle da instituição por parte dos médicos já datava do início do funcionamento do Hospício D. Pedro II. Desde os primeiros relatórios os médicos já sentiam a necessidade de maior autonomia em relação à administração da Santa Casa de Misericórdia. Os primeiros médicos que relataram explicitamente a questão da desanexação do Hospício da Santa Casa de Misericórdia foram os doutores Nuno de Andrade e Teixeira Brandão. Nuno de Andrade em 1882 já havia feito ao provedor da Santa Casa, o Visconde de Jaguaray, uma série de críticas aos estatutos do estabelecimento de 1852. O principal alvo das críticas era o fato de a administração da Santa Casa ser exercida pelo governo das irmãs de caridade no interior do Hospício D. Pedro II. A proposta de Nuno de Andrade teria sido a de confiar a administração do Hospício D. Pedro II ao Estado, separando-o da Santa Casa e submetendo-o à uma nova regulamentação. A insistência de Nuno de Andrade nessas críticas

²²⁶Cf. SILVA, P. O Hospício D. Pedro II e a desanexação da Santa Casa de Misericórdia. *Cadernos de Psiquiatria Social*, vol 1, n. 01, 1982

lhe custou o cargo de diretor do serviço clínico do Hospício. No final de 1882 o dr. Nuno de Andrade foi demitido do Hospício D. Pedro II.²²⁷

Porém, a crítica de muitos anos atrás em que Francisco Sigaud afirmava que o cuidado da loucura era uma *obra de filantropia e não de misericórdia* retornou com muita força na segunda metade do século XIX. Desta vez essa crítica foi veiculada por um dos principais alienistas do período, o médico Teixeira Brandão.

Em uma série de artigos publicados na revista *Brazil Médico*, Teixeira Brandão começou a veicular uma série de críticas às instituições psiquiátricas construídas no Brasil na segunda metade do século XIX. As críticas de Teixeira Brandão não se voltavam especificamente à administração da Santa Casa, mas se dirigiam aos diversos estabelecimentos no Pará, em Pernambuco, na Bahia, no Maranhão e no Rio Grande do Sul que surgiam naquele momento. Estas críticas foram reunidas em *Os alienados no Brasil*. Segundo Brandão, o Hospício D. Pedro II havia se transformado num depósito de mendigos, composto de loucos sem domicílio e que dificultava a terapêutica dos alienados. O médico defendia a idéia de criação de um hospício público no Brasil, devendo funcionar com a garantia do Estado e financiada pelos poderes públicos.

O Estado não despenderá assistindo-o como louco que é, mas como mendigo, vagabundo e criminoso que parece ser. Além disso, sendo as moléstias mentais uma consequência direta da civilização, e, portanto, incrementando-se à proporção que progride, é claro que não se opuserem óbices aos estragos que ocasionam, em pouco tempo o número de indivíduos afetados atingirá um algarismo considerável. Ora, a assistência necessária à manutenção deles exigirá maior dispêndio do que o que seria necessário para curá-lo em tempo oportuno. Portanto, é uma economia ilusória a que se executa deixando-os sem tratamento.²²⁸

Com a instauração da República, as aspirações de Nuno de Andrade e Teixeira Brandão foram satisfeitas. Como vimos, o recém-criado regime republicano acatou as críticas dos alienistas e transformou o Hospício D. Pedro II em *Hospício Nacional de Alienados*,

²²⁷ Ibid.

²²⁸ BRANDÃO, Teixeira. *Os alienados no Brasil*, op. cit, p. 16.

dexanexando-o da Santa Casa de Misericórdia em janeiro de 1890.²²⁹ Pouco tempo depois foi criada a *Assistência Médico e Legal de Alienados*, pelo decreto de 15 de fevereiro de 1890. A Assistência Médico-Legal era um aparato de atendimento aos loucos que funcionou no Rio de Janeiro durante a República Velha. Ela consistia no agrupamento de três instituições, o Hospício Nacional de Alienados e as colônias de São Bento e Conde Mesquita inauguradas em 1890 na Ilha do Governador, que tinham o objetivo de receber exclusivamente alienados indigentes. Essas três instituições, conjuntamente, tinham o objetivo de organizar o sistema de serviço de atendimento aos doentes mentais no Brasil. O médico Teixeira Brandão foi o responsável pela direção da Assistência Médico-Legal.²³⁰

Outra questão importante na segunda metade do século XIX foi a instituição de uma cadeira de clínica psiquiátrica no Brasil. Observamos neste estudo que o discurso sobre a loucura na literatura médica surgiu no Brasil em meados da década de 1830 com a preocupação dos médicos da Academia Imperial de Medicina sobre a questão dos problemas da loucura no contexto da instauração de uma higiene das cidades. Porém, a questão do saber médico sobre a loucura ainda parecia uma questão pouco levantada pelos médicos brasileiros. No início do século XIX eram poucos os trabalhos acadêmicos abordados que se dedicavam ao tema da alienação mental. O grande esforço dos primeiros médicos como o dr. Silva Peixoto era o de trazer para a discussão acadêmica brasileira as propostas teóricas dos alienistas europeus. Nomes como de Pinel, Esquirol, Foville, Delaye, Briérre de Boismont foram mencionados nesse contexto como forma de fazer uma discussão mais filosófica e científica sobre a loucura, tendo pouca articulação com a realidade no Brasil.

²²⁹ Dois anos depois da separação do Hospital Nacional de Alienados da Santa Casa, esse assunto continuava a ser conturbado nas instâncias públicas. O senador Leite e Oiticica foi um dos principais críticos às reformas sugeridas por Teixeira Brandão (que também elegeu-se senador). Em um discurso de 1894, Leite e Oiticica atacava o Hospício Nacional de Alienados, definindo-o como « sorvedouro de dinheiros públicos e matadouro de desgraçados ». As polêmicas entre Teixeira Brandão e Leite e Oiticica foram veiculadas pela imprensa da época, publicando artigos de ambos, principalmente no jornal *O Paiz*.

²³⁰ AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas : pequena história da psiquiatria no Brasil. In : *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994, p. 76.

Ao mesmo tempo, no início do século XIX, os trabalhos sobre alienação mental eram extremamente raros. A psiquiatria não constituía no cenário brasileiro uma especialidade médica e nem determinava uma carreira a ser seguida. Os trabalhos sobre alienação mental tinham cunho acadêmico, eram objeto de especulação e tinham a finalidade de conferir o título acadêmico aos lentes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. A cadeira de clínica psiquiátrica não existia no Brasil até 1879, quando foi criada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A inexistência de uma cadeira específica de psiquiatria também contribuía para o pouco interesse por parte dos médicos em contribuir para essa área. A maioria dos trabalhos sobre alienação mental era defendida nas cadeiras de Higiene e de Patologia. A inexistência de instituições psiquiátricas no Brasil também dificultava a observação clínica. O Hospício D. Pedro II não tinha, no início, um interesse em integrar estudantes de medicina, abrindo espaço para a observação. O Pavilhão de Observação do Hospício D. Pedro II, então Hospício Nacional de Alienados, só foi criado no final do século XIX. Com o fechamento da principal instituição para os trabalhos acadêmicos e a inexistência de uma cadeira de Psiquiatria no Brasil, o ensino psiquiátrico era muito defasado em relação aos principais centros europeus. Como vimos, na segunda metade do século XIX começaram a ser construídas outras instituições no Brasil. A maior parte dos primeiros trabalhos de Psiquiatria desse período não continha observações de pacientes do Hospício D. Pedro II, mas dessas instituições criadas a partir de 1860 como o Asilo São João de Deus em Salvador, o Tamarineira em Pernambuco e a enfermaria no hospital São João Batista em Niterói.

A disseminação da psiquiatria francesa em meados do século XIX começa a se refletir também na preocupação dos médicos brasileiros no estudo conveniente das doenças mentais. Na segunda metade do século XIX, portanto, temos a preocupação dos médicos brasileiros em descrever minuciosamente todas as doenças mentais já elaboradas pelos médicos europeus, médicos brasileiros buscavam classificar, observar e descrever casos de Epilepsia, de Melancolia, de Psicose Puerperal entre pacientes internados em hospitais psiquiátricos

brasileiros. Assim, os trabalhos de meados da década de 1870 foram os primeiros que articularam os referenciais teóricos europeus com as primeiras observações concretas de pacientes de hospitais brasileiros. Essa preocupação em dar maior subsídio científico ao conhecimento das doenças mentais se refletiu na defesa da criação de uma cadeira de clínica psiquiátrica no Brasil. Na década de 1870 essa demanda é bastante visível entre os médicos brasileiros. Numa sessão de 30 de junho de 1878, o presidente da Academia Imperial de Medicina, Dr. José Pereira Rego, o Barão do Lavradio, pronunciava a necessidade de convenientes pesquisas para o estudo das doenças mentais :

...o desconhecimento das circunstâncias, por falta de convenientes pesquisas, pode dar lugar à imposição penal de homens que aparentemente parecem estarem em condições normais de inteligência, mas que estão realmente loucos, e que, portanto, não podem ser responsáveis dos crimes e delitos que têm praticado, porque para sua execução não gozam de livre arbítrio.²³¹

O Barão do Lavradio, portanto, se dirigia a sessão da Academia Imperial no sentido de provar a necessidade de diagnósticos precisos sobre a loucura, afim de que pessoas tidas como criminosas não fossem objeto de punição por não gozarem de livre arbítrio. Porém, o diagnóstico da loucura se via comprometido pela falta de pesquisas nesse campo. A reivindicação de José Pereira Rego era a instituição de um curso de clínica psiquiátrica para conformar as novas exigências da medicina-legal e promover um estudo específico sobre as moléstias mentais.

Quase um ano após esse discurso do Barão do Lavradio diante da Academia Imperial de Medicina, foi criado no Brasil o primeiro curso de clínica psiquiátrica. Inicialmente o estudo de psiquiatria foi incluído no sétimo ano do curso de medicina das Faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia, por decreto de 19 de abril de 1879. Dois anos mais tarde foram abertas as inscrições para ocupar o cargo para ministrar o curso de clínica psiquiátrica na Faculdade

²³¹ REGO, José Pereira. Discurso pronunciado pelo presidente da Academia Imperial de Medicina, Barão do Lavradio em sessão de 30/06/1979, com o fim de provar a conveniência do estudo das moléstias mentais. *Anais Brasilienses de Medicina*, vol 1, n. 02, 1878, p 16.

de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1883 o cargo foi preenchido pelo médico Teixeira Brandão. Nesse mesmo ano o Corpo Legislativo confirmou a criação da nova especialidade dando a designação de Cadeira de Moléstias Mentais. Em outubro de 1884, definiu-se que o titular da cadeira de clínica psiquiátrica também deveria ocupar o cargo de facultativo clínico no Hospício D. Pedro II.²³²

Com a criação efetiva de uma cadeira de clínica psiquiátrica em 1879 e a sua efetivação a partir do início da década de 1880, percebemos o aumento do interesse sobre o tema. Como vimos, em meados do século XIX, os trabalhos sobre alienação mental eram defendidos nas cadeiras de Higiene, de Clínica Médica e sobretudo na cadeira de Medicina-Legal.²³³ Até então, como dissemos, os trabalhos produzidos pelos médicos brasileiros eram marcados, de um modo geral, pelo predomínio da orientação teórica francesa. Em geral, esses trabalhos consistiam em reproduzir as tendências predominantes no âmbito do discurso médico vigente na Europa, em detrimento da pesquisa e da observação propriamente dita, vindo a corroborar com os resultados obtidos por esses mesmos médicos europeus sem nenhuma referência ao contexto brasileiro. Os estudos de médicos brasileiros sobre alienação mental se limitavam a reproduzir, quando muito, observações contidas em textos de alienistas europeus e que, por sua vez, eram muitas vezes, reproduções de anedotas contidas nos textos antigos como de Hipócrates, Alexandre de Tralles, Galeno e outros. Como vimos, os médicos da Escola Tropicalista Bahiana constituíam uma excessão nesse contexto já que faziam observações diretas nos doentes através do desenvolvimento das autópsias e sua especialização em Medicina-Legal, contudo os trabalhos da Escola Tropicalista não se orientavam para o estudo das moléstias mentais.

²³² Cf. CALMON, P. *O Palácio da Praia Vermelha*. Rio de Janeiro : Universidade do Brasil, 1952, p. 64.

²³³ Em levantamento sobre as teses de psiquiatria entre 1837 e 1880, Magali Engel mapeou 24 trabalhos produzidos ao todo nas duas Faculdades de Medicina. Esse número aumentou significativamente já nos primeiros anos da criação da cadeira de clínica psiquiátrica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Cf. ENGEL, op. cit, p. 135.

Um trabalho que exemplifica bem esse momento foi a tese publicada pelo médico Augusto Luiz Barros intitulado *Diagnóstico e Tratamento Loucura em Dupla Forma*. Trata-se de uma das primeiras teses defendidas na cadeira de clínica psiquiátrica no ano de 1883²³⁴

Depois de fazer um histórico da enfermidade que ele denomina *Loucura em Dupla Forma*, evocando as observações de autores como Pinel, Esquirol, Willis, e outros mais antigos como Areteu de Capadócia e Alexandre de Tralles e Galeno, ele chega a versão de sua época para a chamada *Loucura Circular*. Segundo Barros, a « Moléstia é constituída por acessos , e cada acesso apresenta três períodos, o *estado maníaco*, o *intervalo lúcido*, e o *estado melancólico*. »²³⁵

O que Barros chamou de *Loucura em Dupla Forma*, e que também era conhecida como *Loucura Circular*, por conter em um mesmo estado três fases distintas, de *mania* e de *melancolia* intercaladas com um *período lúcido*, é significativo porque era, nesse momento, objeto de discussão na França. O médico francês Jean Pierre Falret, um discípulo conhecido de Esquirol e o médico Baillarger disputavam entre si a paternidade do conceito de *Loucura Circular* (Falret) e *Loucura em Dupla Forma* (Baillarger). Apesar de ter adotado a definição de Baillarger, Luiz Barros não parece se importar muito com a paternidade do conceito, demonstrando uma espécie de ecletismo teórico.

Diferentes são as denominações dadas a esta entidade mórbida ; assim Baillarger denomina *Loucura em Dupla Forma* ; Falret *Loucura Circular* ; Billod *Loucura em Dupla Phase* ; Delaye *Loucura em Formas Alternas* ; LeGrand de Saulle *Delírio em Formas Alternas* ; Ludwig-Kirn, *Die Cyclische Psychose* ; Von Krafft-Ebbing *Das Circuläre irresein*.²³⁶

O mais importante nessa tese apresentada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1883 é a sua preocupação com o cruzamento de estatísticas feitas por Foville, Gérard Cailleux, Baillarger e outros na Europa e as estatísticas de hospícios brasileiros. Quando

²³⁴ BARROS, Augusto Luiz. *Diagnóstico e Tratamento da Loucura em Dupla Forma*. Rio de Janeiro : Tese apresentada à cadeira de clínica psiquiátrica, 1883.

²³⁵ Ibid, p. 13

²³⁶ Ibid, p. 17.

buscou efetuar uma análise estatística da moléstia analisada em seu estudo, o dr. Barros encontrou a sua primeira dificuldade : exatamente a falta de levantamentos estatísticos no Brasil. Dessa forma, o dr. Barros recorreu não a observação direta dos pacientes alienados, mas das observações de Domingos Jacy Monteiro Júnior, que observou no Hospital São João Batista em Niterói a existência de dois casos que ele denominou *Loucura Cyclica*. Assim, *Diagnóstico e Tratamento de Loucura em Dupla Forma* foi um dos primeiros trabalhos médicos a publicar observações entre pacientes brasileiros. Trata-se do caso de uma paciente, Anna de A.L, V de 37 anos e outra de Sabrina A.L.K de 54 anos. Vejamos uma dessas observações :

Sabrina A.L. K brasileira, branca, 54 anos, viuva, remetida sem exame de loucura , nem informações do hospital Santa Tereza em Petropolis entrou a 18 de abril de 1882. Alta, magra, nervosa, cabellos longos, annellados, grisalhos ; physionomia desharmônica, movel , vivaz ; gesto e modo exagerado, loquacidade extravagante (....) Manifesta superactividade intelectual com essas irregularidade de caráter, tanto que não é possível conserval-a em companhia de outras, torna-se motivo de indisposição, queixa e reclama dos que não podem suportal-a, sendo assim, um elemento de desordem e turbulência.²³⁷

O trabalho de Augusto Luiz Barros é significativo pela incorporação, no contexto brasileiro, de observações clínicas. Pela primeira vez, as observações de médicos estrangeiros em relação a uma moléstia são confrontadas com casos recolhidos em um hospital no Brasil. Apesar de existirem dificuldades, estudos estatísticos e acesso às instituições, o trabalho de Barros demonstra uma maior preocupação dos médicos em efetuar aquilo que o Barão do Lavradio reivindicava alguns anos antes, uma observação mais rigorosa das doenças afim de constituir um estudo conveniente da loucura.

Com a criação da cadeira de clínica psiquiátrica, a organização de um serviço da Assistência Médico-Legal aos Alienados e a transformação do Hospício D. Pedro II em

²³⁷ Observação de Sabrina A.L.K, de 54 anos, feita pelo alienista Domingos Jacy Monteiro Júnior, médico do Hospício de alienados anexo ao hospital São João Batista de Niteroi. In : BARROS, *Diagnóstico e Tratamento da Loucura em Dupla Forma*, p. 65.

Hospício Nacional de Alienados, a paisagem se modifica. Os médicos, desde o início do século XIX, sempre buscaram fórmulas para conquistar seu monopólio sobre o encargo da loucura. O regime republicano, de saída, já pareceu estar disposto a integrar o saber psiquiátrico as políticas de saúde do governo. As propostas de médicos como Teixeira Brandão e depois de Juliano Moreira foram acolhidas.²³⁸ Mas, para além dessas novas realizações que demarcaram a consolidação da ciência psiquiátrica, uma nova série de transformações atingia a psiquiatria nas décadas finais do século XIX, trazendo uma nova orientação teórica, baseada nas idéias organicistas de Morel, Magna, Kraepelin e outros.

3.6 O ORGANISCISMO TRIUNFANTE: A TEORIA DA DEGENERESCÊNCIA NA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

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 examiar o fato em 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 sua natureza.

Lima Barreto, *Diário do Hospício*, 1920.

O texto que mencionamos acima, do *Diário do Hospício* de Lima Barreto²³⁹ mostra um trecho de extrema hostilidade do autor ao discurso psiquiátrico do século XIX. Essas críticas foram originadas pela sua falta de simpatia a um médico em especial do Hospital Nacional de Alienados, onde estava internado, o dr. Henrique Roxo – mas poderia se estender ao discurso psiquiátrico em geral daquele momento. O dr. Henrique Roxo era apenas um representante, entre muitos, desse discurso que Lima Barreto ataca com

²³⁸ Cf. ENGEL, A experiência republicana da reclusão, In : Op. cit, Pp. 281-291.

²³⁹ O *Diário do Hospício* foi escrito durante o internamento de Lima Barreto no Hospital Nacional de Alienados em 1914. Com base em suas anotações, o autor escreveu a obra maior, intitulada *Cemitério dos Vivos* em que narra o personagem Vicente Mascarenhas internado na Seção Pinel do HNA. Cf. BARRETO, Lima. *O cemitério dos vivos*. Rio de Janeiro: Secretaria de Cultura do Rio de Janeiro, 1988, p. 25.

veemência. Imbuídos dos pressupostos e das mesmas correntes teóricas que animavam a psiquiatria na Europa, o final do século XIX iria assistir a chegada de novas teorias que provocariam um deslocamento no discurso e nas práticas psiquiátricas. O período republicano não foi apenas aquele em que ocorreram grandes transformações na psiquiatria brasileira e que demarcou a consolidação da medicina mental como uma ciência.

No final do século XIX, a psiquiatria no Brasil acompanhou as mudanças que ocorriam na mesma época na Europa. O humanismo pineliano que predominava até meados do século XIX começava a dar lugar as teorias organicistas. A loucura deixava de ser compreendida como uma doença moral e passava a ser interpretada como um produto da degenerescência física, moral e intelectual do homem. Os principais nomes do organicismo na Europa eram Morel, Magnan na França e Kraepelin, Rudin e outros na Alemanha.²⁴⁰ No Brasil, surgiu uma nova geração de médicos como Raimundo Nina Rodrigues, Antonio Austregésilo, Henrique Roxo, Franco da Rocha e outros. Influenciados por essa corrente organicista, eles também efetuaram na medicina brasileira, uma grande transformação.²⁴¹

Uma obra teve impacto decisivo, anunciando diversas idéias que seriam incorporadas pelo discurso psiquiátrico nas décadas finais do século XIX. Em 1857, o alienista francês Benedict Auguste Morel escreveu uma obra de grande impacto chamada *Traité des dégenerescences physiques, intellectuelles et morales à l'espèce humaine*. Apoiando-se em considerações biológicas, fisiológicas e até mesmo teológicas, B. A. Morel formulou a teoria da degenerescência. Segundo Morel, a degenerescência teria sua causa atribuída ao atavismo e a hereditariedade da espécie humana. Partindo de evidências teológicas e biológicas, Morel

²⁴⁰ Sobre o organicismo de Magna e Morel no final do século XIX Cf. BERCHERIE, Paul. *Os Fundamentos da Clínica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

²⁴¹ Sobre a geração de Nina Rodrigues, Henrique Roxo e Franco da Rocha, entre outros, Cf. CUNHA, Maria Clementina. *O Espelho do Mundo*, op. Cit; ENGEL, Magali. *Delírios da Razão*, op. Cit, AMARANTE, Paulo, op. Cit,

sustentava que a humanidade, num período perdido de nosso passado, tinha características biológicas perfeitas.

Esse “tipo primitivo primordial” era o modelo ideal a partir do qual se desenvolveu a espécie humana. Porém, esse tipo ideal originário havia sofrido mutações sucessivas com a sucessão de linhagens. Com a sucessão de linhagens da espécie humana, os fatores como clima, tabagismo, promiscuidade, alcoolismo, condições de higiene, habitação, etc haviam criado anomalias nessa linhagem original perfeita, era o desvio ou a degenerescência da espécie humana. Segundo Morel: “A idéia mais clara que podemos fazer da degenerescência da espécie humana consiste em representá-lo para nós como um desvio maléfico de um tipo primitivo.”²⁴²

Por uma série de linhagens defeituosas, a degenerescência e o atavismo haviam criado um verdadeiro exército de imbecis, tarados, tísicos, maníacos, cretinos, em outras palavras, degenerados.

Esse desvio, por mais simples que o suponhamos em sua origem encerra, não obstante, elementos de transmissibilidade de tal natureza que aquele que carrega seu germe, torna-se cada vez mais incapaz de cumprir sua função na humanidade, e o progresso individual, já suspenso em sua pessoa, vê-se ainda mais ameaçado em seus descendentes.²⁴³

A conseqüência direta dessa orientação da psiquiatria do final do século XIX para o organicismo é que a alienação mental passou a ser *menos uma doença das paixões e da vontade do que um subproduto da degenerescência e do atavismo*. Se Pinel e a linha da primeira escola parisiense alienista se voltava para alienação mental como uma doença exclusiva das paixões, os organicistas do final do século XIX vão buscar na loucura o elemento do tipo degenerado. A conseqüência é que cada vez mais o Tratamento Moral deixava, na Europa, de ter a hegemonia no cenário psiquiátrico. O tratamento no hospício era

²⁴² MOREL, B. A. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales à l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*, citado por BERCHERE, op. cit, p. 109.

²⁴³ Ibid.

considerado uma intervenção à *posteriori*, sobre populações segregadas, isto é, que já eram considerados frutos estragados. Morel e seus seguidores propõem ao invés de uma internação consecutiva, sobre populações já acometidas pela degenerescência, atuar como uma profilaxia preventiva, isto é, modificando as condições intelectuais, físicas e morais dos homens. Do internamento em um espaço fechado, passa-se a preocupação de intervenção no meio. Nesse sentido, o programa do alienista passa-se cada vez mais a integrar o programa dos higienistas do final do século. É a concepção de que a intervenção não deve se restringir ao hospício, mas extrapolar o ambiente, estendendo o tratamento moral para a sociedade.²⁴⁴

A teoria da degenerescência teve influência em diversas áreas, ocasionando desdobramentos em domínios do direito, do urbanismo, da medicina, etc. Uma das vertentes conhecidas dessa problemática atingiu a criminologia quando o médico italiano Cesare Lombroso, em *L'Uomo Delinquente*, formulou em 1876 a teoria do criminoso nato.²⁴⁵ Partindo das concepções de degenerescência e de hereditariedade de Morel, Lombroso afirmava que o criminoso, desde o seu nascimento, havia sido predisposto ao crime, herdando o germem do mal. A tendência criminal, os instintos sanguinários, a decadência do homem nada mais seria do que um mórbido processo de degenerescência. O homem criminoso era um fruto funesto, um monstro híbrido que carregava os estigmas negativos da espécie humana que, como em Morel, havia apresentado características primitivas ideais num passado longínquo. O *homem criminoso*, assim como o *degenerado*, era um subproduto do atavismo e da degenerescência. Porém, baseado no estudo antropométrico e cranialógico de diversos criminosos, estudando características de crânios de centenas de loucos, criminosos, epiléticos que lhe eram enviados, Lombroso acreditava descobrir nas características morfológicas do homem, dados inconfundíveis para identificar o homem criminoso. As idéias do mestre de Turim deram grande projeção a Escola Italiana de Antropologia

²⁴⁴ Sobre esse novo código teórico, Cf. CASTEL, op. Cit, p. 262-263.

²⁴⁵ DARMON, Pierre. *Médicos e Assassinos na Belle Epoque*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

Criminal. Lombroso, mestre de uma nova escola, reunia em torno de si, diversos subgrupos que pretendiam estudar o crime e sua relação com a hereditariedade. Lombroso revolucionou a criminologia ao determinar que o homem havia sido predestinado ao crime desde o nascimento. Para além dessas discussões, também estavam recolocados o velho problema dos limites entre o determinismo e o livre-arbítrio. O problema do *criminoso nato*, portanto, se colocava na linha de continuidade das questões suscitadas pela teoria da degenerescência.

No final do século XIX, essas idéias sobre o *tipo degenerado* também estavam presentes nas discussões sobre a Eugenia.²⁴⁶ Foi um inglês, Sir. Francis Galton, que pela primeira vez cunhou o termo eugenia para falar de uma ciência que se dedicaria a preservação da espécie. Em *Natural Inheritance*, de 1889, Galton definiu a Eugenia como uma ciência do melhoramento da espécie que se preocupava em preservar as características das linhagens mais adaptadas.²⁴⁷ Morel foi o primeiro a lançar em seu *Traité des Dégénérescences*, a idéia do tipo degenerado, e formulou um quadro em que a humanidade caminhava em rumo a degenerescência da espécie, entregue aos malefícios da hereditariedade, que carregariam todos os estigmas atávicos responsáveis pela degenerescência do homem. A Eugenia propunha uma estratégia de combate a degenerescência, selecionando as linhagens mais adaptadas, e separando-a das linhagens defeituosas e estéreis, garantir a perpetuação da espécie. O programa de eugenia deu origem a uma extensa formulação de estratégias de combate a reprodução biológica de imbecis, histéricos, cretinos, loucos, tarados, com o desenvolvimento de programas de *esterilização* e *castração* de indivíduos considerados degenerados. Lombroso, Galton e Morel, acreditavam que a reprodução desses seres era uma heresia, imaginaram um programa de castração dos delinquentes.

²⁴⁶ DARMON, op. Cit, p. 196 e ss.

²⁴⁷ Ibid, p. 196.

Nesse sentido, a linhagem de idéias eugenistas como de Galton, determinavam que a interrupção da propagação do *vício no sangue* responsável pela multiplicação de degenerados, deveria ser feito a maneira dos criadores, ou seja, pela eliminação pura e simples dos elementos defeituosos afim de preservar a seleção dos melhores espécimes. Assim, a Eugenia se apresentava como uma ciência destinada a preservar o patrimônio hereditário da humanidade, selecionando as melhores espécies. A partir daí o médico passou a ser o sacerdote dos tempos modernos já que muitos países proibiram o casamento entre tísicos, tuberculosos e epiléticos com base no exame de sanidade pré-nupcial. Acreditava-se que a união entre um tísico e uma histérica, por exemplo, daria origem a um indivíduo condenado pelo vício e debilidade de seus progenitores. Surgiu a idéia de um processo gradativo rumo a degenerescência. As figuras que habitavam o imaginário do final do século XIX eram as dos *demi-fous*, os semi-loucos, daqueles seres defeituosos, cheio de taras e estigmas atávicos, a caminho da degenerescência.²⁴⁸

A margem da higiene propriamente dita, que elimina o problema do contágio e da infecção, o degenerado tornou-se então o principal objeto da medicina organicista, que se empenhava em fazer regredir as condições de reprodução do ambiente insalubre que seria responsável pela multiplicação dos degenerados. A medicina do final do século XIX era marcada portanto, menos por um humanismo filantrópico típico do final do século XVIII do que por uma espécie de *racismo biológico*. O paternalismo psiquiátrico dos alienistas da geração de Pinel e Esquirol dava lugar a uma caça anti-bruxas dos tipos degenerados.

No Brasil, essas idéias avançam na mesma velocidade que na Europa. Ao mesmo tempo chegavam ao Brasil as idéias de alienistas como Morel e Magnan, as teorias Lombrosianas, a Eugenia de Galton, o darwinismo de Gobineau, etc. Lilia Moritz Schwarcz demonstrou a difusão dessas teorias no Brasil no século XIX, principalmente no Direito e na

²⁴⁸ Ibid, p. 197.

Medicina. Entre outros desdobramentos, tiveram importância decisiva na discussão sobre a teoria do branqueamento da população brasileira.²⁴⁹

Foi nesse ambiente de mudanças que ocorreram as principais orientações da medicina psiquiátrica no final do século XIX. As idéias organicistas se difundiram no Brasil na última metade do século XIX, principalmente no Rio de Janeiro, na Bahia e em São Paulo. Vera Portocarrero, em seu estudo sobre Juliano Moreira, percebeu bem como este médico, que substituiu Teixeira Brandão na direção da Assistência Médico-Legal dos Alienados, e um dos catedráticos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi um dos principais introdutores do organicismo no Brasil.²⁵⁰

Os principais representantes no Brasil dessa corrente organicista do final do século XIX eram os médicos Nina Rodrigues, Henrique Roxo, Austregésilo, Franco da Rocha, Juliano Moreira, entre outros. A partir das idéias de degenerescência, os médicos brasileiros enfocavam o problema das doenças, principalmente das moléstias mentais, numa paisagem em que se mesclava a reflexão sobre o meio social, a hereditariedade e a degenerescência física e moral. Ruth Harris chamou a emergência dessa preocupação com a degenerescência no âmbito das teorias alienistas de *Segunda Psiquiatria*, para diferenciá-la da corrente alienista de Pinel e Esquirol²⁵¹ A idéia de uma doença das paixões e da vontade cede lugar ao desvio e anormalidade. Desde então a hereditariedade começou a ser o foco dos fatores que predispunham a alienação mental. Já presentes nos alienistas da escola de Salpêtrière, foi um alienista da geração de Morel, Prosper Lucas, no seu *Traité de l'Heredité*, publicado em 1850, que problematizou a questão da hereditariedade como um fator responsável pela transmissão de estigmas que seriam atribuídas a alienação mental.²⁵²

²⁴⁹ SCHWARCZ, Lilia. *O Espetáculo das Raças: Cientistas, instituições e questão racial no Brasil*. São Paulo: Cia das Letras, 1993.

²⁵⁰ PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da Loucura : Juliano Moreira e a descontinuidade da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Da Fiocruz, 2002.

²⁵¹ HARRIS, Ruth. *Assassinato e Loucura: Leis, Sociedade e Medicina no fin-de-siècle*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. p. 59

²⁵² BERCHERIE, op. Cit.,

A partir de Morel, a doença mental passa a ser um desvio em relação a um tipo primitivo ideal. Rompendo com as concepções da primeira escola alienista, os organicistas procuram nos estigmas atávicos os principais fatores para a perpetuação da doença. Os médicos brasileiros também serão infatigáveis caçadores desses tipos degenerados. Caracterizada por uma *causalidade oculta*, os médicos brasileiros se colocavam como especialistas responsáveis por identificar esse tipo degenerado. Dessa forma, como procuramos definir neste capítulo, os médicos brasileiros provocaram não apenas uma ruptura com a produção alienista do início do século XIX, mas inverteram as concepções metodológicas do tratamento da locura, reorientando-a para as concepções organistas européias do final do século XIX. A nova perspectiva organogenética iria ampliar a noção de alienação mental, tornando ilimitadas as possibilidades de rotulação de indivíduos sob o signo da anormalidade.

A medida que a psiquiatria consolidava-se como saber especializado no Brasil, as reflexões acerca dos temas relacionados a alienação mental iam ganhando cada vez mais prestígio nos periódicos especializados. Com a criação da cadeira de clínica psiquiátrica, os alienistas ganhavam o suporte institucional que lhe dava o status de ciência constituída. As áreas de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal cada vez mais esboçavam um diálogo proífico. Aliás, foi com o objetivo de debater as questões entre a medicina-legal e a psiquiatria que Juliano Moreira fundou, em 1907, a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal.²⁵³

Uma das características desse momento é a incorporação maciça de teorias estrangeiras, marcada pelo ecletismo teórico. No mesmo momento surgiam as idéias organicistas de Magnan, a teoria de degenerescência de Morel, as teorias lombrosianas, o malthusianismo, o darwinismo social de Gobineau, a eugenia de Galton e até mesmo os primeiros textos de Sigmund Freud. Curioso perceber que, na medicina psiquiátrica brasileira, as referências as idéias organicistas eram feitas ao lado das referências a Pinel e

²⁵³ ENGEL, p. 137.

Esquirol. Apesar dessas novas teorias encontrarem cada vez mais adeptos entre os médicos brasileiros, as idéias de Esquirol ainda continuavam a ser uma das grandes referências da psiquiatria brasileira.

As concepções psiquiátricas voltadas para as idéias organicistas do final do século XIX esboçaram a tentativa dos médicos brasileiros em definir o *tipo degenerado brasileiro*. O Dr Franco da Rocha afirmava em seu *Esboço de Psiquiatria Forense*, por exemplo, que era preciso determinar o grau de degeneração: “Do idiota ao degenerado superior, isto é, ao desequilibrado que possui algumas faculdades mentais brilhantes, vai uma série vastíssima de tipos, passando pelo imbecil de espírito, sem divisão nítida entre si, mas por transição quase insensível.”²⁵⁴ Tendo sua origem nunca causalidade secreta, apenas o alienista era confiável para observar a gravidade do grau degenerativo. Gradações de degeneração se desenvolviam, indo do imbecil ao degenerado superior. A linha entre os degenerados e os normais era vaga e arbitrária. Médicos como Franco da Rocha estavam determinados à definir e mesmo ampliar os limites da anormalidade.

A medida em que a teoria da degenerescência ia ganhando adeptos na medicina brasileira, suas aplicações se estenderam para outros campos. A Medicina-Legal e a Psiquiatria proporcionaram um cadinho de discussões bastante amplo, na qual se envolveram médicos como Raimundo Nina Rodrigues e Henrique Roxo, por exemplo. Os médicos da Faculdade de Medicina da Bahia, nesse momento uma das grandes referências da Medicina-Legal brasileira, faziam referência aos estudos de Broca, Topinard e outros. A “febre das medições” também atingia os médicos brasileiros. Essa época seria marcada por uma extensa preocupação com as medições antropométricas já efetuadas por Broca e Topinard na Europa. Instrumentos cada vez mais sofisticados eram utilizados para medir crânios, fossas occipitais, e tudo o que fosse mensurável.²⁵⁵ Além dessa febre das medições, os alienistas cada

²⁵⁴ Ibid, p. 139

²⁵⁵ Ver por exemplo essa “febre das medições” no estudo de Darmon. Vários aparelhos antropométricos foram inventados neste período, como o antropômetro de Anfosso, o clinômetro craniano de Gaudenzi e o catetômetro de Benedikt, Cf. DARMON, p. 67-72.

vez mais lançavam mão dos modernos processos utilizados pela medicina, como o microscópio, os exames de urina, de sangue e do líquido cefalorraquiano.

Estas discussões estavam relacionadas, no final do século XIX, sobretudo com a questão do aprimoramento da raça. Um dos principais defensores das idéias de preservação do patrimônio hereditário era Nina Rodrigues. Se o dr. Henrique Roxo já defendia a proibição de casamentos consangüíneos, propondo exames pré-nupciais para impedir a reprodução de degenerados, Raimundo Nina Rodrigues iria levar essas concepções ao extremo. Mobilizada pela questões suscitadas pelo projeto de construção de uma sociedade “civilizada” segundo os padrões europeus, uma parcela expressiva da intelectualidade brasileira, inclusive ou principalmente os médicos, estavam engajados no projeto de branqueamento da sociedade, visto como uma solução a ameaça da degeneração. Entre os seus grandes entusiastas estava Silvio Romero, grande defensor das idéias eugenistas, jurista e com posições bastante polêmicas. Silvio Romeno, marcado pelo *darwinismo social* corrente no Brasil das últimas décadas do século XIX, afirmava a superioridade do “elemento branco” que “na luta pelas raças” iria suplantar as “etnias inatas”, prevendo o total branqueamento da população em três ou quatro séculos.²⁵⁶ A idéia de que “sub-raças” como o índio e o negro, tenderiam a desaparecer na *luta das espécies*, também estava presente em médicos como Affrânio Peixoto.²⁵⁷ Em *A Esfigie*, Affrânio Peixoto acreditava que essas *sub-espécies* iria se diluir com a sucessiva implantação do “sangue branco” na população brasileira.

Ao contrário de Silvio Romero e Affrânio Peixoto, o legista baiano Raimundo Nina Rodrigues via o problema da degenerescência na mestiçagem da população brasileira.²⁵⁸ Segundo Nina Rodrigues, a influência do negro no Brasil, “há de constituir sempre um dos fatores de nossa inferioridade como povo”²⁵⁹ Mas o confronto dessas perspectivas se

²⁵⁶ Essa é a postura adotada por Silvio Romero em *História da Literatura Brasileira*, de 1888. Cf. ENGEL, p. 173.

²⁵⁷ Ibid.

²⁵⁸ Sobre essas diversas discussões em que estavam engajados os médicos brasileiros, além de O Espetáculo das Raças, de Lilia Schwarcz, Cf. SKIDMORE, T. E. *Preto no Branco: raças e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

²⁵⁹ RODRIGUES, Nina. *Os Africanos no Brasil*, citado por SKIDMORE, 1976, p. 77.

dividiavam entre os otimistas e os pessimistas sobre a realidade brasileira. Havia aqueles que tinham fé na teoria do branqueamento como solução dos problemas e aqueles que acreditavam na degeneração completa do povo brasileiro, marcado pela miscigenação e pela penetração de indivíduos degenerados e incapazes. Marcados pelo racismo biológico, uma parcela desses médicos apostava na “evolução biológica” dessas raças inferiores. Uma terceira perspectiva surgiu nesse sentido. Ao invés do branqueamento das raças o branqueamento do cérebro. Henrique Roxo é um nítido representante dessa corrente, quando afirma que não é a pele escura que era responsável pela inferioridade, mas a inexistência de uma evolução. Em um estudo sobre as *Perturbações Mentais dos negros no Brasil*, ele afirma:

Não é a constituição física do preto, a sua cor escura que lhe marcam o ferrete da inferioridade. É a evolução que se não deu. Ficaram retardatários. Ao passo que os brancos iam transmitindo pela herança um cérebro em que as dobras de passagem mais se aprimoravam, em que os neurônios tinham sua atividade mais profunda, os negros que indolentemente se furtaram a emigração, em que a concorrência psíquica era nula, legavam a seus descendentes um cérebro pouco afeito ao trabalho, um órgão que de grandes esforços não era capaz.²⁶⁰

Enfatizando a poderosa força do “aprimoramento das raças”, o psiquiatra concluiu:

Suponhamos que um negro com esta má tara hereditária se transportasse para um centro adiantado e com sua congênere viesse a ter descendência. Imaginemos... que esta fosse pouco a pouco progredindo e que de pai para filho se fosse legando cada vez mais um cérebro excitado, ativo. Dentro de um certo número de descendentes chegaria, finalmente, um cérebro tão evoluído quanto ao de um branco. Seria tão inteligente quanto este.²⁶¹

Sem romper com os pressupostos do racismo biológico de Nina Rodrigues e Silvio Romero, Henrique Roxo demonstrava, um caráter reversível através do branqueamento do cérebro ao invés do branqueamento das raças. Para essa linha, a educação das raças inferiores

²⁶⁰ ROXO, Henrique. *Perturbações mentais nos negros do Brasil*. *Brazil Médico*, citado por ENGEL, p. 174.

²⁶¹ *Ibid*

seria um único modo de corrigir as inúmeras “taras biológicas”. Pela educação o indivíduo adquiriria hábitos responsáveis pela evolução da raça, que seria retransmitida pelas gerações.

Esse enfoque, tanto dos médicos organicistas do final do século XIX estabelecem uma associação rígida entre desvio, anormalidade, degeneração e inferioridade de certas raças. Esse racismo biológico foi o fundamento do princípio de aprimoramento da espécie, difundida pela medicina brasileira no final do século XIX.

Contudo, foi na década de 1920 que a Psiquiatria sofreu um grande impacto da Eugenia. A década de 1920 foi marcada pela aproximação cada vez maior entre a eugénica e a psiquiatria. As idéias de sanear a raça a maneira dos botânicos e criadores, criando um *haras humano*, foi desenvolvida a partir das idéias do fisiologista inglês Francis Galton. Tais idéias sobre o melhoramento do *patrimônio hereditário*, elaboradas por Galton, tiveram influência decisiva no Brasil por volta da década de 1920. A convergência entre os objetivos da medicina e da eugenia se mostrava muito clara. Foi um médico paulista, Renato Kehl, em 1922, que escreveu um dos principais livros sobre o assunto, intitulado *Eugenia e Medicina Social: Problemas da Vida*.²⁶² Fundador da Sociedade Eugênica de São Paulo, Renato Kehl foi um dos principais teóricos da eugenia do início do século XX.²⁶³ Ultrapassando os limites do mundo acadêmico e científico, as questões sobre a eugenia ganhavam repercussão bastante significativa nos meios de comunicação.

Vista como uma ciência do aperfeiçoamento físico e moral da espécie humana, segundo Kehl, a eugenia se orientaria pelos princípios básicos de Francis Galton. Kehl se propunha a estudar os “meios pelos quais se evita o abastardamento das raças, determinando as vias pelas quais se perpetua uma geração de indivíduos sãos, robustos e belos”²⁶⁴ Tais objetivos seriam realizados mediante três estratégias de atuação: 1. o controle médico dos

²⁶² Em 1920, Renato Kehl reuniu diversos artigos que publicara na imprensa, e também trabalhos discutidos na Sociedade Eugênica de São Paulo, e publicou *Eugenia e Medicina Social*. Esta é considerada uma das principais obras sobre eugenia no Brasil. No início da década de 1920 a revista a *Revista Syntátrica* também veicularam textos de Kehl.

²⁶³ Cf. ENGEL, p. 169-182..

²⁶⁴ Íbis, p. 170.

casamentos, por intermédio de um exame de sanidade pré-nupcial; 2. esterilização de loucos, tuberculosos, surdos-mudos, criminosos, imbecis e incapazes; 3 Preservar as linhagens mais adaptadas para o aprimoramento da espécie através da educação higiênica da população. Propunha-se com isso, o que Kehl chamou de restrição da “natalidade prejudicial”.

Kehl foi um dos mais ardorosos defensores das restrições de casamentos entre indivíduos inaptos “a boa reprodução”. Para isso ele propunha uma inspeção médica através da obrigatoriedade de um exame de sanidade pré-nupcial. Isso iria impedir que certas categorias de degenerados e deficientes físicos e mentais contraíssem matrimônio, perpetuando os estigmas da degenerescência.

A defesa da esterilização de degenerados, presente em Kehl, também era uma das estratégias dos eugenistas na Europa. O dr. Mazier, por exemplo, levando as últimas consequências as teorias eugenistas, afirmava que deveria haver a eliminação completa “de uma só vez” de todos os degenerados, para evitar o que o outro médico, Robert Rentoul, chamou de “hecatombe das raças” em seu livro intitulado *Culture de la race ou Suicide de la Race*.²⁶⁵ Estas medidas de esterilização de loucos, criminosos e outros degenerados foram implantadas em países como a Bélgica, os Estados Unidos, Suíça e outros países.²⁶⁶ O dr. Kehl era um fervoroso adepto das práticas de esterilização compulsórias entre os degenerados. As propostas eugênicas nos domínios da psiquiatria levaram ao extremo as idéias já desenvolvidas pelos médicos e psiquiatras do final do século XIX como Henrique Roxo, Juliano Moreira e Nina Rodrigues.

Estas idéias também tiveram grande difusão na psiquiatria a partir de 1923, quando o psiquiatra Gustavo Riedel criou no Rio de Janeiro a *Liga Brasileira de Higiene Mental*, LBHM.²⁶⁷ A associação pautava-se na tentativa de empregar na psiquiatria os pressupostos

²⁶⁵ DARMON, p. 186.

²⁶⁶ Segundo Pierre Darmon, entre 1907 e 1925, um total de 23 estados nos Estados Unidos adotaram leis de esterilização de loucos e criminosos. Em 1928, a Suíça e o Canadá aprovaram leis que decretavam a esterilização de anormais. Somente em um estado norte-americano, a Virgínia, ocorreu mais de 7.500 esterilizações entre 1924 e 1972 (p. 203-204).

²⁶⁷ Sobre a LBHM Cf. COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Documentário, 1976.

da eugenia, formulando um amplo programa de Higiene Mental. Com a LBHM, a psiquiatria se volta cada vez mais para a extensão das práticas médicas no meio ambiente, ao invés de atuar com uma posição que eles consideram “defensiva”, ou seja, os limites da reclusão no hospício.²⁶⁸ Nessa problemática, algumas das características principais da LBHM eram o *antiliberalismo*, o *moralismo*, o *racismo* e a *xenofobia*.²⁶⁹

Inicialmente, como demonstrou Jurandir Freire Costa, a LBHM havia sido criada pelo psiquiatra Gustavo Riedel como uma alternativa aos métodos psiquiátricos utilizados na Assistência Médico e Legal dos Alienados. O objetivo da LBHM era renovar os procedimentos psiquiátricos através da melhoria dos estabelecimentos psiquiátricos e da qualificação e capacitação de profissionais. Mas, inserido na paisagem cultural dos anos de 1920, logo o projeto da LBHM se articulou a proposta de eugenia das elites brasileiras.²⁷⁰ A partir de 1928, o projeto de eugenia tornou-se um dos principais objetivos mencionados nos estatutos da LBHM. De 1928 a 1934, a eugenia aparece como uma das finalidades da instituição, até transformar-se enfim, no seu principal objetivo.

Assim, o problema da eugenia, formulada por Galton e difundida por diversas associações pelo mundo inteiro, foi retomada no Brasil em meados da década de 1920, como um tema articulado a questão da *Higiene Mental*. Foi no *Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental* em 1931 que Rudin, um discípulo de Kraepelin, sintetizou o programa de Higiene Mental da Psiquiatria da época. O sucessor de Kraepelin e membro do prestigiado grupo de Munique, afirmava que “A Hygiene Mental, em sua applicação practica não deve exercer-se somente no terreno da psychiatria, *senão em todos os domínios da vida*

²⁶⁸ Considerada uma instituição de utilidade pública pelo decreto nº 4.788 de 27/12/1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental recebia doações filantrópicas. A partir de 1925, além das subvenções do Estado, recebia patrocínio através da revista *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*. Ressalte-se que o caráter autoritário da LBHM era combatido e criticado por outros médicos, como os da Assistência Médico e Legal dos Alienados. Em fins de 1926, por exemplo, Pacheco e Silva, fundou em São Paulo, para se contrapor a LBHM, a Liga Paulista de Higiene Mental. Cf. CUNHA, p. 169.

²⁶⁹ COSTA, op. Cit, Pp. 41 e ss.

²⁷⁰ Ibid, p. 31.

social”²⁷¹ A construção de um problema eugênico estava imbutido nessa concepção de um programa de Higiene Mental em que a aplicação prática das teorias psiquiátricas não se deveria se restringir a medicina, mas em todos os domínios do campo social.

Os médicos da LBHM eram influenciados, sobretudo, pelo organicismo alemão de Kraepelin e pela eugenia de Galton. Eles se pautavam na idéia de uma *profilaxia preventiva*. Isto queria dizer que cada vez mais a psiquiatria tinha a ambição de extrapolar os limites do hospício para propor um programa de extensão do meio, através da educação eugênica que permitiria modificar as condições físicas, higiênicas e morais da sociedade. Ao mudar o foco do *espaço hospitalar* para o *meio*, a idéia de profilaxia mudara também os paradigmas da psiquiatria brasileira. Pela primeira vez, o hospício deixa de ser o lugar privilegiado da ação terapêutica, para ceder lugar a um programa de intervenção no meio. Nisso, o projeto psiquiátrico estava se alinhando cada vez mais com o projeto dos higienistas brasileiros do início do século XX. Combater as *causas* das doenças e *prevenir* seus efeitos eram os projetos da profilaxia preventiva.

A LBHM pela primeira vez propôs um esboço em que a psiquiatria atingiu um novo patamar, e reivindicava o lugar de tomada das decisões diante da comunidade e dos elementos que caracterizavam o meio, propondo um projeto de educação e intervenção. O alienista, assim como o higienista, queria estar onde se esboçasse um foco de desordem. O sonho de estender o controle para além dos muros do hospício seria justificado pelos psiquiatras da LBHM através de uma profecia assustadora. Segundo o dr. Carlos Panafiel “*É chegada a hora decisiva dos médicos, dos psicólogos enveredarem pelas escolas adentro, qual profetas a iluminar e a dirigir.*”²⁷² Ao querer extrapolar os limites do asilo, chegando as fábricas, as escolas, as casernas, os alienistas rompem com o hospício como lugar privilegiado das práticas terapêuticas. Porém não se trata de uma revolução, mas um novo

²⁷¹ RUDIN, E. A significação da eugenia e da eugenética. *Arch. Brasileiros de Higiene Mental*. Citado por COSTA, p. 49.

²⁷² PANAFIEL, Carlos. O elemento psíquico no trabalho humano, a Liga de Higiene Mental e o s novos horizontes da higiene pública. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 1925, citado por ENGEL, p. 178.

paradigma que, no entanto, demarca uma série de transformações no *conjunto do sistema*. Sem modificar completamente, essa nova postura trouxe novas práticas, renovando compromissos instáveis.

Práticas novas, sem modificar o edifício, podem dar um novo alento a organizações cansadas. É assim que deve ser interpretado o desejo de extrapolação do hospício contida na idéia de profilaxia preventiva. Ao propor extrapolar o hospício para adentrar nas fábricas, nas escolas, nas casernas, os psiquiatras demonstram que o asilo não será mais o agente exclusivo, nem mesmo o operador necessário a transformação dos indivíduos. Mas a condição de desligar completamente a prática médica de seu ponto de fixação privilegiado no asilo, é uma outra história.

Trata-se de um *deslocamento*, mais do que uma transformação ou *revolução*. Prova disto é que o Tratamento Moral desaparecerá das referências dos médicos, enquanto seus traços continuarão identificáveis através da emergência de novas relações terapêuticas. Mudança também de paradigma. O paternalismo psiquiátrico típico do início do século XIX começa a ceder espaço a uma espécie de racismo biológico. Onde a evidência de que a palavra *infeliz*, utilizada usualmente para caracterizar o louco, passa a ser substituída pela definição *degenerado* ou *anormal*. Um deslocamento do lugar do exercício do tratamento moral, impôs, assim uma transformação de seus traços mais arcaicos em dispositivos mais sofisticados, fundando, pela segunda vez, a ordem asilar. A extrapolação do hospício não significa a extinção da tecnologia asilar, mas antes, a expansão de sua lógica ao meio. Prova disto é que, não obstante, após mais de um século, as instituições asilares continuaram a exercer as mesmas finalidades.

Nesse capítulo buscamos analisar o contexto em que surgiu o discurso psiquiátrico no Brasil no século XIX. Para se entender o surgimento do saber médico no Brasil tivemos como foco principal o cenário constituído pelo Rio de Janeiro no século XIX. A conformação das estruturas políticas necesssárias à transformação do Rio de Janeiro em um centro político-administrativo do Império trouxe consigo a imposição de novas instituições, entre

elas, o surgimento de instituições médicas. O discurso médico no Brasil esteve atrelado, portanto, ao desenvolvimento das políticas relativas à saúde pública e à higiene às quais a Academia Imperial de Medicina ocupou lugar de destaque.

Após descrever o contexto em que a loucura ganhou um espaço específico de reclusão e tratamento no Brasil e o desenvolvimento do discurso psiquiátrico na segunda metade do século XIX, vamos analisar, na etapa seguinte, o contexto do surgimento de uma instituição específica, *o Hospício Nossa Senhora da Luz*.

Para se chegar ao objeto de estudo deste trabalho, o Hospício Nossa Senhora da Luz e, através dele, discutir o problema da constituição da tecnologia asilar, foi preciso analisar o processo em duas vias. Por um lado a constituição da ciência psiquiátrica e seus problemas epistemológicos. Por outro lado, o surgimento de instituições psiquiátricas no Brasil. *Nessas duas direções, que se encontram num horizonte comum, estava essa instituição específica, o Hospício Nossa Senhora da Luz*. A partir dos problemas analisados até agora sobre a constituição da psiquiatria, vamos analisar esse hospício em particular, não perdendo de vista sua inserção nesse contexto mais amplo, mas também enfocá-lo a partir dos problemas mais específicos que deram origem a esse hospício. Portanto, na última parte deste trabalho, reduziremos o foco até o Hospício Nossa Senhora da Luz. Olhando para uma cidade acanhada e provinciana do século XIX, Curitiba, começaremos a mapear os problemas políticos, epistemológicos e sociais que levaram a construção de um asilo de alienados na capital paranaense. Finalmente, poderemos cruzar as aquisições dessas duas primeiras partes com os problemas arrolados na última parte deste estudo, afim de encetar, à guisa de conclusão, como a análise de uma instituição sem menor importância no cenário nacional ou internacional, pode oferecer elementos para problematizar a formação da tecnologia asilar.

PARTE 3

**UMA MÁQUINA DE CURAR
O HOSPÍCIO NOSSA SENHORA DA LUZ E A
CONSTITUIÇÃO DA PSIQUIATRIA NO PARANÁ**

CAPITULO 4
É PRECISO CURAR A LOUCURA :
O HOSPICIO NOSSA SENHORA DA LUZ

Eu tinha na alma a sensação de quem sai de um subterrâneo. O grande dia me espanta, e sinto, em torno de mim, tudo estranho. Parecia-me haver passado no hospício todo um século, fora do convívio dos homens: e a claridade do mundo me importuna e me faz mal. Em poucos dias foram-me impressionando os contrastes em que me punha com o meio para onde voltei.

Rocha Pombo, *No Hospício*, 1905

A rua chega a preocupar os loucos. Nos hospícios, onde esses cavalheiros andam doidos por se ver cá fora, encontrei planos de ruas ideias, cantores de rua, e um deles mesmo chegou a entregar um longo poema que começava assim :

`A rua.. Cumprida, cumpria, atua...
Olé ! complicada, complicada, alua
A rua
Nua !'

João do Rio, *A alma encantadora das ruas*, 1987.

De mim para mim, tenho certeza que não sou louco.
[Mas]... de quando em quando, dou sinais de loucura, deliro !

Lima Barreto, *Diário do Hospício*, 1920.

O que explica uma fragilidade da síntese asilar e, ao mesmo tempo, sua extraordinária eficácia ? Apesar de diversos modelos pudessem ser virtualmente possíveis, o asilo para os loucos se consolidou como o centro das atividades psiquiátricas. Neste trabalho, mapeamos a formação de uma tecnologia alienista e vislumbramos como ela atravessou três contextos. Ela

atravessou os espaços e a duração e, por mais de dois séculos, transformou-se na principal forma de tratamento dos insanos, uma máquina de curar. Em todos os casos, o que percebemos foi que os investimentos da classe médica pela consolidação de seu saber e sua reputação científica sempre esteve atrelada a tentativa e aos esforços de manter a coerência dessa síntese asilar. A vitória do modelo médico proposto pelos alienistas, da instauração do asilo, definiu a sua credibilidade científica e a unificação de suas práticas. Em suma, neste trabalho, buscamos recompor as articulações dessa máquina de curar e de que maneira a disposição das suas peças e o emaranhado de suas tramas produz certos efeitos : ela legitimou um certo grupo de profissionais ; definiu um estatuto social de um indivíduo rotulado como louco ; codificou comportamentos. Maquinaria extremamente complexa que deve ser entendida tanto nos pressupostos científicos e teóricos que a legitimam quanto do aspecto histórico e social do contexto em que ela foi engendrada. É nesse sentido que, como uma peça na tecnologia alienista, o hospício deve ser encarado como objeto de estudo e também como fonte histórica para entender as articulações dessa máquina.

Buscando recompor as articulações da maquinaria hospitalar, investigaremos a partir de agora, as disposições das peças do complexo asilar, trazendo o foco para uma instituição específica, o Hospício Nossa Senhora da Luz. A partir da análise do processo de criação desse hospício podemos entender as estratégias de consolidação do saber psiquiátrico em Curitiba entre o final do século XIX e o início do século XX e que estavam inseridas, por sua vez, num contexto de transformações da psiquiatria como campo nas estratégias de controle e higiene das cidades e que faz com que o hospício seja ao mesmo tempo um lugar de internamento de doentes de uma classe especial e um lugar de segregação de indesejáveis.

Invertendo o foco de nossas análises, voltando o olhar para uma cidade específica – Curitiba, capital da província do Paraná a partir do século XIX – delinearemos a meta deste trabalho : a de que é possível, através do estudo de uma instituição, compreender os princípios da tecnologia alienista. Estratégias muito semelhantes foram utilizadas pela medicina psiquiátrica tanto nos grandes centros como nas pequenas cidades, o que valida

nossa opção por estudar um hospício em Curitiba, sem maior expressão no cenário mais amplo, mas que também desenvolvia estratégias próprias para a consolidação desse espaço. Estudar o Hospício Nossa Senhora da Luz, enfim, é compreender alguns aspectos da constituição de uma tecnologia hospitalar.

Atualmente o Hospício Nossa Senhora da Luz completou seu centenário. Apesar dos médicos da instituição declararem suas “revoluções”²⁷³, esses mesmos médicos mantêm-se como legítimos “guardiões do templo”, desempenhando o papel de *quixotes* modernos. A despeito de todas as críticas que vem atravessando esse modelo hospitalar nos últimos anos, o Hospício Nossa Senhora da Luz, criado há cem anos, permanece intacto, suas estruturas parecem, de fato, imutáveis.

Na primeira etapa deste capítulo buscaremos reconstruir o cenário em que se deu a construção do primeiro hospício em Curitiba, analisando as transformações da capital paranaense no decurso das últimas décadas do século XIX e início do XX, em que a elevação de Curitiba a condição de capital de província trouxe em sua esteira uma série de modificações, que buscaremos analisar adiante.

Nesse cenário de transformações surgiu uma série de instituições como leprosários, hospitais de isolamento, patronato agrícola, prisões, albergues e outras. Diversos modelos de instituições fechadas foram criados para atender a uma série exigências, especializando-se no controle, vigilância, tratamento ou isolamento de populações bastante heterogêneas. A segunda parte deste capítulo pretende entender esse mundo das instituições fechadas.

Finalmente, a partir das aquisições dos capítulos anteriores, buscaremos compreender o Hospício Nossa Senhora da Luz. Primeiro, investigando as semelhanças e diferenças em relação aos contextos analisados anteriormente como no Rio de Janeiro para, em seguida, inserir suas especificidades. Delineiam-se algumas questões, por exemplo: em que momento

²⁷³ Por ocasião do centenário, o diretor clínico do Hospício, dr. Dagoberto Hungria Requião, declarou: “Com o tempo, o atendimento deixou de ser apenas um ato de dar abrigo para os doentes. Hoje temos um centro moderno de tratamento psiquiátrico” GAZETA DO POVO, 06/12/2003.

surgiu a preocupação com o problema da loucura no Paraná? Em que período a questão da loucura se destaca em sua especificidade dos demais problemas sociais, exigindo-se um espaço específico para esse problema? Quando o enclausuramento do louco com outros doentes na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e também a promiscuidade entre loucos e outros contraventores na Cadeia Civil começou a ser um problema? Quem dirige essas discussões? Quais os grupos que tomam a iniciativa pela construção do Hospício?

Respondendo a essas perguntas acreditamos ser possível distinguir as características específicas que levaram a construção do Hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba e entender suas especificidades, comparando-o com o cenário mais amplo da constituição da psiquiatria brasileira.

Porém, entender a construção desse espaço não é o único objetivo deste trabalho: é preciso entender as dinâmicas da engrenagem desta máquina de curar. Neste sentido, é preciso elucidar a lenta cristalização das práticas psiquiátricas dentro do Hospício Nossa Senhora da Luz. No momento da construção deste hospício, os médicos não tiveram nenhuma participação efetiva. Ocupando uma posição marginal, pouco a pouco, eles conseguiram, no entanto, impor seu projeto de controle sobre esse espaço hospitalar.

Seguindo a trajetória do Hospício Nossa Senhora da Luz, de sua construção aos primeiros vinte anos de funcionamento, pretendemos demonstrar a institucionalização desse novo espaço. Pretendemos definir o percurso final deste trabalho, portanto, a partir da análise da constituição recíproca entre um espaço hospitalar e um saber psiquiátrico no Paraná.

Para compreender o Hospício Nossa Senhora da Luz, portanto, será necessário, na primeira etapa, situá-lo no cenário em que ele surgiu, Curitiba entre o final do século XIX e início do século XX. Se a maquinaria asilar, que buscamos analisar nas várias etapas do percurso, será importante para o desenvolvimento do último capítulo, o espaço também precisa ser pensado. Situar o Hospício Nossa Senhora da Luz na Curitiba que enfrentava uma série de transformações, ajuda-nos a entender em que cenário surgiram as discussões sobre o problema do louco e da necessidade do hospício. É impossível recriar, porém, toda a

dimensão dessas transformações, e nem será este nosso objetivo. Para tanto, faremos uma rápida incursão oferecendo uma visão panorâmica desse cenário, buscando suporte metodológico na historiografia paranaense sobre Curitiba, que abordou esse mesmo período sob diversos ângulos, as quais reportaremos a trabalhos já existentes em diversos aspectos paralelos, sempre que necessário.

Curitiba, como diversas outras cidades brasileiras, enfrentava um longo processo de transformações, que analisaremos a seguir.

4.1 RECONSTRUINDO O CENÁRIO: CURITIBA NO FINAL DO SÉCULO XIX E INÍCIO DO XX

Até 1853, com a emancipação política da província do Paraná e a elevação de Curitiba a condição de capital, o Paraná era, antes de mais nada, uma região eminentemente agrária, voltada quase que exclusivamente a atividades de agricultura de subsistência e a invernagem (engorda) do gado mais do que propriamente sua criação. O quadro urbano era constituído por núcleos modestos, onde se encontrava o comércio varejista, atividades burocráticas e administrativas e pequenos artífices.²⁷⁴ Nesse cenário pouco sugestivo, ao longo da segunda metade do século XIX, Curitiba começou a passar por uma série de transformações decorrentes das demandas de sua nova condição de capital de província e do desenvolvimento da indústria ervateira. Como capital de província, Curitiba deveria comportar não apenas o aparato burocrático e administrativo, mas constituir-se em um exemplo de civilização e cultura.²⁷⁵

²⁷⁴ Cf. a descrição de Ave-Lallemant de Curitiba e das cidades dos Campos Gerais em 1857. AVÉ-LALLEMANT, Robert . *Viagens pelas Províncias de Santa Catarina, Paraná e São Paulo* (1858). Belo Horizonte : Italaia, 1980.

²⁷⁵ Os vários aspectos – econômicos, sociais, políticos e culturais – foram tratados em diferentes análises pela historiografia paranaense atual. Neste trabalho seguimos as orientações do estudo de Maria Igenes Mancini de Boni. Cf. DE BONI, Maria Igenes Mancini. *O espetáculo visto do alto*. Curitiba : Aos Quatro Ventos, 1998

Esse rearranjo burocrático e político trouxe em sua esteira uma série de mudanças, as quais a mais visível foi um processo de urbanização bastante insólito. Curitiba, como as demais cidades paranaenses daquele período, não tinham grande importância no contexto brasileiro. As cidades paranaenses desempenhavam um papel puramente acessório nas rotas dos tropeiros, que passavam pela província rumo a feira de Sorocaba. Falar de urbanização nesse contexto tão inóspito pode parecer excessivo. Curitiba, em meados do século XIX, não possuía uma dezena de milhar de habitantes. Durante muito tempo, ela foi vista como uma cidade de duas faces, duas naturezas. Por um lado, a velha Curitiba, pacata e provinciana, que nada possuía de grandioso. Uma cidade sem edifícios nem monumentos públicos que mais se assemelhava a um acampamento, dirá Thomas Bigg Wither. Por outro lado, uma nova Curitiba, cosmopolita e urbanizada, que marchava rumo ao progresso inexorável. Avé-Lallemant, o viajante alemão que passou por Curitiba em 1858, descreveu a cidade da seguinte maneira:

Chegara eu a cidade capital de Curitiba. Por isso talvez é que me surpreenda muito agravemente a cidade de uns cinco mil habitantes. Naturalmente nela nada se encontra de grandioso. Em tudo, nas ruas e nas casas e mesmo nos homens, se reconhece uma dupla natureza. Uma é a da velha Curitiba, quando esta ainda não era capital, mas um modesto lugar central, a quinta comarca de São Paulo. Aí se vêem ruas não calçadas, casas de madeira e toda a espécie de demazelo, cantos sujos e praças desordenadas, ao lado das quais há muita coisa em ruínas e não se pode deixar de reconhecer evidente decadência e atraso. Na segunda natureza, ao contrário, expressa-se decisiva regeneração, embora não apareça nenhum grandioso estilo renascentista. (...) Em resumo, a velha vila enfezada marcha com energia para um novo desenvolvimento.²⁷⁶

No século XVIII, a economia paranaense era voltada principalmente a pecuária. Com essa característica, haviam-se disseminado pelo Paraná, pequenos núcleos rurais autárquicos aos quais as cidades pouco importavam. Porém, Avé-Lallemant, em meados do século XIX, já descreve o progressivo desenvolvimento de núcleos urbanos. O desenvolvimento da indústria ervateira no Paraná teve relação direta com o processo de urbanização, já que a

²⁷⁶ AVÉ-LALLEMANT, op. Cit., p. 73.

dinâmica das unidades produtoras de erva-mate centravam-se preferencialmente nas cidades e seus arredores. Os engenhos, instalados nas cidades - como Curitiba, Morretes e Antonina, por exemplo - provocavam rapidamente a urbanização de seu entorno, impulsionando atividades comerciais indiretamente ligadas a indústria.²⁷⁷

Curitiba, no século XIX, ainda era um núcleo urbano bastante acanhado. Quando Thomas Bigg-Wither passou por Curitiba na década de 1870, ainda descrevia a cidade como um espaço sonolento e provinciano em comparação as cidades inglesas que o viajante estava acostumado:

A falta de altas agulhas de torres ou de edifícios altos ou mesmo das usuais chaminés dá a Curitiba, vista de longe, aspecto muito diferente do de uma cidade inglesa. Quase se podia classificá-la de aglomerado de tendas e cabanas, formando o campo de um exército na expectativa de receber ordens de partir para outra localidade. O costume, quase universal, de pintar casas de branco fortalece esta semelhança.²⁷⁸

Porém, sua existência revela uma dinâmica em que se vislumbram atividades que se centravam principalmente nas cidades. A nascente burguesia ervateira, os trabalhadores fabris e outros setores ligados as atividades comerciais, habitavam preferencialmente as cidades. Esses setores dependiam do mercado para suprir suas necessidades. Estas necessidades, por sua vez, aos poucos, também passaram a determinar a maneira e a dinâmica social das cidades paranaenses. A partir de meados do século XIX, a população urbana começou a agir no sentido de ordenar o espaço urbano paranaense. Por intermédio da imprensa local, sobretudo do jornal *Dezenove de Dezembro*, surgiram as demandas por um *modus vivendi* tipicamente urbano. Passou-se a exigir ruas pavimentadas, iluminação noturna, saneamento, lugares de passeio. Tais eram anseios típicos de uma população que passava a viver em caráter permanente nas cidades.

²⁷⁷ LINHARES, Temístocles. *História Econômica do Mate*. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1969.

²⁷⁸ BIGG-WITHER, Thomas. *Novo Caminho no Brasil Meridional*: província do Paraná. Três anos de vida em suas florestas e campos, 1872-1875. Rio de Janeiro: Olympio, 1974, p. 51.

Os fazendeiros paranaenses raramente habitavam as cidades. Essa classe tipicamente rural ia a cidade esporadicamente para cumprir atividades burocráticas ou religiosas. Com o desenvolvimento da indústria ervateira no Paraná surgiu uma população tipicamente urbana composta por industriais, trabalhadores, profissionais liberais, comerciantes, etc. Com isso, passou-se a exigir um modo de vida característico de pessoas que habitavam integralmente nas cidades.

Essas mudanças eram visíveis sobretudo na arquitetura. As casas-grandes dos fazendeiros perdiam em suntuosidade para as luxuosas habitações urbanas dos industriais do mate. Diariamente novos casarões, sobrados e palacetes eram erguidos nas principais ruas do centro de Curitiba. Pode-se dizer que enquanto as casas dos criadores dos Campos Gerais definiam o estilo da antiga sociedade colonial brasileira, os novos barões da indústria definiam-se como parcela de uma burguesia cosmopolita e universal. O *Ecletismo* na arquitetura era o que melhor expressava a linguagem celebrativa da burguesia urbana. A Curitiba eclética era uma síntese das obras de engenheiros, mestres-de-obras, carpinteiros, que circulavam ao mesmo tempo em uma cidade em transformações. Engenheiros europeus traziam influências barrocas, toscanas, mouriscas, românticas, ou todas ao mesmo tempo, numa mesma arquitetura.²⁷⁹

Curitiba também passou por uma série de transformações na sua configuração urbanística. Já em 1857, logo após a emancipação política do Paraná, o engenheiro Pierre Taulois comandou a elaboração do primeiro projeto urbanístico no Paraná.²⁸⁰ Nesse período, imbuídos dos princípios do urbanismo de Haussman, diversas cidades brasileiras sofreram processos de transformações urbanísticas. O Rio de Janeiro, capital federal, foi um exemplo disso. Na década de 1870, o engenheiro Pereira Passos, que acompanhou os trabalhos de Haussman em Paris, foi incumbido de formular uma Comissão de Melhoramentos para a

²⁷⁹ SUTIL, Marcelo Saldanha. *O Espelho e a Miragem : Ecletismo, Moradia e Modernidade na Curitiba do início do século*. Curitiba : Dissertação (Mestrado em História), 1996.

²⁸⁰ NASCIMENTO, M. Os franceses em Curitiba. *Boletim da Casa Romário Martins*, vol. XVI, n. 84, Jul-1989, p. 13-15

cidade.²⁸¹ Embora não se possa transportar para a cidade os mesmos padrões das reformas do Rio de Janeiro e outras metrópoles, Curitiba também atravessou, em uma escala diferente, por um grande processo de transformações urbanas.

Um exemplo típico deste momento de transformações foi o surgimento do complexo que unia a Estação Ferroviária, a Rua da Liberdade (atual Barão do Rio Branco) e a rua XV de Novembro. A inauguração da Estrada de Ferro em 1885 – que ligava Curitiba, Morretes, Antonina, Porto de Cima e Paranaguá - trouxe um grande progresso para a região. Esse conjunto que passava pela Rua da Liberdade e ligava a Estação Ferroviária ao centro da cidade, era o símbolo dessa nova época. Comércio variado, hotéis, bares e restaurantes, essa parte da cidade, onde também habitavam a pequena burguesia comercial, com seus luxuosos casarões ecléticos, ficou conhecido como a Nova Curitiba, símbolo da modernidade.²⁸² A inauguração da Praça Eufrásio Correia, no coração da nova cidade, era um marco do sentimento daquela época. Nessa região se instalava tudo que havia de mais moderno e de mais atraente, caracterizando um modo de vida civilizado. Quem circulava pelas ruas daquela região percebia diariamente novas edificações sendo erguidas. A cidade de taipa, do casario caiado de branco, descrito por Avé-Lallemant e Thomas Bigg-Wither ia dando lugar a uma cidade mais alta, com casarões, edifícios e solares. O loteamento ampliava cada dia mais os limites do quadro urbano.

Outra transformação urbana característica desse momento foram as modificações que ocorreram em Curitiba na região do Alto da Glória. Em meados da década de 1880 começaram a ser construídos ali os palacetes dos industriais do mate como os de Bernardo da Veiga e de Ermelino de Leão. Instalados fora do zoneamento urbano, essas construções burlavam a legislação municipal, que definiam as regras arquitetônicas a serem seguidas.

²⁸¹ PECHMAMN, Sérgio ; FRITSCH, Lilian. A reforma urbana e seu avesso : algumas considerações à propósito da modernização do Distrito Federal na virada do século. *Revista Brasileira de História*, v. 05, n. 8/9, set 1984, abr. 1985, p. 149.

²⁸² SEGA, Rafael Augustus. *Melhoramentos da Capital* : a reestruturação do quadro urbano de Curitiba durante a gestão do prefeito Cândido de Abreu (1913-1916). Curitiba : Dissertação (Mestrado em História, UFPR), 1996, p. 69.

Com a criação em 1886 do Passeio Público por Alfredo Escagnole Taunay, a região, uma das mais valorizadas da cidade, tornou-se o espaço típico da burguesia ervateira.²⁸³ Embora já existessem algumas construções isoladas nos arredores da cidade, as duas décadas finais do século XIX, assistiriam a consolidação da arquitetura moderna e civilizada, consolidando o projeto de desenvolvimento urbanístico da capital paranaense. No centro da cidade, onde a legislação definia o alinhamento predial, dava-se ênfase nas fachadas, com a introdução de uma profusão de elementos decorativos. Essa era a tendência das habitações da Rua da Liberdade e do centro comercial de Curitiba. A construção das grandes residências dos barões do mate, a partir de 1880, como de Bernardo da Veiga, Manuel Miró, Manoel Macedo e Ermelino de Leão atesta uma corrida dos industriais para construir residência que expressavam a preocupação crescente de, através da suntuosidade das habitações, definir também um modo de viver. A arquitetura burguesa urbana de Curitiba do século XIX permanece até hoje em sua configuração espacial. Percebemos uma tendência de cada habitação a investir em uma singularidade da construção, que antes só era admissível em prédios públicos e igrejas. Segundo essa nova tendência, que já se difundia pelas cidades como a Viena de Camillo Sitte²⁸⁴, as edificações urbanas se destacavam aos olhos do transeunte.

A década de 1880 também assistiu a chegada de um grande contingente de imigrantes europeus que se instalaram nas regiões do Santa Cândida, Abranches e Santa Felicidade.²⁸⁵ A inauguração da estrada-de-ferro e a instalação de colônias de imigrantes mudou a configuração da cidade. Imigrantes europeus circulavam pela capital, trazendo novos costumes.²⁸⁶ As indústrias, como a cervejaria Leitner, a fundição Müller, a fábrica de

²⁸³ BAHLS, Aparecida Vaz. *O verde na metrópole* : a evolução das praças e jardins em Curitiba (1885-1916). Curitiba : Dissertação (Mestrado em História, UFPR), 1998, Pp. 113-132.

²⁸⁴ SCHORSKE, Carl. *Viena fin-de-siecle*. São Paulo: Cia das Letras, 1988; BENEVOLO, Leonardo. *História da Arquitetura Moderna*. São Paulo: Perspectiva, 1994.

²⁸⁵ Cf. o estudo de Wilma de Lara Bueno sobre as trabalhadoras polonesas em Curitiba. BUENO, Wilma de Lara. *Curitiba : uma cidade bem amanhecida*. Curitiba: Dissertação (Mestrado em História, UFPR), 1996.

²⁸⁶ WESTPHALEN, Cecília M. *Lazeres e Festas de Outrora*. Curitiba : Beija-Flor, 1983.

alimentícios Todeschini traziam para a cidade um grande contingente de trabalhadores urbanos. Novos espaços e novas vivências iam se configurando.²⁸⁷

No lazer, surgiram as sociedades Garibaldi, Thalia e o Clube Curitibano. Um dos grandes símbolos da modernidade, o cinema, também chegou a Curitiba nesta época. Entre os mais concorridos estavam os cines Mignon, Éden, Popular e América. Os parques de diversões, que faziam sucesso entre os jovens, também surgiram na cidade, como o Coliseu Curitibano.²⁸⁸ Nesta mesma época, surgiram as primeiras linhas de bondes, puxados por mulas, que ligavam os arredores como o Bacacheri, Portão e Batel ao centro da cidade, definindo o fluxo de circulação da cidade. Crônicas da cidade como no jornal *Dezenove de Dezembro* e do periódico *Olho da Rua* descreviam o cotidiano de uma Curitiba que passava por um grande momento de transformações.

As grandes transformações de Curitiba entre o final do século XIX e início do século XX foram descritas pelos cronistas. Os problemas da capital paranaense, com suas dificuldades de moradias, criminalidade, péssimas condições de habitação, precariedade das ruas, epidemias eram substituídas por uma visão ufanista do Paraná no centenário. Representantes típicos das classes letradas paranaenses descreviam uma Curitiba promissora. Na virada do século XIX para o século XX, as crônicas das classes letradas do Paraná, como Nestor Vitor, Rocha Pombo e Romário Martins, faziam de Curitiba uma cidade do futuro, moderna, higiênica e civilizada. A cidade era a síntese de várias propostas. Tudo que se passava na Europa, ou no Rio de Janeiro, era acompanhado com avidez. Aos poucos, a cidade ia ganhando esperanças de transformar-se em uma grande metrópole.

²⁸⁷ Cf. o trabalho sobre as mulheres curitibanas na virada do século em TRINDADE, Etelvina Maria de Castro. *Clotildes e Marias* : mulheres de Curitiba na Primeira República. São Paulo : Tese (Doutorado em História, USP), 1992.

²⁸⁸ BRANDÃO, Angela. *A fábrica de ilusão* : o espetacular parque de diversões e a modernização de Curitiba (1905-1903) Curitiba : s.e, 1994.

Nestor Vitor, em *A Terra do Futuro*, situou suas impressões em dois momentos significativos da cidade : o primeiro em 1885, denominada Velha Curitiba ; o segundo, a partir de 1912, que ele chama de Nova Curitiba.

Não observa, perguntava-me um amigo, como a Rua XV está diferente do que era no teu tempo ? Olha que movimento ella tem hoje ! Vê como passa uma verdadeira multidão de gente que não sabemos quem seja, quando há quinze anos atrás eram poucos os transeuntes aqui que ao menos não conhecessemos de vista ?²⁸⁹

Rocha Pombo, que morava nesta época no Rio de Janeiro, mas pode ser considerado um caso típico das classes letradas do Paraná, também vivenciou uma Curitiba nesses momentos de transformações e em 1900 descreveu as mudanças da seguinte forma :

Quem viu aquela Curitiba acanhada e sonolenta de 1853 não reconhece a Curitiba suntuosa de hoje, com suas grandes avenidas e boulevards, as suas amplas ruas alegres, as suas praças, os seus jardins (....) Há plena atividade, dentro do quadro urbano, mais de trezentas fábricas e oficinas, e no município todo, perto de 600. O movimento da cidade é extraordinário, e a vida de Curitiba já é a vida afanosa de um grande centro.²⁹⁰

E, Romário Martins em seu *Curitiba de Outr'Ora e de Hoje*, dizia em 1922 que Curitiba não tinha nada a dever a nenhuma outra capital brasileira :

Tem Curityba edificios publicos que seriam notaveis mesmo em cidades de maior importancia como o do Paço Municipal, Palácio do Congresso, da Universidade, do Gimnasyo, da Escola Normal, prédios particulares, comerciais e residenciaes que rivalizam, em conforto e aspecto, com as melhores das metropoles estaduais brasileiras.²⁹¹

Mas, essa celebração da chegada do progresso na capital paranaense esconde as proporções dessas transformações que Curitiba viveu nas últimas décadas do século XIX e

²⁸⁹ VITOR, Nestor. *A Terra do Futuro* : Impressões do Paraná. Curitiba : Col. Farol do Saber, 1996, p. 124.

²⁹⁰ POMBO, José Francisco da Rocha. *O Paraná no Centenário*. Curitiba : José Olympio, 1980, p. 141.

²⁹¹ MARTINS, Romário. *Curityba de Outr'Ora e de Hoje*. Curitiba: Gráfica Monteiro Lobato, 1922, p. 140.

início do XX. Insalubridade, epidemias, adensamento populacional, problemas sociais como a infância abandonada, o alcoolismo, a criminalidade, a prostituição serviam como obstáculo ao projeto de embelezamento e modernização da cidade segundo os modelos ocorridos nas grandes capitais. Curitiba, assim como outras cidades do período deveria, aos olhos das autoridades, servir como exemplo de civilização.

Retrospectivamente, podemos dizer que o projeto das autoridades paranaenses, bem como das classes dominantes era o processo de “morigeração” da sociedade. Esta palavra, praticamente em desuso, mas encontrada em grande parte da documentação paranaense do século XIX, dizia respeito ao ideal de ordem e progresso almejado pela classe dominante. *Morigerado*, em suma, era a palavra utilizada para designar um conjunto de atribuições positivas tidas como características da classe urbana, civilizada e de índole ordeira. Eram considerados morigerados aqueles que sabiam comportar-se de acordo com as regras de etiqueta consideradas civilizadas, aqueles que compartilhavam do ideário da positividade do trabalho e da acumulação da riqueza. As medidas tomadas como meio de neutralizar a população não-morigerada (escravos, mendigos, bêbados, prostitutas) evidencia muito bem os conflitos vividos nesta sociedade. Foi buscando os traços daquilo que a classe dominante no Paraná considerava não-morigerado, chamadas “classes perigosas”, que podemos perceber uma outra dinâmica da sociedade, complementar àquela construída pelos cronistas da cidade. O estudo dessa documentação administrativa, dos governadores do Estado, Chefes de Polícia, dos Secretários dos Negócios do Interior, Justiça e Instrução Pública revela a percepção política dessa camada dominante em relação à visão que tinham de si mesmos e, por oposição, das chamadas classes perigosas. Termos como não-morigerados, perigosos, imorais apareciam sempre como atributos daqueles que não compartilhavam com o mesmo ideário de civilização.

Na próxima etapa, através de um levantamento sumário, gostaríamos de enfocar a questão dessa dinâmica social que Curitiba atravessava no início do século XX. As contradições vividas por essa sociedade, a busca de um projeto de civilização, trouxe como

uma evidência a formação de uma verdadeira maquinaria do isolamento. Instituições fechadas foram criadas ao longo de cerca de vinte anos para atender diversas categorias de problemas sociais. É exatamente quando esta documentação administrativa começa a tratar de problemas do cotidiano da cidade que ela revela a dinâmica dessas transformações. Esse aspecto nos chamou a atenção. Várias instituições como prisões, leprosários, abrigos de mendigos, orfanatos, foram criadas em um curto espaço de tempo. Para se entender o Hospício Nossa Senhora da Luz, portanto, será necessário, numa etapa preliminar, analisar a constituição de toda uma maquinaria do isolamento o qual um asilo de alienados é apenas uma peça.

4.2 MAQUINARIAS DO ISOLAMENTO

O Hospício Nossa Senhora da Luz surgiu em Curitiba nessa passagem do século XIX para o século XX. Porém, ele não é um fato isolado. De fato, ele foi o primeiro de uma série de instituições fechadas que surgiram ao longo de vinte anos pela capital paranaense. O objetivo a seguir é demonstrar que o hospício, ao lado do leprosário, do sanatório, do asilo de órfãos, da penitenciária e de outras instituições fechadas, compunha uma vasta tecnologia do isolamento.²⁹²

Curitiba, de 1900 a 1930, foi dotada de uma extensa gama de instituições fechadas. Em um período que abrange pouco mais de vinte anos, a cidade viu o surgimento de toda uma maquinaria complexa que tinha em comum o desenvolvimento de uma utopia totalizante : isolamento, disciplina, transformação do indivíduo. Tudo se passa como se, do leprosário ao hospício, passando pelo sanatório e pelo abrigo de indigentes, se quisesse, naquele momento, instaurar progressivamente uma forma mista de segregação do indesejável

²⁹² Vide as fotografias no **Anexo 1**. Os comentários a seguir foram inspirados no estudo de Elisabeth Amorin de Castro sobre as instituições de isolamento em Curitiba. Cf. CASTRO, Elisabeth A de. *A arquitetura do Isolamento em Curitiba na República Velha*. Curitiba: Fundação Cultural de Curitiba, 2004.

e de reeducação do indisciplinado (apenas o leprosário parece ter adotado a forma pura de exclusão). Porém ao mesmo tempo que o leprosário, outras instituições realizavam uma figura do espaço fechado, saturado de regras. O que permite perceber essas instituições *em conjunto* é que a *ruptura com o mundo externo* era o meio de maximizar, no interior, as eficácias disciplinares. Erving Goffman deu a estas instituições o nome de instituições totais.²⁹³

Como o próprio título anuncia, nesta etapa, procuraremos discutir as instituições, sobretudo aquelas que Erving Goffman definiu como instituição total, cuja principal característica é o *fechamento* ou *caráter total* em que a ruptura em relação ao mundo externo é o que define o funcionamento de uma tal instituição. Quando falamos de instituições, imediatamente lembramos daquelas que seriam mais evidentes – a família, a Igreja, o Estado. Porém, teóricos das instituições como Goffman permitem agrupar uma série de estabelecimentos, alguns até mesmo bastante impensáveis como conventos, navios mercantes e mesmo campos de concentração, já que algumas características comuns atravessam todas elas. Quartéis, hospitais, prisões e mosteiros são estabelecimentos onde encontram-se um grande número de indivíduos. Porém, uma instituição não é um estabelecimento, do ponto de vista da interpretação a partir da arquitetura ou da estrutura administrativa e burocrática.²⁹⁴

Foi a partir das contribuições de historiadores britânicos e norte americanos que a idéia de *Instituição Total* foi empregada ao estudo das instituições e trouxe o interesse desse campo de análise para a História. Um dos trabalhos mais conhecidos é o de David Rothman, *The Discovery of Asylum*, sobre a criação de Penitenciárias, Hospícios e Casas de Trabalho nos Estados Unidos no período jacksoniano, entre 1820 e 1830.²⁹⁵ Como derivado desse estudo das instituições da sociologia norte-americana, os historiadores também se debruçaram sobre a questão das instituições. O estudo das instituições, a partir da década de

²⁹³ GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

²⁹⁴ IGNATIEFF, Michael. Instituições Totais e Classes Trabalhadoras. *Revista Brasileira de História*. Vol, 07, n. 14. mar/ago 87, Pp. 185-193.

²⁹⁵ ROTHMAN, David. *The Discovery of Asylum*. Boston: Little-Brown, 1978.

1970, também por influência de Michel Foucault sobre *as instituições disciplinares*,²⁹⁶ trouxe uma nova abertura do ponto de vista do estudo das instituições em relação a História Social.

Estudar a instituição trouxe a possibilidade de trazer a tona uma história dos excluídos, prisioneiros, loucos, órfãos e também fazer uma história dos diferentes processos de enclausuramento.²⁹⁷ Michael Ignatieff aproveitou esse interesse dos historiadores pelas instituições, em um pequeno artigo, para fazer um balanço da importância desses estudos para a História Social. Enfim, questiona Ignatieff, de que tipo de História se trata? A investigação sobre uma instituição, afirma o autor, só toma sentido se compreendermos esta instituição não a partir da arquitetura, da administração, mas das relações entre quem é capturado e sua captura, uma dimensão propriamente social da questão do enclausuramento. Para Ignatieff seria preciso

Considerar as instituições não como uma entidade administrativa, mas como um sistema social de dominação e resistência, ordenado pelos complexos rituais de troca e comunicação. De tal forma que ao mesmo tempo alarga o número de espaços e relações passíveis de serem tratadas como instituições e também possibilita uma abordagem onde o tema deixa de ser as instituições, o que ocorre em seu interior e passa a ser a relação entre o dentro e o fora.²⁹⁸

Seguindo as contribuições desta historiografia sobre as instituições, a intenção deste trabalho não é construir uma história burocrática e administrativa. Mapeando o surgimento de diversas instituições criadas em Curitiba em um determinado momento histórico, buscaremos fazer uma reflexão sobre uma história das diferentes formas de enclausuramento em uma instituição total, as relações entre diversas categorias de enclausurados e buscando, através dessa análise, compreender uma história das relações daquilo que Ignatieff destacou, as relações entre o dentro e o fora no estudo das instituições.

²⁹⁶ MUCHAIL, Salma Tannus. O lugar das instituições na sociedade disciplinar. In: TRONCA, Ítalo. *Foucault Vivo*. Campinas: Pontes, 1987.

²⁹⁷ O BRIEN, Patrícia. Crime and Punishment as a historical problem. *Journal of a Social History*, vol 11, n. 04, Pp. 508-520, 1978.

²⁹⁸ IGNATIEFF, Op. Cit, p. 186.

Inicialmente, cinco grupos colocaram problemas especiais e tiveram como reflexo o surgimento de instituições especializadas : os criminosos, a criança abandonada, o mendigo, o leproso e o doente contagioso (tuberculoso, tífico, etc). Assim, surgiram em Curitiba entre o início do século XX até meados da década de 1920, instituições especializadas como a Penitenciária do Estado, o Patronato Agrícola, o Asilo São Luiz, o Leprosário São Roque, o Sanatório São Sebastião e o Hospital de Isolamento. Minha intenção é analisar como essas cinco categorias trouxeram um tipo específico de solução – a instituição fechada – para entender, com isso, o problema da constituição de uma maquinaria do isolamento, da qual o hospício é apenas uma peça.

4.2.1 AS INSTITUIÇÕES FECHADAS

1. Inicialmente, o problema do *criminoso*. Desde o século XIX, diversos discursos se encarregaram de problematizar a questão da penalidade. Por um lado o sistema de punição sempre foi baseado no terror e no castigo físico dos criminosos. Punição que se liga aos suplícios dos corpos, como bem demonstrou algumas das mais célebres páginas de Michel Foucault em *Vigiar e Punir*, como as descrições dos suplícios de Damiens.²⁹⁹ Punir usando o terror e contando como o medo que este propaga, no entanto, não impedia a continuação do crime. Terror e temor, portanto, são meios ineficazes por não alterarem a vontade do criminoso. Sem conseguir justificá-lo, também não impede o aparecimento de outros criminosos.

A crítica da higiene veiculada pela medicina também atingia os cárceres insalubres em que se depositavam os criminosos : lugares de reclusão, que reúnem elevado grau de insalubridade e desgraças do Homem, os detentos mas também toda a população está exposta as influencias morbíficas e destrutivas desses cárceres em que frequentemente estão

²⁹⁹ FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1977.

encerrados a população criminosa. De fato, essas cadeias insalubres, que não evitam o crime, pode-se de fato, tornar-se verdadeiras enfermarias do crime. O encarceramento não só é causa de doença como produz e reproduz o crime. O motivo desta anomalia é o espaço desorganizado entre os prisioneiros e o tipo específico de punição a que são submetidos.

No Brasil, lentamente, ao longo do século XIX, começam a surgir os primeiros discursos em que começa a ser posta a idéia de recuperação. A penitenciária, o sistema penitenciário moderno, se contrapunha ao enclausuramento das cadeias, realidade brasileira. A dicotomia barbárie / civilização se manifestava na forma civilizada de punição de uma sociedade.

No que tange a essa discussão em Curitiba, no início do século XX, Maria Ignes Mancini De Boni, percebeu claramente a proposta, no projeto de modernização da cidade, de uma *forma civilizada de punir*. Se o direito de punir pretendia humanizar-se, pedagogizar-se, e mesmo medicalizar-se, trata-se de variantes em relação ao direito de corrigir, perfeitamente fundado a partir de seus axiomas iniciais. A penitenciária surge dentro desse novo modelo em que a punição não se centrava no terror e no suplício físico, e preconizava o equilíbrio entre os delitos e as sanções. A prisão se impõe nesse meio porque é a forma concentrada, exemplar e simbólica de todas essas instituições do isolamento : da escola, fábrica, hospital, todas elas herdaram da prisão os mesmos conceitos comuns de disciplina, moral, e higienização. Esse fato por ser comprovado a partir da análise da criação do primeiro estabelecimento penitenciário no Paraná, no Ahú. Se analisarmos esta instituição carcerária, identificando suas práticas, seu discurso, suas condições materiais, abordando suas práticas e seus objetivos, perceberemos que esta foi a primeira das instituições, num contexto mais amplo, que trouxe o problema do isolamento como meio de maximizar estratégias disciplinares.

As discussões sobre a construção de uma Penitenciária do Estado em Curitiba surgiram por volta de 1905. Mas, a idéia de criar uma instituição penitenciária é anterior ao

início do século XX. Em 1880, o engenheiro Francisco Antonio Monteiro Tourinho foi designado para elaborar o projeto da primeira penitenciária do Estado. Esse projeto inicialmente tinha a intenção de ser construído no Assunguy a pouco mais de 4 Km de Curitiba. É interessante observar que o projeto inicial de Monteiro Tourinho visava explicitamente seguir os princípios do *Panopticon*. A Penitenciária de Curitiba, projetada por Monteiro Tourinho em 1880 visava ser uma variação da construção arquitetônica projetada pelo inglês Jeremy Bentham.³⁰⁰ Bentham enviou uma versão do seu modelo a Assembléia francesa para propor uma maneira de reduzir a desordem, o amontomaento, a insalubridade das prisões existentes na Europa.

O *Panopticon* é um princípio arquitetônico. O edifício é circular – em sua forma mais pura – e ou poligonal ; na periferia, em toda a extensão do anel, estão situadas celas que dão tanto para o exterior quanto para o seu interior ; no centro, há uma torre de inspeção, onde encontra-se um vigia ; cada cela tem como parede interior uma grade de ferro em toda a sua extensão para possibilitar uma visibilidade total ; a torre de inspeção é circundada de grades e janelas cobertas por persianas com finalidade de não possibilitar a visão de quem passa naquele momento ou se é vigiado ou não ; entre uma cela e outra não pode haver comunicação ; tudo o que se passar na prisão é imediatamente visto através da torre de inspeção, nada do que se passa é despercebido. Essa descrição foi celebrizada por Michel Foucault em *Vigiar e Punir*. Disposição arquitetônica, o Panopticon também tem como objetivo responder a um problema político : ele se torna aplicável em lugares onde um determinado número de indivíduos devem ser controlados por um comando central. Como dispositivo político ele é também um instrumento requistado para construir aquilo que Foucault chamou de corpos dóceis. Através da disciplina, do espaço planificado, ordenado, dividido, distribuído, trata-se não apenas de segregar uma população, mas de uma tecnologia política e de um mecanismo de poder, que visa organizar a inspeção de muitas pessoas sob

³⁰⁰ BENTHAM, Jeremy. *Panopticon* – Memorial sobre um novo princípio para construir Casas de Inspeção e, principalmente, prisões. Op. Cit.

um comando único e que traria, segundo a ambição de Bentham, um modelo aplicável a diversos problemas de casas de inspeção.

Mas, como o modelo do jurista inglês se difundiu a ponto de exercer influência no projeto de 1880 de Francisco Antonio Monteiro Tourinho ? As pistas, muito escassas, vem do próprio projeto de Monteiro Tourinho, em que o engenheiro afirma ter sofrido a influência do Conselheiro Fleury e da construção da Casa de Correção da Corte. Na verdade, a Casa de Correção, no Rio de Janeiro, é um dos primeiros estabelecimentos brasileiros inspirados explicitamente no projeto arquitetônico do *Panopticon*.³⁰¹ O edifício da Casa de Correção , criado em 1874, era explicitamente inspirado no modelo panoptico. Com isso, o engenheiro Francisco Antonio Tourinho, ao idealizar a futura Penitenciária de Curitiba, explicita :

Bebi a idéia geral do projecto na leitura do interessante relatório do Conselheiro Fleury sobre a casa de correção da Corte, e na descrição da Prisão Mazas (...) que iguala em perfeição os melhores modelos que a Inglaterra e os Estados Unidos offerecem no genero das prisões celulares. Com estes estudos organizei o prospecto do edificio e contratei com o architecto Lues a execução do projeto. (...) *O edificio propriamente da penitenciária foi delineado no estylo panoptico que, como indica a composição do qualificativo, permite de um só ponto central a inspecção de todo o estabelecimento.*³⁰²

A Penitenciária projetada por Monteiro Tourinho nunca foi concretizada. Em 1905, o governo do Estado, percebendo a urgência de criar uma Penitenciária do Estado, propõe um acordo com a Santa Casa de Misericórdia para adquirir o edificio onde recentemente havia sido inaugurado o Hospício Nossa Senhora da Luz.³⁰³ Até aquele momento, os presos eram enviados ao Regimento de Segurança. A Santa Casa de Misericórdia cederia as instalações e o governo do Estado se comprometeria a arcar com os custos da construção de um novo hospício para a Irmandade de Misericórdia. Assim, em janeiro de 1905 o acordo é

³⁰¹ MACHADO, op. Cit, p. 322.

³⁰² TOURINHO, *Projeto da Penitenciária do Estado de 1880*, citado por CASTRO, p. 59

³⁰³ NEGRÃO, Francisco. *Memória da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba*. Curitiba: Gráfica Paranaense, 1933.

oficializado entre a administração da Santa Casa de Misericórdia e a Secretaria de Obras Públicas.

Em meu relatório anterior fiz sentir a urgente necessidade de transferir os detentos amontoados em um estreito lance de edifício, que também serve de quartel ao Regimento de Segurança, com manifesto prejuízo para o serviço da força e grave perigo para a saúde dos presos privados de bom arejamento e sufficiente iluminação. Estas ponderações verificadas pessoalmente por V. Exa determinaram o Governo a adquirir o magnífico prédio em que funciona o Hospício Nossa Senhora da Luz, para ne'elle estabelecer uma penitenciária. Ainda mesmo que tal edificio não se prese a ser transformado em um a prisão de ultimo modelo, sua solidez, hygiene, grandes proporções e situação isolada no campo justificam sobejamente a operação.³⁰⁴

Em 1909, no prédio adaptado, onde funcionava o Hospício Nossa Senhora da Luz, a Penitenciária do Estado iniciou suas atividades. O inicio do funcionamento ocorreu em janeiro de 1909, sem cerimônia de inauguração. O jornal *A República*, em 08 de janeiro de 1909, relata o evento de forma discreta.

A Penitenciária do Estado, criada em Curitiba em 1909, foi a primeira das grandes instituições disciplinares. Se a prisão é o modelo por excêlencia de instituição total e o panoptico o modelo ideala de vigilância total, a analogia entre a prisão e outras instituições tem importância decisiva. No prolongamento das técnicas disciplinares das quais o modelo penitenciário era pragmático, outras instituições, com outros objetivos e outras populações, também buscavam uma fórmula de controle e de sujeição as disciplinas.

2. Segundo caso, o das *crianças abandonadas*. No vocabulário jurídico brasileiro a palavra *menor* começa a ser difundida na segunda metade do século XIX.³⁰⁵ O menor, segundo Trindade, não é um conceito biológico, ele aparece na documentação paranaense

³⁰⁴ PARANÁ. *Relatório apresentado ao Dr. Vicente Machado Silva, Presidente do Estado do Paraná, pelo Bacharel Bento Lamenha Lins, Secretário d'Estado dos Negócios do Interior, Justiça e Instrução Pública*. Curitiba: s.e, 1905.

³⁰⁵ TRINDADE, Judite. *Metamorfose: de criança para menor*. Curitiba: Tese (Doutorado em História, UFPR), 1996.

como aquele que é abandonado, sem família.³⁰⁶ Quantitativamente, a questão da criança abandonada sempre foi uma das mais problemáticas na capital paranaense. Ao longo das últimas décadas do século XIX, a sua figura sempre apareceu nas crônicas da cidade. Associadas ao crime prematuro, a corrupção moral, os menores, órfãos ou abandonados, passaram a ser sinônimo de delinquência.³⁰⁷ Com frequência, a palavra menor aparecia ao lado de adjetivos como vadios, desordeiros ou desocupados. A infância desválida e moralmente abandonada, passou a ser uma das grandes questões do Estado. Em 1920 o governador Affonso Alves Camargo, em *Mensagem à Assembléia*, se dirige da seguinte forma :

Os poderes do Estado necessitam estudar o problema já agora inadiável da protecção a infancia desvalida e moralmente abandonada. Posta de lado a preocupação de ordem sentimental, os ensinamentos que colhemos na experiência da vida econômica nos mostram que o equilíbrio moral das gerações futuras assenta na defesa social da infância desprotegida.³⁰⁸

Segundo esse texto, “a criança, entre os seres humanos, é aquella que *menos aptidão possui para a defesa propria*, a sociedade ampara sua fraqueza, dando-lhe *protecção sistemática e organizada*.”³⁰⁹ Mais uma vez, a protecção fornece aqui uma relação de estreitamento que assume a forma de tutela :

A função tutelar, consolidada nos seus próprios fundamentos e constituindo uma grande força de coesão, evita a morte prematura, a enfermidade e a corrupção moral, salvando existências úteis e argumentando a cooperação poderosa dos fatores econômicos. É preciso passarmos da *sympathia* verbal para o terreno da organização prática. Em que pese a opinião daqueles para quem a iniciativa particular nesse assumpto não tenha ainda programma definido e vontade firme, parece-me-me que será

³⁰⁶ Id, p. 01

³⁰⁷ DE BONI, M. Menores abandonados, menores delinquentes. Op. Cit, p. 128 e ss.

³⁰⁸ PARANÁ. *Mensagem de Affonso Alves Camargo, governador do Estado a Assembléia Legislativa do Estado do Paraná em 1 de fevereiro de 1920*. Curitiba, Typ. Da República, 1920, p. 35.

³⁰⁹ Id, bid.

conveniente estimularmos essa iniciativa, prestando-lhe toda a sorte de assistência oficial na organização da assistência a infância desprotegida.³¹⁰

Embora o governo afirmasse a necessidade de sair da simpatia verbal para uma organização prática, as técnicas de tratamento da questão da infância desprotegida continuavam, em suma, bastante artesanais. Até 1920, haviam apenas duas instituições criadas para tratar do problema dos menores que, em geral, se limitavam ao abrigo de menores indigentes ou órfãos. Em 1904, foi criado o Asilo de Menores do Cajurú.³¹¹ Essa instituição foi criada em junho de 1904, com instalações bastante modestas. Sua inauguração passou praticamente despercebida na imprensa local. Em 1919, foi criado o Asilo São Luiz, cuja finalidade imediata era abrigar crianças órfãs, sobretudo aquelas cujos pais haviam sido vitimadas pela Gripe Espanhola de 1918. Em 21 de junho de 1919, com a iniciativa do Bispo Diocesano de Curitiba, D. João Francisco Braga, foi inaugurado o Asilo São Luiz.

Mas, em 1920, Caetano Munhoz da Rocha assume o governo do Estado. Se o seu predecessor, Affonso Camargo, se dirigiria a Assembléia Legislativa do Paraná, chamando a atenção para iniciativas práticas, Munhoz da Rocha percebeu rapidamente que a questão precisava de medidas urgentes. Uma das primeiras instituições criadas, entre muitas, durante a gestão de Munhoz da Rocha, foi o Patronato Agrícola, no Bachacheri. Se um dos grandes problemas, desde o final do século XIX, era o menor delinqüente, a principal preocupação era evitar que a criança ficasse entregue ao vício e a ociosidade. Era necessário, inculcar-lhes o hábito do trabalho e da educação. Na Mensagem a Assembléia Legislativa de 1921, Caetano Munhoz da Rocha, apresenta o Patronato Agrícola dessa forma :

Creado e regulamentado pelo Decreto n. 946 de 17 de agosto, inaugurou-se a 3 de outubro do anno findo, este tão útil quão humanitário estabelecimento que funciona junto ao Campo do Bacachery e vem, desde o seu inicio, prestando inestimáveis serviços aos menores desvalidos, contribuindo para afastal-os da vereda do mal, e encaminhá-os ao trabalho, tornando-os úteis a si mesmos e a sociedade.

³¹⁰ Id, *ibid*.

³¹¹ Romário Martins faz referência ao Asilo de Menores do Cajurú em seu *Curitiba de Outr'Ora e de Hoje*. Cf. MARTINS, p. 140.

Recebem ahi esses menores, gratuitamente, alimentação, vestuário, calçado, cuidados médicos, instrução primária, ensinamentos de moral e religião, sendo ainda sujeitos ao ensino profissional agrícola a em que se applicam a maior parte do dia.³¹²

Os mesmos temas se refletem na documentação desde as últimas décadas do século XIX e nos primeiros anos do século XX. O jornal *A República*, em 1909 fez um amplo comentário sobre o tema, num artigo intitulado *A Infância Abandonada* :

Amparar material e moralmente a infância abandonada é, transformar um futuro exercito de anti-sociaes, vagabundos, bebados, jogadores, ladrões e assassinos, em uma legião de operários, agricultores, etc. Uteis a si, a família, a Pátria, e á Sociedade. Essa é a forma mais racional de combater o vício e o crime. Arrancar a infancia desamparada a influencia duplamente nefasta do ambiente physico e moralmente viciado das ruas, não é sómente um nobre resgate de energias vivas, já perdidas para a actividade honesta e prestes a serem preceptadas na voragem do vicio e do crime, e as quaes uma vez resgatadas, virão augmentar o patrimonio econômico e intellectual da nação e da humanidade. Esses debeis entezinhos, indefezos contra ataques do pernicioso ambiente em que se agitam, desventurosas victimas de uma sorte madrasta, que lhes negou os protectores carinhos do lar, perecerão ou se transviarão irremediarem si não encontrerem no Estado, entedade tutelar que os proteja contra o frio e a fome, contra o vício e o crime.³¹³

A idéia da infância desprotegida está associada ao desejo de incutir os ideias de trabalho e moral, visto que as crianças de hoje serão os homens que no futuro seriam chamados a desempenhar um papel útil a sociedade.

Os rapazes que o Patronato Agrícola do Paraná acolhe hoje para restituir amanhã à sociedade, instruídos numa profissão da mais confirmada utilidade, nada ficarão a devendo ao justo auxilio que se lhes prestou agora, porque, num encontro de vantagens, num ajuste de contas, é a própria sociedade que mais lucra com a elevação do seu nível moral ; com o aumento das suas possibilidades profissionais ; com o estrito cumprimento, enfim de seus deveres de assistência, àqueles que ela conseguir afeiçoar à Ordem e ao Trabalho !³¹⁴

³¹² PARANÁ. *Mensagem de Caetano Munhoz da Rocha a Assembléia Legislativa do Paraná em 1 de fevereiro de 1921*. Curitiba: s.e, 1921, p. 51.

³¹³ A REPÚBLICA, 19/02/1909.

³¹⁴ A REPUBLICA, 04/10/1920.

Até meados da década de 1920, Curitiba contava com instituições beneficentes que abrigavam os órfãos como o Asilo de Órfãos do Cajurú e o Asilo São Luiz. Em 1920 o Patronato Agrícola se dispunha a servir com a finalidade de educar os jovens para uma profissão, mantendo, através do trabalho, os menores longe do crime e do vício, segundo os discursos da época. Em 1923 foi promulgado o Decreto Federal n. 16.272 que regulamentava a Assistência e Proteção dos Menores Abandonados e Delinquentes. Esse decreto federal oficializou a determinação de criar, em todo o território, instituições de abrigo de menores. Os menores deveria ser distribuídos em turmas, segundo o seu *grau de perversão*, e classificados como abandonados ou delinquentes. Cada abrigo, regulamentado pela Assistência, deveria se dividir em Seções Masculina e Feminina. Subordinado ao Juizado de Menores, essas instituições destinavam-se a dar abrigo, educação física, moral e intelectual aos menores que ali seriam enviados pelo Juiz de Órfãos.³¹⁵

Nesse modelo foram criados duas instituições subordinadas ao Juizado de Menores de Curitiba em 1926. Em janeiro de 1926, o governo do Paraná inaugurou as seções masculina e feminina do Abrigo de Menores de Curitiba. A seção masculina, onde também funcionava o Juizado de Menores e as Escolas de Preservação, foi construído no imóvel adaptado também conhecido como Palacete Loureiro. Situava-se na Rua Marechal Floriano Peixoto. Esse Abrigo funcionou até 1935, quando a Escola de Trabalhadores Rurais, inaugurada por Carlos Cavalcanti assumiu as funções de cuidar das crianças mantidas pelo Abrigo de Menores.

A seção feminina funcionava inicialmente na rua Ermiliano Pernet. Num primeiro momento também estava instalado no local a sede da Escola de Preservação e de Reformas para as Meninas. Nesta instituição, as meninas menores tinham aulas de costura, bordado, malharia, pinturas e flores. Esta seção foi inaugurada em 25 de janeiro de 1926, no mesmo dia da seção masculina da rua Marechal Floriano Peixoto. Caetano Munhoz da Rocha, na sua Mensagem a Assembléia, no ano de 1927, relata :

³¹⁵ O Juizado de Menores de Curitiba foi o terceiro do país, criado após os Juizados do Rio de Janeiro e de São Paulo. Sobre a regulamentação da Assistência ao Menor, Cf. TRINDADE, op. Cit, p. 176 e ss.

Com a instalação dos Agrigos de Menores e das Escolas de Preservação para os dois sexos, foi realizada com toda a solenidade no dia 25 de janeiro preterito, resolve o Paraná satisfatoriamente o momentoso problema da assistência aos menores abandonados e delinquentes, preparando-lhes com todos os requisitos de modelar estabelecimento de instrução e de educação, um verdadeiro abrigo em que o Estado prodigalizará a criaturas desvalidas a protecção moral e o amparo material de que precisam.³¹⁶

Em 1928 o governo do Estado construiu uma nova sede para a Escola de Preservação feminina, nos arrebaldes do Portão. Em 30 de junho de 1928, a sede da seção feminina do Agrigo de Menores foi transferido para aquele local, onde passou a chamar-se Escola Isolada.

A questão da infância abandonada exigiu a construção de pelo menos quatro instituições em Curitiba do período de 1900 a 1930. Nos diversos textos arrolados, percebemos a questão da educação e da disciplinarização da criança, para que estas não se tornem adultos viciosos e moralmente degenerados. Percebe a preocupação em tornar os menores moralmente abandonados em indivíduos úteis a sociedade. Nesse sentido, observa-se a predominância do enfoque moral onde os termos moralmente abandonados, viciosos, vadios, aparecem frequentemente. O importante é perceber que, aos poucos, a problemática do menor, torna-se menos uma questão biológica do que uma *problemática social*.

3. Porém, o problema mais expressivo, dentre todos, seria a questão da *mendicidade* e da *vadiagem* na capital paranaense.³¹⁷ O tema da miséria e da pobreza é bastante antigo. Mas, apenas recentemente trabalhos como o de Bronislaw Geremek têm ressaltado a importância do estudo das diferenças entre mendigos, vagabundos e da pobreza laboriosa. Estudando a literatura sobre vagabundos de 1400 a 1700, Geremek observou as mudanças na conceituação de pobre, que antes era visto como humilde desprovido de posses e passou a ser apresentado

³¹⁶ PARANÁ. *Mensagem de Caetano Munhoz da Rocha ao Congresso Legislativo do Paraná em 1 de fevereiro de 1927*. Curitiba: s.e, 1927, p. 140.

³¹⁷ KARVAT, Erivan. *Discursos e Práticas de Controle : Falas e Olhares sobre a mendicidade e a vadiagem* (Curitiba: 1890-1930). Curitiba: Dissertação (Mestrado em História, UFPR) 1996.

como miserável, vítima das relações sociais, ou mesmo como um vagabundo que infringe a lei e a imposição do trabalho.³¹⁸

Porém, somente recentemente o tema da pobreza têm sido resgatada pela historiografia acadêmica e foi valorizada como objeto de estudo. Jean Claude-Schmidt, analisou as relações entre a problemática da pobreza e da marginalidade.³¹⁹ Ele analisou como o fenômeno da pobreza se transformou em um elemento maciço na Europa a partir da Idade Média, trazendo a rejeição dos marginais e estabelecendo as relações entre a delinqüência, o crime e a pobreza. Se na Alta Idade Média, a pobreza é sobretudo um dom de Deus, uma possibilidade de salvação dos ricos e de garantia de caridade ritual, a vagabundagem passou na Idade Moderna a ser vinculada ao problema do crime. Diante do crescimento da pobreza e da impossibilidade das instituições de drenar continuamente o enorme contingente de indigentes da cidade, foram definidas as fronteiras entre os vagabundos e a sociedade.

Mas, um dos trabalhos mais significativos sobre o tema é o de Louis Chevalier sobre as *Classes Laborieuses et Classes Dangereuses* na Paris da primeira metade do século XIX.³²⁰ Louis Chevalier foi um dos primeiros a fazer um extenso levantamento de fontes estatísticas sobre a pobreza, a marginalidade e o crime e analisou como no século XIX os pobres começaram a ser objeto de vários discursos, transformando-se em um espetáculo. Doravante, as classes pobres seriam constantemente objeto de intervenção e preocupação, vistos como classes perigosas.

No Brasil, alguns autores que trabalharam recentemente com essa temática tem ressaltado o problema da mendicidade e da vadiagem como um dos fatores de crescimento do pauperismo nas cidades brasileiras no final do século XIX.³²¹ Mendigos e vadios, habitando o

³¹⁸ GEREMEK, Bronislaw. *Filhos de Caim*, Op. Cit.

³¹⁹ SCHMIDT, Jean- Claude. A História dos Marginais. In: LE GOFF, Jacques (org.) *A História Nova*. São Paulo: Martins Fontes, 1990, Pp. 261-290.

³²⁰ CHEVALIER, Lous. *Classes Labourieuses et Classes Dangereuses*. Paris: Libraire Général Française, 1978,

³²¹ MARTINS, Sílvia Helena Zanirato. *Artífices do Ócio : mendigos e vadios em São Paulo (1933-1942)*. Londrina: Ed. UEL, 1997.

mesmo espaço das cidades, compartilhando com o mesmos locais em que circulam os habitantes da cidade, eles constituem um dos principais problemas de ordem pública. Sua presença cotidiana nas ruas provoca o olhar desaprovador dos habitantes das cidades e são alvo dos discursos dos políticos e administradores públicos. Analisando os mendigos e vadios de São Paulo, Silvia Helena Zanirato Martins demonstrou como os pobres que circulavam em São Paulo chocavam-se nitidamente com a ideologia do Trabalho de uma cidade efervescente. São Paulo, na virada do século XIX para o XX, transforma-se em uma das grandes capitais brasileiras, recebendo o afluxo de todo o país. Nesse mundo do Trabalho em que se cruzam personagens diferentes como o barão do café, os industriais, os comerciantes, etc. Mendigos e vadios são os elementos marginais dentro dessa sociedade. A autora demonstra como, lentamente, esses personagens foram sendo alvo de diversos discursos envolvidos com a profilaxia do meio social, desde o discurso médico as teorias positivistas como o Darwinismo Social.

Em Curitiba, as referências aos pobres datam de meados do século XIX. Já em 1867, em Mensagem a Assembléia Legislativa, o governador de Província, Polidouro Cezar Bulamaque, se referia ao problema da seguinte maneira :

Esta capital, mostrando-se surda e quasi insensível aos gritos dos míseros enfermos, que vagam por ahi por essas ruas, cobertos de andrajos, famintos de pão, e mal sustentando os passos vacilantes, ou jazem prostados em duros leitos de dor, desabrigados do tempo, esquecidos dos homens – dá o documento mais triste contra a civilização, contra a philantropia de seus habitantes, e laura a condenação de seus sentimentos religiosos porque esquece estas palavras do Evangelho : *Ubi charitas, ubi Deus est.*³²²

No início do século XX, não raro se encontravam referências na imprensa paranaense, como um artigo no jornal *Diário da Tarde* que descrevia os pobres circulando pelas ruas da

³²² PARANÁ. *Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Paraná no dia 15 de março de 1867 pelo presidente de província o Ilustríssimo e Excellentíssimo Senhor Doutor Polidouro Cezar Bulamaque*. Curitiba: Typ Candido Lopes, 1967.

cidade como *uma romaria de cegos, aleijados, tísicos etc, desfilando com seus farrapos, com suas chagas, com sua pungentíssima miséria*.³²³ Porém, uma das descrições mais célebres é aquela de Nestor Vitor, quando este diz que (...) *os pobres são como sapos, que vão indo cada vez mais para longe*.³²⁴

Em 1921 foi criada a Sociedade de Socorro dos Necessitados em Curitiba. Esta instituição perdura até os dias atuais e é uma das poucas instituições do início do século XX que se mantém praticamente nas mesmas características da época de sua inauguração – o discurso do *socorro* ainda é a principal força motriz das atividades da Sociedade. Inaugurada em 1921, a Sociedade de Socorro dos Necessitados sempre teve como uma das suas metas acabar com a mendicidade nas ruas da capital paranaense. Havia uma necessidade latente em se diferenciar os *pobres de verdade* dos *falsos pobres*. Para a instituição, haviam certas categorias de indivíduos – pobres, doentes, cegos, órfãos, etc – que necessitavam de ajuda de instituições caridosas. Porém, frequentemente, um grande número de vadios e mendigos que, gozando de boa saúde, corrompiam a sociedade com sua ociosidade, vivendo de esmolas. Os relatórios da Sociedade de Socorro dos Necessitados refletem essa preocupação :

Era isso realmente que estava acontecendo em Curitiba, com avalanche sempre crescente de mendigos a perambular em, dias luminosos pelas nossas ruas, em frisante contraste com o aspecto sadio e animado da nossa linda capital. Davamos todos nós, curitibanos e forasteiros, as mãos cheias, regando com nikes a árvore penosa do vício cujos galeos pelo vigor ameaçavam suffocar a plantinha tímida e mal alimentada das iniciativas para o bem. Davamos desinteressados e despreocupadamente aos pedintes, que nos estendiam as mãos nos seus caixeiros que, importantes ou ousados, nos perseguiram nas ruas, no barbeiro, no café, no cinema, na igreja, na estação, por toda a parte.³²⁵

Vadios e Mendigos eram um problema, não apenas porque se espalhavam como uma avalanche nas ruas, nos cafés, na estação, no cinema, como diz o texto. A vadiagem e a mendicidade, aqueles que vivem das esmolas, estavam associados, na verdade, a ausência

³²³ DIÁRIO DA TARDE, 05/06/1909.

³²⁴ VITOR, Nestor. Op.cit, p. 127.

³²⁵ Os relatórios da Sociedade de Socorro aos Necessitados estão reproduzidos em MACEDO, José Pereira. *Repressão da Mendicidade e Socorro dos Necessitados*. Curitiba: s.e, 1921.

de uma ocupação “honesta e proveitosa”, pelo trabalho. Eles habitavam um *no men's land* social caracterizado pela ausência de família e de domicílio. Colocados a margem da sociedade do Trabalho, mendigos e vadios eram os que melhor definiam aquilo que Howard Becker chamou de “comportamentos desviantes”. Para Becker, todos os grupos sociais fazem regras e, em determinados momentos da vida social, tentam fazer com que elas sejam seguidas. Regras sociais definem situações sociais e definem comportamentos considerados como certos ou errados.³²⁶ A idéia do *Outsider* de Becker define “alguém que não está relacionado com ou é admitido em uma associação, conjunto ou grupo particular; alguém ou algo fora de uma parede, fronteira”.³²⁷ *Marginal* no sentido de Becker seria aquele que está no outro lado em relação as fronteiras ou margens impostas por certas regras sociais. Ora, mendigos e vadios nessa sociedade definem bem a idéia do desviante, exatamente porque sua condição de existência se define pela mobilidade, pelo desvio, pelo nomadismo em relação as regras que presidem a sociedade. Eles fazem da falta de domicílio, de família e de inserção no mundo do Trabalho sua condição de existência.

No início do século XX, a questão dos mendigos e vadios em Curitiba era estatisticamente menor, se tomarmos em consideração o número de prisões efetuadas na Cadeia Civil sob a rubrica de Vadiagem. Ainda que o número de prisões motivadas por vadiagem fossem relativamente pequeno, se comparado, por exemplo com as prisões efetuadas por motivos de Embriaguez e Desordem, a questão aparece sempre de forma tangente na documentação paranaense.³²⁸ Em 1894, o Chefe de Polícia, relata no seu relatório a questão da vadiagem como um dos principais fatores da criminalidade em Curitiba :

³²⁶ BECKER, Howard. *Uma teoria da Ação Coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, s.d, sobretudo o capítulo 3, intitulado “marginais e desviantes” Pp. 53-67. “ ”

³²⁷ Ibid, p. 53.

³²⁸ BENKERNDORF, Carlos Augusto. Embriaguez, Desordem e Controle Social em Curitiba. *Boletim do Departamento de História da UFPR*. Série Monografias. Curitiba, Imprensa Universitária, 1987.

Avultado é o número de indivíduos que sem ocupação honesta e proveitosa, sem família e domicílio, entregam-se a vagabundagem e ociosidade, importantes factores nas causas de crimes contra a segurança individual, contra a propriedade e contra a liberdade pública.³²⁹

Sendo os mendigos e os vadios a principal fator de criminalidade e de perturbação da ordem pública, cabia a Polícia, vigiar as ruas centrais da cidade, com o intuito de evitar que mendigos, bêbado e vadios oferecessem riscos a moral e a ordem pública.³³⁰ Sob a denominação de preservação da Ordem Pública, os chefes de polícia assumiram o papel de definir os padrões básicos de comportamento em público, mediando as relações entre os cidadãos e a manutenção da ordem nos espaços públicos. Nos relatórios dos Chefes de Polícia era um jargão iniciar as exposições com frases do tipo “manteve-se inalterada a ordem pública” ou “nenhuma perturbação no Estado da ordem pública”, ressaltando a “índole ordeira do povo paranaense” que manifestava “grau elevado de respeito acerca dos poderes públicos”. Estas afirmações se estendem por diversos relatórios do governo do Estado entre o final do século XIX e início do século XX. A preocupação com a mendicidade e a vadiagem aparecesse expressa nesses relatórios, pois esses indivíduos eram justamente aqueles que atrapalhavam o progresso e o desenvolvimento do Estado. Vadios e mendigos seriam sobretudo aqueles que recusam o trabalho, que vivem na ociosidade e no crime. Embora a polícia funcionasse como um agente de controle social dos vadios, a repressão a vadiagem e a mendicidade esbarravam na inexistência de instituições especializadas. Incumbia-se a tarefa a polícia de retirar os vadios e mendigos dos espaços públicos, mas a polícia não tinha instrumentos capazes de cuidar do problema da forma que era conveniente, ou seja, incutir neles os valores do trabalho regular e da moral, tornando-os úteis a sociedade.

Inicialmente, a solução encaminhada pelo governo foi subvencionar o Hospício Nossa Senhora da Luz para que este recebesse em suas instalações um contingente de

³²⁹ PARANÁ. *Relatório do Chefe de Polícia apresentado ao Exmo Snr Governador em 29 de setembro de 1894*. Curitiba: Typ.e Lith. a Vapor da Companhia Impressora Paranaense, 1894.

³³⁰ STORCH, Robert. O policiamento do cotidiano na cidade vitoriana. *Revista Brasileira de História*, n. 8/9, set1984-abr 1985, Pp. 07-33.

indigentes enviados com guias da Chefatura de Polícia. A crença na solução do problema era tal que o próprio chefe de polícia, Costa Carvalho, mandou suspender na época, o fornecimento de licenças para esmolas, afirmando que enfim, “esses infelizes ” teriam “um teto protetor contra o frio e a fome”.³³¹ Assim, a cidade se veria livre dessa presença incômoda dos mendigos perambulando pela cidade. O jornal *Diário da Tarde*, dias antes da inauguração do Hospício Nossa Senhora da Luz, anunciava a criação do estabelecimento como uma das soluções para o problema da mendicidade em Curitiba:

Conforme viram os nossos leitores, o sr. Costa Carvalho, chefe de polícia, com louvável intuito de evitar que andem a esmolar pelas ruas os mendigos, de accordo com o provedor do Hospício Nossa Senhora da Luz, conseguiu que os pobres vão ocupar um compartimento nessa casa de caridade. E digna de louvores essa que vem coibir, não só o abuso de certos exploradores que abusavam da caridade pública, esmolando indigência, como também vem aparar os que realmente necessitam da generosidade do povo. De amanhã em diante, portanto, deve cessar a costumeira peregrinação de porta em porta.³³²

Apesar da colaboração entre o governo do Estado e da Santa Casa para oferecer abrigo aos mendigos e indigentes da cidade, logo o Hospício Nossa Senhora da Luz mostrou-se insuficiente para cuidar do problema. A principal crítica era a manutenção, num mesmo espaço, de indigentes e loucos, que acarretaria na dificuldade do Hospício Nossa Senhora da Luz em manter sua verdadeira finalidade terapêutica. Recebendo também os indigentes da cidade, o hospício corria o risco de transformar-se num verdadeiro “depósito de mendigos ”.

Essa situação perdurou durante praticamente toda a década de 1910. Em Mensagem ao Congresso Legislativo em 1922, Munhoz da Rocha divulga sua intenção de construir um Asylo de Mendicidade e pede ao Congresso a liberação de verbas.

Para a completa solução do problema seria indispensável a criação de um Asylo de Mendicidade, em que sejam recolhidos os desprotegidos da sorte e os viciados do álcool e outros tóxicos a que me tenho referido anteriormente. (...) Seria oportuno, pois, que o Congresso autorizasse a construção do edifício,

³³¹ DIÁRIO DA TARDE, 16/03/1903.

³³² DIÁRIO DA TARDE, 27/03/1903.

com os recursos do imposto de beneficência que, após o funcionamento do asylo seriam destinados a sua manutenção.³³³

Assim, em outubro de 1926 foi inaugurado em Curitiba o primeiro asilo de mendicidade, chamado Asilo São Vicente de Paulo, com o objetivo de “receber indigentes do Estado, prestando-lhes assistência material e moral. ”

Situado no Alto do Cabral, deixando ver de um lado a cidade com suas casarias a perder de vista, de outros lados o Bachachery e bairros que circundam a cidade, o Asylo de Mendicidade e Escola de Preservação é um edifício que pela solidez das linhas, firmeza e elegância de formas desde o primeiro golpe de vista oferece uma impressão magnífica, depondo com eloquência em favor do inteligente plano que obedeceu sua construção.³³⁴

A administração do asilo coube a Congregação das Irmãs Passionais de São Paulo da Cruz. Na sua Mensagem ao Congresso Legislativo em 1925, pouco antes da inauguração, Caetano Munhoz da Rocha escreve: Asylo de Mendicidade S. Vicente de Paulo, *os desprotegidos da sorte encontrarão abrigo, alimento e vestuário, além de amparo moral que se lhes dará.*³³⁵

Assim, com o Asylo de Mendicidade São Vicente de Paulo, inaugurado em 1926, Curitiba se viu dotado do primeiro espaço institucional de um dos problemas que sempre ocupou lugar de destaque na documentação paranaense. Se no começo do século XX os mendigos eram recolhidos na Cadeia Civil ou enviados a compartimentos especiais no Hospício de Nossa Senhora da Luz, com a criação do Asylo São Vicente de Paulo, encontrou um espaço específico para o problema da mendicidade.

³³³ PARANÁ. *Mensagem de Caetano Munhoz da Rocha ao Congresso Legislativo em 1 de fevereiro de 1922*. Curitiba, 1922, p. 80.

³³⁴ GAZETA DO POVO, 31/10/1926.

³³⁵ PARANÁ. *Mensagem de Caetano Munhoz da Rocha ao Congresso Legislativo em 1 de fevereiro de 1922*. Curitiba, 1925, p. 86-87.

4. A *Lepra* também constituía um problema especial, ocasionando a construção de um dos mais surpreendentes estabelecimentos daquele período, o Leprosário São Roque. Segundo os historiadores das epidemias J.C. Sourmia e J. Ruffie nenhuma doença possui tanta dificuldade de interpretação quanto a lepra.³³⁶ É impossível, segundo esses autores, datar seu aparecimento no Ocidente. Não há como fazer referências precisas as descrições dos leprosos no Antigo Testamento. Os Fenícios teriam assegurado sua expansão pelo Mediterrâneo, mas as legiões romanas também tiveram papel importante na expansão da doença no Ocidente. Decisivamente, os cruzados, retornando do Oriente, contribuíram para a disseminação da doença. Já no século XI a lepra havia penetrado na Europa, época em que foram construídos os primeiros leprosários europeus. O historiador dos hospitais, Nathaniel Faxon acredita que havia na Inglaterra cerca de 220 leprosarias no século XII.³³⁷

Os grandes leprosários na Europa se difundiram a partir do século XI e foram, ao lado dos primeiros hospitais cristãos, os primeiros procedimentos de atenção a uma doença.³³⁸ Naquele momento, assistiu-se a um grande aumento do número de doentes dentre a população. Em geral, o diagnóstico era bastante impreciso, consistia na denúncia pública. Quando um cidadão notasse um indivíduo com suspeito de ser portador de lepra deveria comunicar rapidamente as autoridades. Um julgamento era efetuado por um médico, um preboste ou um padre. O poder eclesiástico e o poder secular definiam conjuntamente sobre a doença selando o destino social do suspeito.³³⁹ Um método bastante duvidoso era empregado para a constatação dos doentes contido nos livros médicos e nos manuais escolásticos do século XI. Sournia e Ruffie descrevem esse método da seguinte maneira:

Se se espalharem cinzas de chumbo queimado na urina de um leproso, elas ficam a boiar, enquanto normalmente caem no fundo do recipiente. (...) O sangue serve também para diversas provas:

³³⁶ SOURNIA, J. C. ; RUFFIE, J. *As epidemias na história do Homem*. Lisboa: Ed. 70, p. 131.

³³⁷ FAXON, Nathaniel. *The Hospital in Modern Society*. New York: E.L. Hildred & Company, 1943.

³³⁸ ROSEN, Georges. O hospital – sociologia histórica de uma instituição comunitária. In : Op. Cit, Pp. 335-371.

³³⁹ SOURNIA, J; RUFFIE, J. op cit, p. 132.

misturado com vinagre e esfregado na palma da mão, o sangue do leproso dá a impressão de seco; coado através de um tecido fino, deixa um resíduo de pequenos corpos parecidos com grãos de milho miúdo; agitado com água de uma certa fonte, coagula, enquanto o das pessoas são parece puro e vermelho.³⁴⁰

Os leprosos também sofreram a sorte comum de todos os grupos marginais. Eles serviam de bodes expiatórios quando se davam acontecimentos trágicos em uma localidade. Se se verificassem mortes de natureza suspeita numa aldeia, uma epizootia ou intempéries repetidas, logo os leprosos eram acusados de envenenamentos e feitiçaria. Eles eram suspeitos de colaboração com judeus para contaminar as águas dos poços.³⁴¹

A exclusão dos leprosos também obedecia a um caráter ritual: a missa dos leprosos. Dos agravos físicos passa-se também rapidamente para as censuras morais, porque Deus age apenas bondade e justiça e os leprosos seriam inimigos de Deus, castigados pela sua lascívia e pelo vício. Constantemente se pensava que a doença podia se transmitir através do ato sexual, confundindo-os com as demais doenças venéreas, justificando o linchamento devido a lascívia dos leprosos. O ritual eclesiástico foi freqüentemente descrito. O padre, vestido com a estola das cerimônias de luto, acolhia o leproso no adro da igreja e anunciava a medida que fora tomada contra ele; depois de acompanhado ao interior do templo e forrado de negro, celebrava-se o ofício dos mortos. Era-lhe lembrado que estava morto aos olhos dos homens embora não o estivesse aos olhos de Deus enquanto se entoava o cântico solene *Libera me, Domine*. Depois da evicção da Igreja, a supressão da vida era simbolizada pelo encerramento numa leprosaria.³⁴²

Nas leprosarias, freqüentemente os leprosos tinham uma vida austera, regida pelo trabalho manual. Ele era excluído da família, e sua saída do estabelecimento era expressamente proibida. Os leprosos que vagavam pelas cidades constantemente tinham as

³⁴⁰ Id, p. 132.

³⁴¹ Cf. descrição de Carlo Ginzburg em GINZBURG, Carlo. *História Noturna* : decifrando o Sabá. São Paulo: Cia das Letras, 1991.

³⁴² FAXON, op. Cit, p. 237

portas fechadas. Eram proibidos de banhar-se nos rios, não podiam caminhar descalços e eram obrigados a ingerir bebidas apenas em recipientes lhes eram doados com esse fim. Usavam roupas especiais ou marcas visíveis que anunciavam sua condição, eram afastados das celebrações religiosas. Esse afastamento do mundo também era acompanhado pela supressão de qualquer capacidade civil.

Não existem dados empíricos sobre o fim da lepra na Europa no final da Idade Média. Alguns autores, como Faxon, atribuem o recuo da doença devido a proliferação de leprosarias na Europa após o século XI. Mas, é um fato concluso de que, por volta do século XIV, a lepra já se encontrava em declínio na Europa. Por essa época, a lepra havia sido superada por outro flagelo, a Peste Negra. Os lazaretos, que se difundiram na Europa a partir do século XIV nitidamente se inspiraram no modelo das leprosarias. A principal diferença entre o leprosário e o lazareto é que este não possui a função primordial de exclusão social, mas funcionava dentro do mecanismo de isolamento característico desse momento, a quarentena.

A lepra desapareceu quase completamente da Europa no início da Idade Moderna; contudo, subsistiu com uma certa frequência em alguns países, como a Noruega. E foi na Noruega, no século XIX, que um cientista, Hansen, identificou o germe causal, batizado de *Mycobacterium leprae*, bastante próximo do bacilo de Koch, em 1873. Era o início da era bacteriana. Embora não exista uma continuidade segura entre a descrição da lepra na Antiguidade e na época moderna, a lepra é uma das doenças descritas pelo Homem com maior longevidade. Do *Pentateuco* e *Levítico* a Idade Média, a lepra faz parte de um dos capítulos mais surpreendentes da história das epidemias.

Esse breve histórico nos ajuda a perceber o problema da lepra, pois ela é uma questão bastante antiga e, de todas as doenças, ela é a mais carregada de atributos morais. Estas considerações morais da doença nos ajudam a perceber que, do ponto de vista da doença, a lepra é indissociável da representação moral com que ela se revestiu, a idéia da doença punitiva, de caráter divino.

Embora a lepra tenha um longo histórico na Europa, na época contemporânea ela persistiu como uma doença endêmica nos países tropicais. Ítalo Tronca analisou as representações sociais da lepra e da aids na América no período contemporâneo. A lepra se difundiu na América a partir da expansão norte-americana no Pacífico. Os primeiros contatos dos norte-americanos com a doença ocorreram na ocupação do Havaí, no apogeu do imperialismo dos Estados Unidos.³⁴³ Durante esse surto epidêmico no Havaí, a lepra – que era considerada uma doença exclusivamente do passado, suscitou novos temores. Falava-se do “terrível ressurgimento da Lepra”. Nos Estados Unidos, médicos como Leonardo Pitkins, acreditavam já encontrar evidências do alastramento da doença nas regiões de contato com o Pacífico.³⁴⁴ Acredita-se que a lepra tenha se alastrado na América através do contato entre o Havaí, sendo o principal foco de distribuição da doença a Califórnia. Assim, se na Europa, a lepra era tida como uma doença quase mítica, do passado, nas regiões tropicais, a lepra ressurgia, ressuscitando antigos temores.

Em Curitiba, um dos projetos mais surpreendentes ocorreu entre 1918 e 1919, quando o dr. Heráclides César Souza Araújo, preocupado com o alastramento da doença na cidade, resolveu realizar uma verdadeira cruzada de combate a lepra. Portanto, em Curitiba, a principal etapa das discussões sobre o problema da lepra foram animadas pelo dr. Heráclides César Souza Araújo, no período em que este estava no comando do Serviço de Profilaxia Rural.

Nesta época, o dr. Souza Araújo constatou:

Curitiba é, infelizmente, um sério foco da terrível bacillose de Hansen. No Lazareto estão isolados 13 leprosos dos quaes alguns do município da capital e outros do interior, na sua maioria , porem , indivíduos de origem russa.³⁴⁵

³⁴³ TRONCA, Ítalo. *Mascaras do medo : Lepra e Aids*. Campinas: Unicamp, 2000.

³⁴⁴ Id.

³⁴⁵ SOUZA ARAÚJO, Heraclides César. *A profilaxia rural no Estado do Paraná : esboço de geografia médica*. Curitiba: Livraria Econômica, 1919, p. 234.

Porém, o tom alarmista não se resume a constatação do médico. O pavor da doença também se alastrava na imprensa local. Em março de 1920 o jornal *Diário da Tarde* publicou um artigo assinado por Gastão Faria intitulado “Vaga uma infinidade de leprosos” – o próprio título da matéria já dava o tom do seu conteúdo. O texto relata o descontentamento do autor com o número de leprosos no Paraná, que aumentava, segundo ele, de ano para ano. Segundo ele, a doença se alastrava por diversos pontos do Estado, não se limitando ao norte do Paraná, como se acreditava: “Por todos os recantos, da nossa terra, o terrível mal de lasaro impera, se alastrando de um modo que causa apprehensões. Até nesta capital augmenta o número de leprosos.”³⁴⁶

Segundo Gastão Faria, o motivo de ter escrito aquele artigo lhe fora sugerido quando este e um amigo se achavam num consultório de um médico, “distinto facultativo”, quando viram entrar dois indivíduos que pareciam bastante enfermos. Qual não foi o espanto ao fixarem melhor a feição desses dois sujeitos e descobrirem que na verdade eles portavam a doença de lázaro:

Estranhámos pois a presença daquelles enfermos ali em perigosa comunidade com os demais enfermos atacados por moléstias passageiras. Foi quando, manifestando a um modo nossa surpresa e o nosso espanto, ouvimos textualmente as seguintes palavras: *‘Isto não é nada, pela cidade inteira há muito maior número de lazarentos’*.³⁴⁷

Gastão Faria faz alusão a outros casos ocorridos em Curitiba, constatando a periculosidade da infiltração dos leprosos em meio aos cidadãos sadios. Escondendo-se em cada canto, vivendo protegidos e dissimulados, eles se infiltravam junto a população urbana. Esse era, talvez, o maior medo de Faria. O artigo conclui dessa forma

E ahi está. Trata-se de um perigo eminente a vida da população. Os leprosos perambulando por ahi, ameaçando a saúde do povo. A população se acha num estado de insegurança que causa espanto. O perigo se encontra nas ruas, nos consultórios médicos, nos ateliers de costuras.³⁴⁸

³⁴⁶ DIÁRIO DA TARDE, 13/03/1920.

³⁴⁷ Ibid.

³⁴⁸ Ibid.

Em 1918, incumbido da direção do Serviço de Profilaxia Rural no Estado do Paraná, Souza Araújo havia procurado o presidente da República, Wenceslau Braz, na tentativa de arrecadar fundos para um programa de combate a lepra. Mas o presidente havia excluído o combate da lepra do programa de saneamento rural, deixando-a a cargo do Estado. Assim, relata o médico

Encontramos no segundo anno de prophylaxia rural sem auctorização para iniciarmos a profilaxia da lepra, nem tivemos crédito para esse fim. Com o governo do preclaro estadista Sr. Eptáfio Pessoa, creámos animo e esperamos ordem de iniciar no Paraná tão importante melhoramento.³⁴⁹

Para combater o avanço da doença, o principal ponto de atuação, segundo Souza Araújo, deveria ser o isolamento dos infectados. Ainda possuindo uma atuação bastante precária, Souza Araújo não dispunha de dados estatísticos precisos sobre a doença no Paraná, propondo

...Imitar o que se tem feito, modernamente noutros paizes, tirando de cada um dos systemas de isolamento adoptados, o que houver de melhor e apoiado na experiência dos outros, iremos procurando adaptar ao nosso meio as medidas que nos parecem mais acertadas e mais efficazes, não deixando de modificá-las ou melhorá-las sempre que as circunstâncias o permitirem ou exigirem. Como está fartamente provado que a lepra se transmite por contágio, de homem para homem, embora seja desconhecido até hoje na intimidade, o modo pelo qual se dá esse contágio; sabendo-se mais que a lepra não é uma moléstia do animal e que seu bacillo leproso portanto, a cultura ambulando do bacillo de Hansen – o portador do gérmen infectante – *só há uma prophylaxia para a lepra e esta se resume no isolamento do doente.*³⁵⁰

Analisando a literatura médica sobre a lepra, Souza Araújo concorda que o melhor modelo de isolamento para os leprosos é o das colônias agrícolas. Souza Araújo imaginava colônias construídas no Paraná em regiões marítimas, sobretudo a criação de colônias marítimas construídas em ilhas desabitadas que, para o médico, seria a melhor solução. Nesse

³⁴⁹ SOUZA ARAÚJO, Op. Cit, p. 238.

³⁵⁰ Ibid, p. 239.

sentido, a descrição de Souza Araújo das vantagens de uma colônia para os leprosos se assemelhava a um folheto turístico, tamanho os detalhes descritos:

Essa leproseria marítima será compota de pequenos grupos de casas de madeira, reservada cada uma para dois ou três leprosos, no máximo. Casas maiores serão construídas para as famílias leprosas. Cada villa dessas terá o seu refeitório, a sua cozinha, a sua casa de banhos, as suas lavadeiras, as suas sentinas, a sua horta e o seu jardim. No centro da colônia haverá uma grande praça ajardinada, em cuja parte central será construída a sala de visitas médica e de curativos, e um grande barracão, espécie de cosico cinematógrapho, e tudo o mais que se lhes puder dar. O bem estar material, o trabalho como fonte de produção e benefício higiênico, as distrações e assistência médica que têm influência tão poderosa no moral do leproso e doutro lado a liberdade que gosarão na ilha, bastam para attrahir os leprosos de todas as regiões do Estado. Como annexos dessa leproseria serão construídos a certa distancia das aldeias de morpheticos, dois grandes pavilhões um para a administração e outro para a segregação das creanças, filhos dos leprosos que não estiverem infectados com esse mal. Si o número dessas creanças atingir logo uma cifra considerável, ser-lhes-á dada uma escola e uma officina. Além de tudo isso, a leproseria terá um vasto terreno para cultura e criação de aves domésticas, etc. e um cemitério onde serão enterrados os leprosos que fallecerem na ilha.³⁵¹

O dr. Souza Araújo idealizava uma leprosaria facultativa para os doentes abastados, com diversas vantagens nas acomodações. Estes, poderiam construir suas próprias chalés, numa zona independente da leprosaria, “com todo o conforto que suas posses lhes permitissem.”³⁵²

Quanto aos doentes pobres, percebe-se a tentativa de torná-los produtivos, através do trabalho. Aos ricos a idéia da ocupação pelo trabalho não é questionada e não se faz necessária. Mas, aos pobres, o ideal do trabalho é incutido como forma de moralização dessa população desclassificada, para que o Estado se aliviasse do ônus que eles representavam, já que eles deveriam cumprir as tarefas internas que se destinariam a suprir as necessidades da colônia:

Os leprosos indigentes serão internados nas leprosarias marítimas, onde terão casa e terreno bastante para suas plantações. Nas leprosarias, os leprosos vadios trabalharão. Felizmente, a classe dos leprosos inválidos deve ser insignificante no Paraná.³⁵³

³⁵¹ Ibid, p. 245-246.

³⁵² Ibid

³⁵³ Ibid, p. 242.

Souza Araújo projetava a remoção dos leprosos do interior do Estado para a capital, na medida em que iam sendo identificados. A leprosaria controlada pelo médico deveria ser uma espécie de hospital de isolamento oficial do governo do Estado. Para tanto, Souza Araújo comprometia-se a fazer uma rigorosa fiscalização nos asilos, hospitais, orfanatos:

A vigilância dos leprosos não trará apenas uma segurança mais completa á sociedade, dará um resultado mais elevado: o de permitir a assistência a infância abandonada. A vigilância médica activa é aproveitável a hygiene da collectividade e ao doente que se submete ao tratamento desde que não ignore o futuro que a sorte lhe reserva! Em resumo, a nossa campanha prophylática não pode ir além da procura do doente, do seu diagnóstico e do seu isolamento imediato, já que elle é a fonte de contágio. A absoluta segregação dos filhos dos leprosos, afim de subtrair-os ao contágio familiar, garantirá a extinção da lepra em uma única geração.³⁵⁴

Em novembro de 1917, essas idéias de Souza Araújo tomam uma forma mais concreta. Neste ano, o governador Affonso Camargo incumbiu o médico para elaborar uma estratégia de combate a lepra no Paraná. Paralelamente a este trabalho, Souza Araújo, com a colaboração do engenheiro civil Eduardo Chaves, começam a elaborar um projeto de uma colônia, que deveria ser batizada de Lazarópolis. Esta colônia projetada por Souza Araújo nunca chegou a ser construído. Na verdade, desde a sua idealização, o projeto da Lazarópolis já havia suscitado polêmicas. Um texto publicado no *Diário da Tarde* em 06 de janeiro de 1917, criticava extensamente a proposta do dr. Souza Araújo. O título do artigo manifesta bem o caráter da matéria: “Antes da lepra, combatamos a syphilis e a tuberculose”:

O governo do Estado está iniciando uma campanha saneadora muito louvável. Poz-se a frente do movimento do dr. Heráclides de Araújo, jovem scientista paranaense, que, cheio de fé e entusiasmo pela nobre profissão inicia sua carreira de forma altamente humanitária (...) Effetivamente o governo n!ao se criou para limitar sua acção ao despacho commum de experiente burocrático e sim para resolver problemas políticos e sosicias, que affectam directa ou indirectamente a colletividade (...) Outro tanto já não podemos dizer das leproserias. O Estado não pode suportar as despesas da organização, embora modestas, que o dr. Heráclides Araújo projecta. A sua instalação a manutenção custairam algumas dezenas de contos, com resultados problemáticos.³⁵⁵

³⁵⁴ Ibid, p. 244.

³⁵⁵ DIÁRIO DA TARDE, 06/01/1917.

Antes de 1917, quando começa a se delinear a questão da lepra no Paraná, uma instituição havia sido criada para abrigar os leprosos de Curitiba: o *Lazareto* das Mercês.³⁵⁶ Este estabelecimento também era conhecido como velho Leprosário São Roque, este estabelecimento era uma construção em madeira. Em meados da década de 1890, quando o Lazareto das Mercês foi construído, a região das Mercês era pouco habitada. Porém, com o crescimento da cidade, a região passou a ser habitada e o medo da desvalorização dos imóveis devido a proximidade com o Lazareto era constante. No início do século XX o velho Lazareto São Roque, nas Mercês, já era considerado um entrave as modernas medidas de higiene implantadas pelos sanitaristas. O projeto da Lazarópolis, idealizado por Souza Araújo em 1917, visava substituir o “tosco Leprosário São Roque”. Embora não tenha sido levado adiante, o projeto de Souza Araújo seria o primeiro passo para a construção, em 1926, do Leprosário São Roque, construído em Deodoro (atual Piraquara) e considerado uma das instituições mais modernas daquela época. Em 1925, o Secretário Geral do Estado, Alcides Munhoz, já relatava ao governador Caetano Munhoz da Rocha em seu relatório sobre a necessidade de construção de uma moderna colônia de leprosos e anunciava a criação, no município de Deodoro, um grande leprosário que substituiria o Lazareto das Mercês:

O tosco e velho leprosário São Roque, quase em ruínas abriga atualmente, mantidos por esta Directoria, 17 morpheticos: 8 homens e 9 mulheres. Para esses infelizes, bem como outros espalhados pelo Estado, surge como um porto de salvamento, a construção do grande leprosário de São Roque

³⁵⁶ Embora utilize a definição *Lazareto* (inscrito na fachada do leprosário das Mercês), a definição é, aqui equivocada, já que trata-se, basicamente de uma instituição que recebia *exclusivamente* leprosos. Apesar do termo lazareto também referir-se a figura de Lázaro, do ponto de vista da organização e do seu surgimento, existem diferenças fundamentais. Os leprosários surgiram no século XI na Europa, devido a expansão da lepra. Já o surgimento do lazareto corresponde justamente ao período em que a lepra encontrava-se em declínio. Os lazaretos surgiram como medida ao problema da peste bubônica a partir do século XIV. Portanto, existe diferenças quanto aos dois modelos. Enquanto os leprosários funcionavam com a finalidade principal de exclusão social, o lazareto era um mecanismo utilizado nas quarentenas onde se isolavam os doentes durante um periodo determinado. Sobre as diferenças entre esses dois modelos Cf. VALDES, Alberto. *História de la Medicina*. Madrid : Interamericana, 1987.

que o governo está executando no município de Deodoro, na expectativa de ficar concluído dentro de poucos meses.³⁵⁷

O Leprosário São Roque, construído em Deodoro, foi inaugurado em 20 de outubro de 1926. A criação do leprosário São Roque foi uma das medidas espetaculares para a construção de um local para os leprosos. De todos os hospitais, inclusive os que foram construídos no período posterior, o leprosário será o único a conter um regulamento que previa o isolamento completo do doente. A lepra ainda era uma doença cujo isolamento era a única forma de interromper o contágio, cujos mecanismos não se conheciam muito bem. Diferente, pois, dos hospitais de isolamento, em que o doente passa por um período de quarentena, a exemplo dos sanatórios construídos para os tuberculosos – cuja internação obedece a um caráter *temporário*, o leprosário é, por excelência, uma instituição de *isolamento definitivo*.

5. Quase na mesma época da construção do Leprosário São Roque, outra instituição de isolamento foi criada no Paraná, destinada ao cuidado de outra doença que tinha caráter bastante expressivo, a *tuberculose*. Com o intuito de segregar os doentes tuberculosos foi criado, em meados de 1925, o Sanatório São Sebastião. A tuberculose e a lepra desempenharam no início do século XX aquilo que a *cholera morbus* causou em meados do século XIX.³⁵⁸ Devido ao grande risco de contágio e a rápida propagação da doença, era inevitável a construção de estabelecimento de isolamento dos doentes.

O problema das epidemias assolava a província do Paraná desde meados do século XIX. Uma das primeiras grandes preocupações ocorreu com o alastramento da *cholera morbus* em meados de 1855. Naquela época, não havia em Curitiba nenhum hospital e um

³⁵⁷ PARANÁ *Relatório da Secretaria Geral do Estado do Paraná, apresentado a Excelência o Sr. Dr. Caetano Munhoz da Rocha, digníssimo presidente do Estado, por Alcides Munhoz, Secretário Geral do Estado, referentes aos serviços do exercício financeiro de 1924-1925*. Curitiba: Livraria Econômica, 1925, p. 590.

³⁵⁸ Sobre as epidemias no Paraná no século XIX Cf. SIQUEIRA, Márcia Terezinha Dalledone. *Saúde e Doença na Província do Paraná – 1853-1889*. Curitiba: Tese (Doutorado em História, UFPR)1989.

dos poucos médicos que atuavam na cidade era o Dr. Cândido Muricy. Preocupados com a epidemia que se alastrava pelo Império, em Curitiba, formou-se uma “Comissão de Saúde” com a missão de propor medidas caso a epidemia chegasse a terras paranaenses.³⁵⁹ A preocupação com essa epidemia fez com que a loja maçônica Candura Curitibana cedesse suas instalações para a construção do primeiro hospital em Curitiba, o Hospital de Caridade, administrado pela Irmandade de Misericórdia de Curitiba.³⁶⁰

Se no final do século XIX, Curitiba encontrava-se em uma situação precária em relação ao combate as epidemias, no início do século XX essa fragilidade se manifestou claramente após as epidemias de Febre Tifóide em 1917 e da Gripe Espanhola em 1918.³⁶¹ Em novembro de 1917, Curitiba se viu assolada por uma epidemia de febre tifóide. Os jornais publicavam a grande epidemia com apreensão. Médicos como o dr. João Evangelista Espíndola, diretor do Serviço de Hygiene do Estado, escreviam artigos para a população dando indicações para o cuidado dos doentes, buscando esclarecer a população. No início de 1918, devido ao agravamento da situação, o dr. Theodoro Bayma, chefe do Instituto Bacteriológico de São Paulo, foi enviado para chefiar uma comissão científica encarregada de propor um projeto de combate a febre tifóide no Paraná.³⁶²

Exatamente um ano após a epidemia de febre tifóide, Curitiba foi assolada mais uma vez, com o alastramento da *Influenza*, a gripe espanhola.³⁶³ Após alguns meses de boatos e suspeitas, o governo finalmente oficializava a chegada da influenza no território paranaense nos meses de outubro e novembro de 1918. Aos poucos, a gripe espanhola começou a ganhar proporções assustadoras. Crônicas da época revelam uma atmosfera fúnebre, com dezenas de

³⁵⁹ Cf. NEGRÃO, Francisco. *Memória da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba*, Op. Cit, p. 05.

³⁶⁰ O *Hospital de Caridade* funcionou de 1855 nas instalações da Candura Curitibana, situada na Rua Direita (atual 13 de Maio) até a década de 1880, quando foi inaugurada a nova sede da Santa Casa de Misericórdia. Cf. NEGRÃO, Op. Cit, p. 05.

³⁶¹ Cf. FERNANDES, Lindolfo. *O Hospital Oswaldo Cruz e a Epidemiologia no Paraná*. Curitiba: Imprensa Oficial, 1987.

³⁶² BAYMA, Theodoro. *A Febre Typhoide no Paraná*. Curitiba: Typ da Penitenciária do Estado, 1918.

³⁶³ BERTUCCI, Liane. *Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola* em São Paulo. Campinas: Tese (Doutorado em História, IFCH- UNICAMP), 2002.

velórios sendo realizados todo o dia em que “hora a hora, vemos cahirem nossos companheiros enfermos, reconhecendo que outra causa não era sinão essa epidemia que já se estende por todo o Brasil.”³⁶⁴

Com a cidade assolada por duas grandes epidemias em menos de um ano, o governo do Estado resolveu criar o Serviço de Profilaxia Rural no final de 1918. A fragilidade dos serviços sanitários se mostrou evidente com esses dois episódios. Desde o início do século XX, os médicos higienistas já se manifestavam em relação a necessidade de melhoria das condições de salubridade urbana. O Dr. Jayme dos Reis, em 1898, defendeu na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, uma *Dissertação das principaes Endemias e Epidemias de Curitiba*.³⁶⁵ Médicos curitibanos começavam a demonstrar suas preocupações em relação a precariedade das condições de higiene e também da fragilidade dos serviços sanitários.

A primeira grande instituição destinada ao isolamento de uma doença contagiosa foi o Sanatório São Sebastião, destinado aos tuberculosos. O bacilo de Koch foi descoberto quase na mesma época que o bacilo de Hansen. De fato, em muitos locais a lepra e a tuberculose coexistiram em grandes proporções.³⁶⁶ Segundo os estudiosos das epidemias J. Sournia e Ruffie, a lepra e a tuberculose tinham com fator causal o bacilo, ambos da família das microbactérias, com características antigênicas muito próximas.³⁶⁷

No Paraná, já existiam relatos de tuberculosos desde meados do século XIX. Mas foi no início do século XX que se cogitou em um projeto para a construção de um hospital exclusivo para tuberculosos. Em 1925, Caetano Munhoz da Rocha na sua Mensagem ao Congresso Legislativo, afirma a sua preocupação com o problema dos tuberculosos:

Merece especial atenção do poder publico o combate intenso a tuberculose que, a despeito do nosso clima tão saudável, continua a ocupar lugar de proeminência nas estatísticas demográfico sanitárias. E

³⁶⁴ DIÁRIO DA TARDE, 01/11/1918.

³⁶⁵ REIS, Jayme dos. *Dissertação das principaes endemias e epidemias de Curitiba*. Rio de Janeiro: Typ Ribeiro Macedo, 1898.

³⁶⁶ SOURNIA; RUFFIE, A Lepra e a Tuberculose. In: *As epidemias na História da Homem*, op. Cit, p. 131-143.

³⁶⁷ Id.

tanto mais se deve preocupar o Governo com este flagello da humanidade, quanto menos com elle se impressionam as populações. A instalação de um hospital, com enfermaria para doentes em geral e apartamentos especiaes para os abastados poderá ser o início de um grande sanatório, nos moldes dos que existem na Suíça.³⁶⁸

Nesse mesmo texto, Munhoz da Rocha pede a autorização de verbas para a construção de um sanatório nos arredores da Lapa ou de Palmeira, locais fora de Curitiba, mas relativamente próximos e que tinham a vantagem de gozar de um clima privilegiado necessário a recuperação dos tuberculosos e também pela existência de linhas de trem que facilitariam a locomoção e o acesso dos pacientes. No final de 1925, as obras se iniciam. O local para ser construído o Sanatório São Sebastião foi o município da Lapa. Em 30 de outubro de 1927 foi inaugurado o Sanatório São Sebastião. O discurso de Victor Ferreira do Amaral, então Diretor-Geral do Serviço Sanitário, afirmava:

A tuberculose, terrível pandemia, considerada a mais mortífera e a mais disseminada das doenças infectuosas, que não respeita latitudes nem hierarquias sociais, fazendo em todo o mundo mais victimias que as mais cruentas guerras, vae encontrar nesse majestoso estabelecimento um poderoso dique contra suas devastações. Vão ser postos em prática aqui os ensinamentos decorrentes da rota aberta pelaas sabias investigações de Villenin, Laennec, Koch, Calmette e tantos outros pesquisadores dos arcanos da peste branca. O Sanatório São Sebastião é o fructo sazonado da iniciativa e do espírito constructor do sr. Presidente Munhoz da Rocha, que o planejou sob os moldes aperfeiçoados dos sanatórios suíços, e o edificou sob suas vistas quase imediatas, delineando-lhe até os mínimos detalhes, sem delongas das formalidades burocráticas protocolares. (...) S.Exa. foi feliz e inspirado, pode-se dizer, até na escolha do local não pode haver situação topográfica mais risonha e linda, horisontes mais apazíveis de uma alacridade cantante, sob o ceo de anil, do que está, numa atmosphaera balsâmica de araucárias, na legendária cidade da Lapa...³⁶⁹

Na sua Mensagem ao Congresso Legislativo de 1928, Caetano Munhoz da Rocha apresentava o Sanatório São Sebastião, justificando sua construção na cidade da Lapa, devido as suas características geográficas e a proximidade com a ferrovia:

³⁶⁸ PARANA. *Mensagem de Caetano Munhoz da Rocha ao Congresso Legislativo em 1 de fevereiro de 1925*. Curitiba: 1925, p. 90-91.

³⁶⁹ Citado por CASTRO, p. 131.

Situado em um dos aprazíveis arredores da Lapa, em local apropriado, na enconsta da montanha, protegido contra os ventos, e dominando o vasto horizonte de uma paisagem de empolgante beleza, o nosso Sanatório para tuberculosos é incontestavelmente um estabelecimento completo, sob todos os seus aspectos.³⁷⁰

O Sanatório São Sebastião foi criado praticamente ao mesmo tempo que o Leprosário São Roque. Um dos últimos mecanismos que compõem essa maquinaria do isolamento foi o *Hospital de Isolamento*. Este, por sua vez, foi uma das últimas instituições criadas por Munhoz da Rocha e fecha o ciclo de grandes estabelecimentos criados a partir do início do século XX. Se o Sanatório São Sebastião, inspirado nos hospitais suíços, destinava-se a cuidar exclusivamente dos tuberculosos e para isso foi construído em uma região geográfica estratégica, o Hospital de Isolamento tinha como finalidade a segregação de diversas doenças contagiosas. O Hospital de Isolamento, portanto, foi uma das peças fundamentais para a política sanitária do Estado e demonstra, por outro lado, um refinamento das tecnologias do isolamento.

6. Até a década de 1890, apenas o Lazareto das Mercês constituía uma experiência de isolamento de uma classe de doentes. Porém, sua atuação permaneceu relativamente modesta e já no início do século XX suas instalações já eram vistas como arcaicas em relação aos preceitos de higiene preconizados pelos sanitaristas curitibanos. Durante todo o início do século XX sempre se manifestou a necessidade de construção de um hospital de isolamento para *doenças contagiosas*. Porém, na maior parte das vezes, essas discussões não se mostraram fecundas, pela falta de estrutura e de recursos financeiros. Em 1915 foi construído um hospital de isolamento próximo do Lazareto das Mercês. Sobre a existência desse hospital não há registros acessíveis. Sabemos apenas que, com as epidemias de 1917 e 1918, o local mostrou-se insuficiente para combater a proliferação de doenças contagiosas. Inicialmente a idéia era construir o Hospital de Isolamento no local onde se encontrava o

³⁷⁰ PARANÁ, *Mensagem de Caetano Munhoz da Rocha ao Congresso Legislativo em 1 de fevereiro de 1928*. Curitiba: 1928, p. 199

velho Leprosário São Roque, nas Mercês. Cabe notar ainda que, inicialmente, o Hospital de Isolamento deveria se chamar São Sebastião, nome que foi abandonado após a inauguração do sanatório na Lapa. Em 1925, na sua Mensagem ao Congresso, Munhoz da Rocha relata: Tenho em projecto a construção de um edifício para o Hospital São Sebastião, que ficará situado no local do actual leprosário São Roque, e cujas obras serão iniciadas em breve.³⁷¹ No ano seguinte, o governador já relatava novamente em sua Mensagem, a importância da criação do hospital de isolamento:

A construção de um hospital central de isolamento impõe-se, como medida essencial a qualquer serviço de profilaxia, principalmente para os casos em que não é possível isolar o doente nas habitações colectivas ou mesmo em domicílio, e entre já nas cogitações do Governo devendo ser levada a efeito convenientemente, facilmente acessível.³⁷²

Ciente da necessidade de uma intervenção mais eficaz nesse âmbito, uma das últimas realizações de Caetano Munhoz da Rocha foi a criação de um moderno Hospital de Isolamento. Inicialmente, segundo os relatórios do Governo do Estado, o projeto inicial era ampliar as instalações do hospital das Mercês. Mas, com a grande devastação ocorrida nos anos de 1917 e 1918, resolve-se construir um novo hospital.

Mesmo com a importância da construção do Hospital de Isolamento sendo freqüentemente mencionada nos relatórios, a sua efetiva construção ocorreu, cronologicamente, após a criação do Leprosário São Roque (1926) e do Sanatório São Sebastião (1927). O Hospital de Isolamento só foi inaugurado em 28 de janeiro de 1928, três dias antes do término do mandato de Munhoz da Rocha. O prédio funcionava no terreno adquirido em 1926, situado na rua Ubaldino do Amaral, no Alto da XV. Em 1928, Caetano Munhoz da Rocha descreveu o Hospital de Isolamento em sua Mensagem dessa forma:

³⁷¹ PARANÁ, *Mensagem*, 1925, Op. Cit, p. 90-91.

³⁷² PARANÁ. *Mensagem*, 1926, Op. Cit, p. 146-147

Situado em um ponto conveniente da cidade, facilmente acessível, e construído segundo as regras exigidas em um estabelecimento desta natureza, poder-se-ia dizer, sem receio, que o hospital de isolamento de Curitiba é modelar e preencherá cabalmente o seu lugar no aparelho de defesa de saúde pública. Compõe-se esta construção de quatro pavilhões ligados entre si, todos apresentando as paredes revestidas de azulejos brancos, rigorosamente lisas sem saliências e reentrâncias; o pavimento formado de lajes de concreto armado e recoberto de ladrilhos cerâmicos, como porão ventilado; o tecto de estuque em telas de arame; disposições como estas que asseguram uma perfeita uniformidade da temperatura. A instalação eléctrica, disposta em tubos completamente imbutidos, faz distribuir a luz por plafoniers a todo edifício.³⁷³

Na ala anexa ao Hospital de Isolamento foi instalado o Desnifectório Geral, construído em um pavilhão de 176 m², compreendendo um “depósito para os objectos infectados, a sala de desinfecção, a sala das machinas, a lavanderia e sala para passar e distribuir roupa expurgada.”³⁷⁴ No ano seguinte, o Hospital de Isolamento foi transformado, pelo sucessor de Munhoz da Rocha, Affonso Camargo, em Hospital Oswaldo Cruz. Em 1935, o interventor Manuel Ribas construiu um pavilhão com o nome Dr Leocádio Correia. Localizado na parte frontal do Hospital Oswaldo Cruz, este pavilhão foi idealizado para servir de hospital de isolamento para tuberculosos em Curitiba. Em 1838 esta construção foi adaptada e passou a abrigar o LACEN – Laboratório Central do Estado.³⁷⁵

Caetano Munhoz da Rocha, com essa instituição, fechou um ciclo da administração caracterizada pela construção de diversos estabelecimentos com finalidade de assistência social e de estruturação dos serviços sanitários.

Analisando, neste percurso, diferentes formas de enclausuramento em instituições, percebemos a formação de uma maquinaria do isolamento em Curitiba na primeira metade do

³⁷³ PARANÁ. *Mensagem*, 1928, Op. Cit., p. 192-194.

³⁷⁴ Ibid.

³⁷⁵ SIQUEIRA, Márcia Terezinha Dalledone. *LACEN – Laboratório Central do Estado do Paraná : mais de um século de História*. Curitiba: LACEN, 1996, p. 75-76.

século XX. Durante cerca de vinte anos foram sendo construídas gradativamente diversas instituições para atender diferentes demandas. Cinco categorias levantaram problemas especiais e tiveram como reflexo direto a criação de uma ou mais instituições especializadas: para o problema dos *criminosos*, a Penitenciária do Estado; para as *crianças abandonadas*, o Asilo de Órfãos do Cajurú, o Asilo São Luiz, o Patronato Agrícola e o Abrigo de Menores; para os *mendigos e indigentes*, o Asilo São Vicente de Paulo; para os *leprosos* o lazareto das Mercês, a Lazarópolis e o Leprosário São Roque; para os *tuberculosos* o Sanatório São Sebastião; e, para os *doentes contagiosos*, o Hospital de Isolamento.

A criação dessas diversas instituições especializadas demonstra que em algum momento essas questões se tornaram um problema político expressivo. Por quê, por exemplo, a questão dos *Bêbados e Alcoolistas*, que tinham uma importância tão grande na documentação do início do século XX, nunca se viu aparelhada de uma instituição específica? Ou o problema dos cegos e deficientes físicos?

Em todos os casos, as instituições analisadas tinham em comum a idéia *de ruptura em relação ao mundo exterior*, o seu caráter *absoluto e fechado*. O que permite perceber essas várias instituições *em conjunto*, a partir do agrupamento de características comuns. Todas essas instituições tinham como objetivo a transplantação artificial de uma certa categoria de indivíduos (loucos, prisioneiros, doentes, mendigos, etc.) para um espaço criado a partir da ruptura com o mundo externo.

Esse fechamento foi o que possibilitou a grande utopia da instituição total: transformar-se, em um espaço fechado, num *laboratório social onde toda a experiência humana pudesse ser reprogramada* a partir de um grau zero, o que equivaleria a ambição de *moralizar* as classes indesejadas, contida nos discursos analisados presentes na documentação do início do século XX. Como um verdadeiro falanstério que, num espaço fechado, maximizaria as eficácias disciplinares. É preciso estar atento aos temas que se repetiram nesses discursos sobre a criança, sobre o criminoso, sobre o mendigo. A necessidade de incutir valores através do trabalho, da ordem, da disciplina, da sociabilidade,

etc. *Cidadelas perfeitas*, esses espaços constituíam a grande utopia desse mundo em transformações: criar espaços que moldariam as individualidades, curando o doente ou reeducando o indisciplinado ou segregando o indesejável. A prisão era o modelo, por excelência, da *disciplina*, enquanto o leprosário era o modelo, por excelência, da *exclusão*.

O objetivo desse trajeto foi demonstrar que finalidades diferentes encontraram a solução em uma mesma maquinaria do isolamento. Somente dessa forma podemos perceber o Hospício Nossa Senhora da Luz, enfocando a criação de um espaço da loucura, pensando-a a partir da constituição de uma tecnologia social do isolamento. Porém, é de se perguntar, por quê o problema do louco, certamente muito inexpressivo em relação a diversos outros problemas, como dos mendigos, dos doentes contagiosos e das crianças abandonadas, também necessitou da criação de um estabelecimento especializado? De fato, se o problema do louco era inexpressivo em relação aos outros problemas mais urgentes na capital paranaense, o Hospício Nossa Senhora da Luz foi, entretanto, *exatamente a primeira instituição* dentro dessa tecnologia do isolamento.

A etapa seguinte visa compreender esse espaço da loucura e em que posição o hospício ocupa em relação a essa maquinaria do isolamento. Poder-se-ia dizer que o Hospício, assim como outras tecnologias do asilamento, pretendiam, em um espaço fechado, aplicar um programa de ressoalização a partir de técnicas disciplinares. Porém, pretendemos, na etapa seguinte, sem perder de vista a discussão sobre o conjunto das instituições, destacar as especificidades do modelo asilar.

A ordem asilar certamente foi um desdobramento da imposição das mesmas estratégias disciplinares. Mas o que a diferencia é que diversos aspectos da estrutura hospitalar foram pensadas a partir de suas finalidades médicas, *o saber médico impôs a técnicas disciplinares uma finalidade terapêutica*. É assim que, no asilo, o trabalho é tratamento; a atenção as regras é tratamento; o cumprimento de horários é tratamento; rezar é tratamento, e assim por diante. Toda a organização da vida cotidiana é tratamento, a estrutura asilar é validada a partir da sua finalidade terapêutica da instituição. Todo o programa de

tratamento dos loucos funcionou a partir desse sistema de racionalizações, que os alienistas davam o nome de Tratamento Moral. Ora, pretendemos demonstrar que isso só era possível no momento em que o asilo se tornou uma peça dentro da tecnologia médica. Somente quando o asilo se impôs como um instrumento de curar, a psiquiatria conseguiu suas primeiras conquistas em relação à constituição de seu saber e garantiu, através da construção de uma maquinaria hospitalar, o seu prestígio científico.

O percurso a seguir enfoca a constituição de um espaço da loucura, tendo como cenário em que se desenvolveram as primeiras discussões sobre a loucura a necessidade de mudança da Santa Casa de Misericórdia e a construção de um estabelecimento separado para o tratamento do louco. Os loucos que existiam em Curitiba em meados do século XIX não tinham uma caracterização científica de alienação mental e não dispunham de uma instituição especializada.

Foi dentro da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba que se manifestaram as primeiras reivindicações sobre a criação de um hospício. O objetivo a seguir será mapear as discussões que levaram a construção de um estabelecimento especial em Curitiba, identificando os sujeitos sociais envolvidos nessa trama, investigando o momento em que surgiram essas discussões e também avaliar os impactos do deslocamento do cenário da loucura *da Santa Casa de Misericórdia para o Hospício Nossa Senhora da Luz*. Esse movimento, atravessando dois cenários, corresponde mais amplamente, a mudança de uma tecnologia do tratamento. Portanto, do cenário das misericórdias a tecnologia alienista, buscaremos enfocar os impactos decisivos da constituição do Hospício Nossa Senhora da Luz na formação da tecnologia asilar.

4.3 UM PALÁCIO DE GUARDAR DOIDOS: DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA AO HOSPÍCIO NOSSA SENHORA DA LUZ

A Santa Casa de Misericórdia de Curitiba é o cenário que servirá como ponto de partida, neste trabalho, para entender como o problema da loucura surgiu na capital paranaense nas últimas décadas do século XIX. Antes do surgimento do Hospício Nossa Senhora da Luz em 1903³⁷⁶ a loucura habitava esse outro cenário dominado pelas tecnologias da Caridade.³⁷⁷ Essa etapa inicial visa compreender como o problema da loucura deslocou-se de uma *paisagem da caridade para uma tecnologia alienista*. A mudança do local de tratamento de um Hospital de Caridade para um Hospício não implica apenas na transferência de um hospital para outro, mas implica *decisivamente* em uma transformação da tecnologia.

Essa parte do trabalho visa compreender a construção da máquina, daí a necessidade de entender o deslocamento do discurso dos filantropos da Irmandade de Misericórdia para o monopólio dos médicos alienistas sobre a questão da loucura com o surgimento do Hospício Nossa Senhora da Luz.

Duas partes do estudo se desenvolvem através da mudança de um cenário para o outro. O primeiro cenário é a Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Nesse cenário, movem-se os atores dessa peça – os filantropos da Irmandade – e outros secundários na discussão

³⁷⁶ O único trabalho até o momento dedicado exclusivamente ao Hospício Nossa Senhora da Luz é de autoria de Herberth Munhoz Van Erven, do Instituto Histórico e Geográfico do Paraná, que em 1944 escreveu ERVEN, Hertberth. *Contribuição ao Histórico do Hospício Nossa Senhora da Luz*. Curitiba: Mundial, 1944; além desse trabalho, nos arquivos do Hospital, encontramos um manuscrito anônimo intitulado *Breve Histórico da Fundação e da Evolução do Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz*. Algumas referências ao Hospício também foram feitas em publicações a respeito da Penitenciária do Estado, já que esta passou a funcionar, a partir de 1905, no local onde foi inaugurado a primeira sede do Hospício Nossa Senhora da Luz. Encontramos, assim, breves referências ao Hospício em LEÃO, Ermelino. *Dicionário Histórico e Geográfico do Paraná*. Vol 3. Curitiba : s.e, p. 1545. Lemos Brito, em 1926, analisando os sistemas penitenciários fez breves referências ao Hospício Nossa Senhora da Luz em BRITTO, Lemos. *Os Systemas Penitenciários do Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1926, p. 182. Como se vê, as referências ao Hospício Nossa Senhora da Luz são bastante escassas, o que demonstra a dificuldade desse estudo.

³⁷⁷ Sobre o papel das Santas Casas de Misericórdia no Império Português. Cf. ABREU, Luiz. O Papel das Misericórdias dos lugares de Além-Mar na formação do Império Português. Op. Cit., Pp.591-611. A respeito da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, além da documentação existente na Biblioteca da Santa Casa, seguimos os relatos de Francisco Negrão em *Memórias da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba*, escrito em 1933.

sobre a loucura, presidentes de Província, Secretários dos Negócios do Interior, Justiça e Instrução Pública, Chefes de Polícia, cidadãos eminentes e políticos da capital paranaense, e os médicos. O enredo do primeiro ato é a luta pela construção do asilo de alienados, deflagrada no interior da Santa Casa de Misericórdia. Nessa primeira parte, os filantropos da Irmandade são os principais personagens da história, especialmente aquele que enuncia o discurso que busca dar sentido ao movimento de deflagração pela construção do hospício, o próprio provedor da Misericórdia. Essa luta é eminentemente política, cujos embates se passam no interior da Santa Casa de Misericórdia, cenário em que se sucederam personagens importantes no cenário político local. Neste primeiro momento, a discussão sobre o problema é essencialmente um discurso leigo, diz respeito ao poder de enclausurar o louco, nomear seus protetores e definir seu lugar. A presença médica é quase imperceptível nesses discursos, porém, aos poucos esse poder médico busca suas articulações na tentativa de conquistar mais espaço dentro da instituição, conquistando também o *monopólio* sobre o encargo da loucura.

No final dessa primeira parte, procuramos perceber como se dá as mudanças das disposições das peças. Um outro cenário se impõe e com isso emerge uma nova categoria de profissionais no discurso sobre a loucura. A emergência do discurso médico no cenário das Misericórdias marca o segundo ato desse trabalho. Os personagens mudam, as principais vozes do discurso sobre a loucura deixam de ser os provedores da Santa Casa e passam a ser os médicos-diretores do Hospício. Essas vozes são intercaladas numa trama de poderes em que o médico visa disputar espaço com outras instâncias – a família, a administração da Santa Casa, os governadores de Estado, os Chefes de Polícia, os juizes, os internos, as irmãs hospitalareiras.

Desvendar essa trama é o objetivo desse último percurso do trabalho. Analisando esse movimento, percebemos a luta da medicina para firmar-se dentro do espaço hospitalar. Essa viagem num microcosmo hospitalar revela que as estratégias dos médicos paranaenses eram bastante semelhantes aos problemas impostos pela constituição da medicina psiquiátrica

como um todo. Analisando os problemas de uma parcela de médicos, colocados numa cidade provinciana do século XIX, lutando pela conquista de poder dentro do espaço hospitalar, revela a constituição da tecnologia alienista. Isso demonstra, de saída, que essa tecnologia não foi dada de antemão, não era algo formado e completo, mas fruto da conquista médica pelo monopólio dentro do espaço da loucura.

O próprio embate de dois discursos indica duas visões completamente diversas sobre a loucura, o discurso da caridade e o discurso médico. A psiquiatria paranaense surgiu, no início do século XX, no cenário das Santas Casas de Misericórdia e nele desenvolveu suas principais estratégias em busca da consolidação de sua ciência. Entender o desenvolvimento dessas estratégias, analisando o deslocamento da paisagem da caridade para a tecnologia alienista – da Santa Casa ao Hospício Nossa Senhora da Luz – irá elucidar as estratégias dos alienistas para firmarem-se como legítimos detentores do discurso sobre a loucura. Será esse nosso objetivo, entender como a construção do espaço hospitalar foi decisivo para a formação do discurso psiquiátrico em Curitiba entre o final do século XIX e início do século XX.

Para tanto, iniciamos nosso recorte cronológico nas últimas décadas do século XIX, sobretudo a partir de 1890, quando se inicia as primeiras discussões sobre a necessidade de criação do hospício. Este trabalho enfoca em seguida os primeiros trinta anos de funcionamento do Hospício Nossa Senhora da Luz, através da análise dos relatórios dos médicos-diretores do Hospício, investigando as principais reivindicações arroladas nesses documentos. O limite cronológico de nossas investigações será o início da década de 1930. A trajetória do Hospício Nossa Senhora da Luz se desenvolve, grosso modo, durante o período da República Velha. Mas, o que determinou nosso recorte cronológico são os eventos próprios da conquista da medicina no espaço hospitalar. Foi durante os primeiros trinta anos de funcionamento que a medicina conquistou seu espaço dentro do Hospício. Por isso, esse trabalho visa reconstituir o cenário em que se desenvolveram as disputas dos primeiros médicos do Hospício Nossa Senhora da Luz e suas estratégias e negociações em relação a

Santa Casa de Misericórdia. As principais fontes para esse trabalho são os relatórios dos médicos-diretores do Hospício Nossa Senhora da Luz, sobretudo os das décadas de 1910 até meados de 1920.

Esse recorte cronológico relativamente reduzido em relação a ambição desse trabalho não prejudica as intensões desse estudo e nem invalidam as hipóteses de trabalho. Ao final do percurso esperamos defender a hipótese de que foram nesses poucos anos que se deram os principais eventos responsáveis pela construção de uma tecnologia alienista em Curitiba e que, através do estudo das articulações entre a medicina e outros agentes neste cenário, percebemos a formação do *hospício* como *tecnologia médica*, transformando-se numa verdadeira máquina de curar loucos. Entre os últimos anos do século XIX, sobretudo a partir de meados da década de 1890, até os anos de 1930, ocorreram os principais eventos que buscaremos analisar neste trabalho.

O estudo a seguir centra-se em duas perspectivas. 1. Primeiro analisar a emergência do discurso sobre uma nova forma de cuidado com os loucos a partir da criação de um espaço especial ; 2. O surgimento do discurso psiquiátrico no interior de uma tecnologia da caridade e a expansão do domínio médico dentro do espaço hospitalar que define o controle dos médicos alienistas nesse novo espaço de internamento e que marca, por conseguinte, o surgimento da psiquiatria em Curitiba.

Duas etapas, portanto, definem nossa análise. A *emergência do discurso* sobre a necessidade de criação do hospício e, em seguida, a *conquista*, pelo saber médico, desse espaço hospitalar. Estes dois percursos definem a trajetória final desta pesquisa que visa compreender a constituição do Hospício Nossa Senhora da Luz como uma *tecnologia médica*.

4.3.1 A CARIDADE FILANTRÓPICA: O CUIDADO DOS LOUCOS NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

Em Curitiba havia, no século XIX, algumas dezenas de loucos. Isso é bem pouco se compararmos, por exemplo, o grande número de mendigos, indigentes, menores abandonados, prostitutas, bêbados e desordeiros, etc. Ainda na segunda metade do século XIX eram poucas as referências que se faziam aos loucos nos relatórios administrativos do governo do Estado.³⁷⁸ Esporadicamente, encontramos alguns relatórios mencionando o envio de um alienado do interior do Estado, principalmente das regiões de Castro, Palmeira e Paranaguá.

Existiam, basicamente, três casos que resumiam a situação dos loucos que habitavam em Curitiba até o início do século XX. Em primeiro lugar, havia os loucos que estavam sob o *cuidado das próprias famílias*. Não temos como investigar esse tipo de situação devido a escassez de documentos. Mas, em geral, a própria família se encarregava da tarefa de manutenção e neutralização do louco, seja por medo do descrédito público de um ente acometido pela loucura, seja porque as famílias abastadas acreditavam poder cuidar convenientemente da situação enclausurando-os em quartos-fortes nas casas de família. Portanto, nessa primeira modalidade os loucos permaneciam assistidos, ou pelo menos tolerados, pelos grupos de participação mais próximos, seus familiares e a vizinhança. Apenas se a família não tinha interesse no cuidado do louco, ou não podia assumir a vigilância completa porque a sua presença acarretava em problemas demasiado difíceis em função das precariedades dos meios de controle, ela podia delegar o poder de neutralizar os efeitos da loucura a instituição encarregada, no século XIX, de receber e assistir os loucos, a Santa Casa de Misericórdia.

O segundo caso é o do louco que *fugia completamente ao controle familiar*, seja porque não possuía família, seja porque fosse surpreendido vagando fora do âmbito de

³⁷⁸ Quando o chefe de polícia, João Batista da Costa Carvalho Filho, em 1900, apresenta em seu relatório um “Mappa demonstrativo dos presos existentes na Cadeia Civil d’esta capital” encontramos apenas apenas 4 alienados numa lista de mais de 300 nomes. Cf. PARANÁ. Relatório apresentado ao Exmo snr. Dr. Secretário do Interior, Justiça e Instrução Pública, pelo dr. João Batista da Costa Carvalho Cunha, chefe de polícia do Estado, em 31 de dezembro de 1900. Curitiba: Typ, da Livraria Annibal Rocha & Comp., 1900 (anexos)

vigilância. Neste caso, a incumbência de cuidar do problema recaía sobre a questão da ordem pública, as autoridades policiais tinham a prerrogativa de recolher os loucos que perambulassem pelos espaços públicos já que, nesse caso, ele poderia constituir algum problema para a ordem pública, correndo o risco de oferecer perigo ao resto da população. Neste caso, os problemas referentes aos insanos representam apenas uma sub-espécie dessa categoria de delitos que provocam a intervenção dos poderes públicos. Os diferentes tipos de desviantes são, portanto, reunidos sobre a base comum da repressão que deles se exigia.

Portanto, quando não perambulavam pelas ruas ou encontravam-se no âmbito de vigilância das famílias, os loucos eram enviados para a instituição encarregada de assisti-los, a *Santa Casa de Misericórdia*. A Santa Casa de Misericórdia, desde o seu surgimento, tinha como uma das suas atribuições acolher os alienados existentes na capital paranaense. Na verdade, a própria vocação caritativa da instituição fazia com que ela fosse a instituição oficial da província para receber os pobres, indigentes, alienados, etc.³⁷⁹ Os estatutos da Santa Casa datam do início da década de 1850, quando a antiga Fraternidade Curitibana recebeu o status de Misericórdia.³⁸⁰ O *Compromisso da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia* foi elaborado em 1864.³⁸¹ Esse compromisso determinava as linhas de atuação da Santa Casa de Misericórdia. No capítulo III, que determinava o papel do Hospital de Caridade, determinava-se que a função de *consolar, assistir e abrigar* os pobres era uma das atribuições previstas nos estatutos da Irmandade de Misericórdia. O Hospital de Caridade, portanto, tinha a função de acolher todos os pobres e mendigos, *tratando-os com desvelo e caridade*.³⁸²

Na Santa Casa, a maior parte dos loucos que se encontravam na instituição, eram enviados pelos Chefes de Polícia. Isso indica que uma grande parcela dos alienados

³⁷⁹ IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Instituições Religiosas : Santa Casa de Misericórdia*. Curitiba: Mimeo, n.p.

³⁸⁰ Ibid.

³⁸¹ IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Compromisso da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba*. Curitiba: Typ Lopes, 1864.

³⁸² Ibid, Pp. 10-11.

existentes na instituição eram aqueles que perambulavam nos espaços públicos e, em algum momento, foram recolhidos a Cadeia Civil. Na medida em que iam sendo liberadas as vagas na enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, os loucos eram transferidos da Cadeia Civil ao Hospital de Caridade. Isso demonstra, portanto, que havia, no século XIX, um duplo papel desempenhado pela Santa Casa e pela Polícia no sentido de recolher os loucos que perambulavam pelas ruas da cidade. Em nenhum caso, o rótulo de *alienado*, que aparece na documentação policial, pode ser interpretado como uma visão científica da loucura como doença mental. O problema do louco fazia parte de uma ampla categoria que incluía os bêbados, os desordeiros, as prostitutas, os cáftens, os gatunos, os jogadores³⁸³ que perturbavam a ordem pública.

Assim como não havia uma caracterização científica para a loucura nos espaços de reclusão, na Santa Casa de Misericórdia, o louco também não era tratado segundo critérios médicos. A enfermaria de alienados correspondia a uma ala no Hospital de Caridade onde os loucos eram assistidos e enclausurados se fossem *limpos e tranqüilos* ou simplesmente amarrados se fossem considerados *furiosos*. Existia na Santa Casa de Misericórdia, seis *células* (leitos) destinadas aos alienados. Com o tempo, na medida em que o problema da loucura começa a se tornar mais freqüente, essas enfermarias encontravam-se quase sempre lotadas.

O Hospital de Caridade atual (situado na Praça Rui Barbosa) foi iniciado durante a gestão do dr. Muricy em 1868 e inaugurado pelo Imperador D. Pedro II em solenidade em 22 de maio de 1880.³⁸⁴ Foi também o dr. Cândido Muricy que defendia, no projeto do Hospital de Caridade, a construção de uma ala especial para os alienados. Sabemos, no entanto que, até a morte de Muricy em 1879, a enfermaria ainda não havia sido terminada.

³⁸³ Termos retirados dos relatórios dos Chefes de Polícia que constituíam as principais contravenções e eram o motivo de um grande número de prisões efetuadas na Cadeia Civil de Curitiba.

³⁸⁴ NEGRÃO, Op. Cit, p. 20.

Durante a segunda metade do século XIX, essa *enfermaria especial* seria o único recurso hospitalar destinado ao cuidado dos loucos. Porém, o objetivo da Santa Casa de Misericórdia sempre expressou sua maior preocupação em *cuidar e assistir* do que tratar ou *curar*. O papel da instituição de benemerência não era o tratamento, mas o cuidado e o socorro aos pobres. Assim, na enfermaria especial, os loucos permaneciam sem nenhum tratamento até que, por ventura, sua loucura fosse repentinamente curada, por si só. Uma espécie de *status quo* evidente, já que, na Santa Casa de Misericórdia os loucos permaneciam na mesma situação em que eram enviados e muitas vezes chegavam mesmo a piorar, já que não havia nenhum tratamento específico destinado a curar o louco. Acolher o louco, mais do que curar, era o objetivo da Misericórdia.

Decorre disto que o Hospital de Caridade não era o local em que era enviado o doente para ser tratado, mas o enfermo que ia se preparar para a morte. Lugar de benemerência, o Hospital de Caridade não fora concebido para curar. Instituição de assistência, o personagem que habita o hospital não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo, a quem deve-se dar os últimos cuidados. Dizia-se, portanto, que o hospital era um morredouro, mas num sentido positivo, de lugar onde o pobre encontraria a “Boa Morte”, ou seja, a morte assistida pela piedade e pela benemerência. O *Compromisso da Irmandade* previa, entre os Encargos da Irmandade, a obrigatoriedade de cuidar de todo pobre que necessite de cuidados e, caso este faleça no interior do Hospital de Caridade, é obrigação da Santa Casa providenciar o enterro do falecido.³⁸⁵ A salvação da alma e segregação dos pobres constituía, portanto, a tecnologia da Caridade.

4.3.2 OS FILANTROPOS DA SANTA CASA E O DISCURSO PELA NECESSIDADE DE CONTRUÇÃO DE UM ASILO DE ALIENADOS

³⁸⁵ IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Compromisso da Irmandade*, p. 08.

As primeiras reivindicações em relação a criação de um asilo de alienados em Curitiba ocorreram nas últimas décadas do século XIX. Sérgio Adorno de Abreu e Myriam Pugliese de Castro, em um pequeno artigo, analisaram como, no século XIX, as Santas Casas de Misericórdia tiveram um papel fundamental nas transformações urbanas. Os Hospitais de Caridade, segundo os autores, deixaram de ser espaços exclusivamente dominados pela vocação caritativa e de benemerência e passaram a desempenhar um importante papel no projeto de higienização das cidades.³⁸⁶ Em Curitiba, percebemos uma preocupação, nas últimas décadas, por parte da administração da Santa Casa de Misericórdia em efetuar mudanças nas estruturas do Hospital de Caridade para transformá-la em um verdadeira instituição hospitalar. A partir de 1897 assumiu a provedoria da Santa Casa de Misericórdia o padre D. Alberto Gonçalves. D. Alberto assumiu a gestão da Santa Casa neste ano sendo reeleito pelos próximos 11 anos, concluindo seu mandato em 1908. Alguns autores, como Herberth Munhoz Van Erven e David Carneiro concordam que uma das grandes realizações de D. Alberto Gonçalves foi a criação do Hospício Nossa Senhora da Luz em 1903, o que conferiu ao padre o título de *grande empreendedor*.³⁸⁷ Foi apenas quando a Santa Casa de Misericórdia começou a sofrer modificações em sua estrutura que começaram a surgir os primeiros discursos sobre a necessidade de construir um hospício separado do Hospital de Caridade. Como vimos, esse discurso começou a se tornar evidente na década de 1890, quando o padre D. Alberto Gonçalves assumiu a provedoria da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

³⁸⁶ ADORNO DE ABREU, Sérgio; PUGLIESE DE CASTRO, Myriam Mesquita. A arte de administrar a pobreza: assistência social institucionalizada em São Paulo. In; TRONCA, Ítalo. *Foucault Vivo*. Campinas: pontes, 1987.

³⁸⁷ Os dois autores fizeram referências muito apologéticas a D. Alberto Gonçalves. Munhoz Van Erven, no *Histórico do Hospital Nossa Senhora da Luz*, afirma: “O hospício, de sua fundação, por si só bastaria para imortalizá-lo em sua terra natal. (...) Dom Alberto José Gonçalves era um realizador”. Op cit, p. 08; David Carneiro também elogia esse personagem importante do cenário provincial em sua *Galeria de Ontem e Hoje*. “Tendo amado em extremo a simplicidade e a justiça, conforme ficou expressamente declarado em seu epitáfio, sua vida política poderia ser resumida nesta frase a que corresponde sua inteira verdade” Cf. CARNEIRO, David. *Galeria de Ontem e de Hoje*. Curitiba: Ed. Vanguarda, 1963, Pp. 314-315.

Segundo o *Compromisso da Irmandade de Misericórdia*, fixado em 1863, a Santa Casa de Misericórdia de Curitiba tinha a atribuição de assistir, cuidar e socorrer os pobres e indigentes, dando-lhes atendimento na doença, na miséria, no abandono e na morte. Isso fazia da Santa Casa uma instituição que acolhia genericamente pobres, indigentes, velhos, crianças, doentes e alienados. A partir de meados dos anos de 1890, no entanto, começa a se perceber diversas modificações no interior da Santa Casa de Misericórdia. Até aquele momento, a Santa Casa de Misericórdia de Curitiba era muito mais uma instituição de benemerência e caridade do que uma instituição hospitalar propriamente dita. Prova disto é que dificilmente os *mordomos* do Hospital de Caridade eram médicos. Nesse cenário das Misericórdias, os médicos eram atores de importância secundária. Dificilmente haviam médicos permanentes na instituição e aqueles que encontravam-se no Hospital de Caridade normalmente dividiam suas tarefas com outras atividades particulares. O médico era uma figura quase ausente na organização hospitalar. Mas, tal indício não deve nos levar a supor uma falha na organização do Hospital de Caridade. Apenas, no cenário das Misericórdias, o Hospital de Caridade, efetivamente não havia sido construído para curar. Essa função puramente assistencial da Santa Casa de Misericórdia, como analisaram Sérgio Adorno de Abreu e Myriam Pugliese de Castro, perdurou praticamente até a segunda metade do século XIX, quando as Santas Casas de Misericórdia deixam de exercer um papel puramente de benemerência e começam a ser peças importantes nas políticas de higiene das cidades. Sérgio Adorno e Myriam de Castro definem esse momento como *a passagem de uma filantropia caritativa para uma filantropia higiênica*.³⁸⁸ Essas mudanças também ocorreram, em outra escala, na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Ao lado dos novos desafios impostos pelo processo de urbanização de Curitiba na segunda metade do século XIX, ocorreu, internamente, uma necessidade de reorganizar o Hospital no quadro de organização das Misericórdias. O Hospital deixa de ser um lugar onde se enviam o pobre ia receber os últimos

³⁸⁸ ADORNO DE ABREU; PUGLIESE DE CASTRO, Op. Cit, p. 103-104.

cuidados no momento de sua morte. A Santa Casa precisava, nos últimos anos do século XIX, transformar o Hospital de Caridade em um espaço de cura, um instrumento terapêutico.

É nesse contexto de reorganização dos quadros de funcionamento da Misericórdia que surgiu, pela primeira vez, a necessidade de construir um “edifício para o Asilo de Alienados” separado da Santa Casa de Misericórdia. As principais reivindicações dos filantropos da Santa Casa de Misericórdia, nas reuniões da Mesa da Irmandade, eram em relação ao comprometimento que a presença dos alienados no *pio estabelecimento* causava no funcionamento geral do Hospital de Misericórdia. Colocados ao lado de doentes incapacitados, os alienados não possuíam um espaço adequado ao seu tratamento conveniente e também ofereciam riscos a segurança dos outros pacientes. Os enormes custos necessários à manutenção destes alienados somado a falta de espaço físico faziam com que estes comesçassem a se tornar um problema na medida em que seu número ia aumentando a cada dia com novas remessas de alienados enviados constantemente com guias das Chefaturas de Polícia. As discussões animadas nas Mesas da Irmandade de Misericórdia, onde se decidiam as questões mais importantes da administração da instituição, giravam em torno dos problemas materiais que a instituição encontrava para manutenção dos insanos em suas dependências.

Assim, o *asilo de alienados* começou a ser uma das reivindicações principais para resolver o problema. Nas últimas décadas é comum os Chefes de Polícia receberem solicitação de alienados do interior do Paraná e também das cidades fronteiriças com o estado de Santa Catarina para enviar remessas para a capital. Esses alienados eram transferidos para a Cadeia Civil para serem encaminhados para as enfermarias especiais da Santa Casa de Misericórdia de acordo com a disponibilidade e a lotação das *células especiais* para os alienados. Como, durante o século XIX, havia apenas seis *células* ao todo, freqüentemente esse número de vagas era bem inferior as demandas.

Além disso, como os doentes enviados para a Santa Casa de Misericórdia ou pertencem a categoria de alienados cujos familiares não podem ou não querem se

responsabilizar pela manutenção e vigilância do louco, porque estes colocam problemas materiais muito difíceis para a família; ou seja porque são encontrados circulando pelos espaços públicos, constituindo-se em um problema de ordem pública – estes alienados acabavam tornando-se, na maioria das vezes, hospedes vitalícios, sem famílias e sem perspectiva de reabsorção no meio social.

Obviamente, na medida em que o número de alienados parece aumentar expressivamente na segunda metade do século XIX, acabavam tornando o problema mais espinhoso. As queixas em relação ao problema do alienado no interior da Santa Casa de Misericórdia vinham acompanhadas de sentimentos humanitários. As soluções dos problemas eram escassas e também eram dificultados pela ausência de recursos financeiros. Se a Santa Casa de Misericórdia possuía um espaço destinado a acolher os alienados, com o aumento da demanda, este passou a ser mais um problema do que uma solução. A construção do hospício separado da Santa Casa de Misericórdia era uma reivindicação constante.

A emergência do discurso pela criação de um Asilo de Alienados em Curitiba marca a primeira etapa da emergência de uma nova forma de internamento. No Hospício o louco deixa de ser um personagem diluído na paisagem indiferenciada das Misericórdias para ganhar sua especificidade enquanto doença mental. Essa reivindicação demarca, portanto, a emergência de uma nova sensibilidade em relação a loucura. A loucura passa a exigir um espaço diferenciado o que a qualifica enquanto uma doença de caráter especial, que necessita de um espaço próprio, o *Hospício*.

Como se viu, um dos principais personagens que se ocupou com esse problema e que deu coerência para as reivindicações existentes no interior da Santa Casa de Misericórdia foi o próprio provedor da instituição. Ao assumir a gestão da Santa Casa em 1897, tornou-se evidente a preocupação com a criação de um espaço diferenciado aos alienados, já que estes comprometiam o funcionamento do Hospital de Caridade. Não havendo espaço adequado nas enfermarias especiais, D. Alberto Gonçalves logo percebeu a necessidade de criação de um asilo de alienados em Curitiba.

Não é por acaso que foi no interior da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba que surgiram as primeiras reivindicações a respeito da criação de um asilo de alienados. A Santa Casa tradicionalmente já tinha o encargo de cuidar os alienados existentes na capital paranaense durante o século XIX. Na tarefa global de abrigar, proteger e socorrer os miseráveis, os alienados possuíam um lugar garantido de assistência dentro da tecnologia da Caridade. A maior responsável pela obra de filantropia no cenário provincial era também a instituição mais autorizada para a deflagração do movimento pela construção de um hospício em Curitiba.

Em primeiro lugar, a Santa Casa de Misericórdia era o espaço mais bem aparelhado materialmente e financeiramente para impor essa reivindicação. Como a instituição filantrópica, *por excelência*, cabia a Santa Casa cuidar da questão da loucura em Curitiba.

Em segundo lugar está o papel dos provedores da Santa Casa. Assim como nas demais Santas Casas de Misericórdia do país, o cargo de provedor sempre foi exercido por figuras eminentes e poderosas da política local. Dom Alberto Gonçalves não seria uma exceção. O provedor da Misericórdia entre o final do século XIX e início do século XX também seria um personagem bem situado política e institucionalmente.

David Carneiro, que fez uma antologia dos principais personagens curitibanos em sua *Galeria de Ontem e de Hoje*, referiu-se a D. Alberto Gonçalves como uma pessoa de elevado nível cultural e dotado de espírito empreendedor e filantrópico. Não disse o autor que duas palavras resumiam D. Alberto: Justiça e Simplicidade?

Mas, não se trata apenas de um discurso apologético. Em diversos níveis, D. Alberto exerceu uma influência significativa. No *plano religioso*, atuou como diácono, subdiácono e presbítero na cidade de Palmeira, onde nasceu, após formar-se no Seminário Episcopal de São Paulo. Em Curitiba exerceu funções de padre na Igreja do Rosário, além de exercer o cargo de provedor da Santa Casa de Misericórdia. Em 1908 foi nomeado Bispo em

Curitiba.³⁸⁹ Em 1909 transferiu-se para a diocese de Ribeirão Preto, onde fundou a Catedral de Ribeirão Preto e a Escola Normal de Santa Ursula. No *plano político*, foi um dos membros da primeira Constituinte do Paraná, elegendo-se como deputado provincial. Em 1895 elegeu-se para senador federal.³⁹⁰ No *plano cultural*, era considerado um homem de extrema capacidade intelectual e espírito empreendedor, que movia-se com facilidade entre os homens de letras da capital paranaense como Emiliano Perneta, Sebastião Paraná, Dario Vellozo, Rocha Pombo. Além disso, escrevia constantemente sobre as questões religiosas e seculares na imprensa como no jornal *O Cenáculo* e *A Republica*.³⁹¹

Dessa forma, o provedor da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, que estava no cargo principal da instituição mais bem posicionada para deflagrar o movimento pela construção do Hospício era, obviamente, a pessoa mais indicada para enunciar esse discurso. Segundo o historiador Herbert Munhoz Van Erven, na década de 1890, D. Alberto Gonçalves tornou-se o principal defensor da construção do hospício em Curitiba, tanto que Van Erven o considera *um grande empreendedor*, na linha dos grandes construtores como Pereira Passos e o barão de Haussman.³⁹² Em meados da década de 1890, as iniciativas de D. Alberto Gonçalves finalmente começaram a surtir os primeiros resultados: a constituição de uma comissão, a destinação das primeiras verbas, a procura do local e a inauguração da pedra fundamental. Os anos de 1890 marcaram as primeiras vitórias em relação ao movimento deflagrado em Curitiba pela construção do Hospício.

Uma das primeiras realizações foi a criação de uma comissão encarregada de levantar fundos e de elaborar um projeto para a realização do Asilo de Alienados em Curitiba. Essa

³⁸⁹ CARNEIRO, op. Cit, Pp. 314-315.

³⁹⁰ Id, ibid.

³⁹¹ No final da década de 1880, por exemplo, D. Alberto Gonçalves e Francisco R. de Azevedo envolveram-se numa polêmica, veiculada através de artigos no jornal *A República*, sobre a questão da Igreja versus Estado. Os artigos foram reunidos em MACEDO, Francisco R. de. *A Igreja e o Estado*. Polêmica sobre a autenticidade das certidões parochiais entre o Dr. Francisco R. de Azevedo e o monsenhor Alberto Gonçalves. Curitiba: Typ d'O Commercio, 1900.

³⁹² VAN ERVEN, D. Alberto, um realizador. In: *Breve Histórico do Hospital de Nossa Senhora da Luz*, p. 7-8.

comissão teve origem alguns anos antes, já em 1891, antes de D. Alberto assumir a provedoria da Santa Casa de Misericórdia. Naquele ano, o governador do Estado havia confiado a D. Alberto a tarefa de investigar a situação dos loucos nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. D. Alberto formou uma comissão convidando cidadãos ilustres da sociedade curitibana, políticos, comerciantes e profissionais liberais, que participavam desse mesmo meio filantrópico em que D. Alberto circulava. Assim, em meados da década de 1890, quando se decide ao invés de fazer modificações na enfermaria especial da Santa Casa construir um Hospício separado do Hospital de Caridade, D. Alberto elaborou uma comissão formada por Joaquim Monteiro, José Loureiro e Manoel Martins de Abreu. Essa comissão não mediria esforços para tornar uma realidade o projeto capitaneado por D. Alberto. Na década seguinte, a comissão foi designada para levantar recursos, fiscalizar as obras e determinar o andamento da construção do primeiro asylo de alienados de Curitiba.

Um das primeiras iniciativas dessa comissão foi a procura de um terreno ideal para a construção do Hospício. Na década de 1880, em Curitiba, havia sido feito o projeto de construção de uma Penitenciária do Estado no bairro do Ahú. A cerimônia da pedra inaugural da Penitenciária havia sido celebrada durante a visita do casal imperial a Curitiba em 1880. Nesta mesma visita, D. Pedro II assistiu a inauguração do Hospital de Caridade da Santa Casa e o lançamento da pedra inaugural da Penitenciária do Estado. Mas, na década de 1890, este projeto havia sido abandonado por falta de recursos. Foi nesse terreno, cedido pela prefeitura a Santa Casa de Misericórdia em 1895 que a comissão formada por D. Alberto resolveu construir o primeiro asilo de alienados no Paraná.

A cerimônia de lançamento da pedra inaugural do asilo de alienados ocorreu em 28 de janeiro de 1896:

Realizou-se hontem, ás 5 horas da tarde, a cerimônia de assentamento da primeira pedra do edificio do asylo de alienados. Assistiram ao acto o exmo snr. Dr. Governador do Estado, ver. Snr. Padre D. Alberto Gonçalves, Coronel Erasto de Campos Lima e Sr. Joaquim Monteiro. Foi feita e assignada

uma acta que conjuntamente com um número *d'A República*, de hontem, foi colocada em depósito apropriado, como é de uso. Assim ficou iniciado o alevantado melhoramento.³⁹³

A liberação das primeiras verbas pelo Congresso Legislativo do Paraná ocorreu em fevereiro de 1896:

O Congresso Legislativo do Estado do Paraná, decretou e sancionou a seguinte lei:

Art 1. Fica o poder executivo autorizado a despender durante o exercício de 1896 com os serviços que ocorreram pela Secretaria do Estado dos Negócios do Interior, Justiça e Instrução Pública, Finanças, Commercio e Indústrias e Obras Públicas e Colonisação, a quantia de rs 2985: 471\$685, sendo rs 2:000\$000 destinado ao asylo de alienados.³⁹⁴

A construção do asilo de alienados se iniciou, portanto, em meados de 1896. Já nos primeiros anos de 1897, depois de um período de paralisação das obras, o padre D. Alberto Gonçalves anunciou no jornal *A República* a retomada das obras.³⁹⁵ Neste momento, as principais queixas começam a aparecer nos relatórios dos Secretários dos Negócios do Interior, Justiça e Instrução Pública. No ano de 1897, Antônio Augusto de Carvalho Chaves, apresentou o seu relatório em que falava das freqüentes remessas de alienados vindos do interior do Estado e a falta de um estabelecimento destinado aos alienados que atestava a falta dos princípios de civilização e humanidade freqüente no cuidado dos alienados na capital paranaense:

A falta de accomodações disponíveis no Hospital de Caridade d'esta capital tem dado lugar que alguns indigentes affectados de alienação mental sejam recolhidos a cadeia desta capital, para que não perturbem a ordem e a tranqüillidade publica. Para evitar a prática de semelhante providência, contraria ao estado de nossa civilização e aos princípios de humanidade, esta Repartição ordenou às autoridades que lhe são subordinadas que não enviassem esses infelizes para esta capital, sem preceder a necessidade de autorização, cessando assim a prática de converter-se as cadeias em asylo de alienados. A construção do asylo projectado, n'esta capital, portanto, de summa importância, como tem sido demonstrado por meus antecessores.³⁹⁶

³⁹³ A REPÚBLICA 29/01/1896.

³⁹⁴ A REPÚBLICA. 06/02/1896

³⁹⁵ A REPÚBLICA, 27/02/1897.

³⁹⁶ PARANÁ. *Relatório apresentado ao governador do Estado Santos Andrade, pelo Secretário dos Negócios do Interior, Justiça e Instrução Pública, bacharel Antonio Augusto de Carvalho Chaves*. Curitiba: Atelier Novo Mundo, 1897, p. 08.

O dr. Antônio Augusto de Carvalho Chaves, portanto, dizia que o asilo de alienados era de “summa importância”. Com esse relatório ele também nos forneceu um dado importante: em meados da década de 1890 era comum os alienados indigentes serem enviados para a Cadeia Civil, situado na Praça Tiradentes, com o objetivo de evitar que eles perturbassem a ordem pública. Segundo o relatório, era comum, no entanto, os loucos permanecerem presos na Cadeia Civil por tempo indeterminado, devido a constante falta de espaço na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Nesta mesma época, o chefe de Polícia, Manoel Bernardino Vieira Cavalcanti Filho, fazia um resumo da situação da seguinte maneira:

Não existe no Estado um azylo onde possam ser recolhidos estes infelizes, que muitas vezes vivem abandonados, perecendo por falta de recursos e tratamento conveniente. A construção do azylo já iniciada nesta capital é de urgente necessidade. Tenho deixado de attender aos constantes pedidos de autoridades policiaes das localidades do Estado, sobre remessa de alienados para esta capital por não ter onde accomodal-os. Na Santa Casa de Misericórdia existem somente seis *células* para os loucos e estes achão-se quase sempre occupadas por número superior a lotação de cada uma d’ellas. Entretanto, o digno provedor e o thesoureiro d’aquelle estabelecimento tem sido solícitos em attender qualquer pedido desta repartição, todas as vezes que se recorre aos seus sentimentos de humanidade.³⁹⁷

Segundo o chefe de polícia, no período em que ele escreveu seu relatório haviam 12 alienados que foram enviados a Santa Casa. Apesar da administração se mostrar solícita aos pedidos do chefe de polícia, as enfermarias, como ele relata, estavam quase sempre ocupadas. Desta forma, o chefe de polícia Manoel Bernardino Cavalcanti Filho afirmava que a criação de um asilo de alienados era de *urgente* necessidade. Isso demonstra que, do lado das autoridades do Estado, a principal preocupação era de que a Cadeia Civil estava sendo transformada em um espaço de reclusão dos loucos. Também para o governo do Estado, a construção de um asilo de alienados eram de suma importância porque permitiria resolver o

³⁹⁷ PARANÁ. *Relatório apresentado ao Secretário dos Negócios dos Interiors Justiça e Instrução Pública pelo juiz de Direito e Chefe de Polícia dr. Manoel Bernardino Cavalcanti Filho em 31 de agosto de 1896*. Curitiba:Modello a Vapor, 1896, p. 16.

problema dos loucos encerrados nos espaços da Cadeia Civil ou que continuassem circulando pelos espaços públicos e provocando riscos a ordem urbana.

Apesar da morosidade do processo, a construção do asilo de alienados finalmente se concretizava com o início do novo século. Foi no começo de 1903 que foi realizada a cerimônia de inauguração do asilo de alienados, batizado de *Hospício Nossa Senhora da Luz*. Alguns dias antes da inauguração do Hospício, em março de 1903, o jornal *Diário da Tarde* anunciava o surgimento da instituição da seguinte maneira:

Ao penetrar nesse vasto templo de caridade, a nossa alma paranaense se rejubila e se desvanece, palpitando com o mais justo orgulho, pois raras são as cidades que possuem um edifício de tão grandes e tão belas proporções e para fins tão humanitários! Dentro de poucos dias esses infelizes que perderam a razão, muitos dos quaes se acham aglomerados em logares impróprios, sem os requistos científicos, reclusos até em prisões correccionais serão instalados em suas cellas, onde nada lhes faltará e onde serão relativamente mais felizes, apesar de desgraçados sempre.³⁹⁸

Dias depois, em 25 de janeiro de 1903, data oficial da inauguração do Hospício Nossa Senhora da Luz, o mesmo jornal publicou o evento, pintando-o com cores exaltadas. Nesse texto, o *Palácio de Guardar Doidos* é exaltado como o primeiro grande passo da Civilização na capital paranaense:

Com a inauguração do Hospício Nossa Senhora da Luz, o Estado do Paraná deu hoje um dos mais brilhantes passos no caminho do progresso e da civilização. Aquele soberbo palácio da desventura assoma do campo verde, como uma atalaia do bem, é o attestado mais convincente do sentimento altruístico do povo paranaense. Qual forasteiro que diante daquelas muralhas sagradas, que abrigam tantas misérias, não sentirá *sympatia* irromper forte e tumultuosa, em ondas avassaladoras, dos mais fundos da alma, por este nobre povo que teve a pujança e amor necessário para erguer tão belo monumento?³⁹⁹

³⁹⁸ DIÁRIO DA TARDE 17/03/1903.

³⁹⁹ DIÁRIO DA TARDE 25/03/1907.

Após apresentar a inauguração do Hospício Nossa Senhora da Luz como um “brilhante passo no caminho do progresso e da civilização”, o autor do artigo faz um pequeno inventário imaginário sobre a situação dos loucos, dos tempos míticos aos dias atuais:

O louco, nos tempos antigos, era considerado um ente sagrado, quase divino: a sua intelligencia diluira-se na intelligencia universal das cousas, tornava-se objeto de um verdadeiro culto. Depois vieram os tempos trevosos, quando a alienação e as nevroses foram consideradas obras de Satan e aqueles que as demonstravam nos gestos e no olhar eram evitados como o pecado vivo e só encontravam repudio nos esconjuros e nos exorcismos. *Finalmente surgiu a sciência com o seu fulgurante facho, iluminando tudo, até os mais escuros esconderijos do espírito humano.*⁴⁰⁰

Dir-se-ia que esse texto nada mais é do que um ditirambo exaltado. Um lirismo exaltado de um gosto um tanto duvidoso descreve os loucos dos tempos trevosos até o tempo em que a “a sciência surgiu, *com o seu fulgurante facho, iluminando tudo*”. Porém, antes de desclassificar esse discurso, considerando-o tão somente um discurso ingênuo cheio de clichês, vejamos uma outra fala. Não se trata de qualquer fala, mas de um trecho de um médico parisiense, dr. Berthier, que em 1861 fez uma incursão por toda a França, visitando os hospícios do país. O relato do dr. Berthier foi esse:

Quanto a nós, nossa tarefa está quase plenamente realizada. *Nossas idéias, semeadas por toda a terra, agora só tem que frutificar. Que elas, escoltadas pela caridade e pela inteligência, levem a todos os povos o nosso amor pelo belo, pelo bom e pelo bem.* (...) _ Visitei grande parte de nossos asilos de França, e sempre retornei me sentindo melhor. Propondo-me a visitá-los todos com um mesmo objetivo: o de esclarecer meu julgamento, de alegrar meu coração e de melhorar o destino dos doentes que a Providência nos confiou.⁴⁰¹

⁴⁰⁰ Ibid.

⁴⁰¹ Quant à nous, notre tache est à peu. Prés accomplie. Nos idées, semées pour tout la Terre, n'ont plus qu'à fructifier. Qu'elles aillent, escourtés par la charité et l'intelligence, porter à tous les peuples notre amour du beau, du bon, du bien (...) J'ai visité une grande partie de nos asiles de France, et j'en suis toujours revenu meilleur. Je me propose de les voir tous dans le même but : celui d'éclairer mon jugement, de régner mon cœur et d'améliorer ce sort des malades que la providence m'a confiés. BERTHIER, Excursions scientifiques dans les asiles d'aliénés. *Journal de Médecine*, 1861, p. 320.

Os mesmos ingredientes estão presentes nos dois textos, apesar das diferenças de objetivos e estilo de ambos. Nos dois textos a ciência alienista é vista como *um facho de luz, que leva a todos os povos o amor pelo belo e pelo bem*. Portanto, seria precipitado dizer que o primeiro texto é apenas exaltado, ele revela muito. Homens que não eram ingênuos, como o Dr. Berthier, muito tempo antes, já falavam das mesmas idéias que se frutificavam pela terra. Se o texto de 25 de março de 1903 pôde, com os mesmos ingredientes de um texto conhecido de um alienista francês de 1861, dizer que “em dias nefastos os desgraçados que perderam a luz da inteligência encontrarão no Hospício Nossa Senhora da Luz o amparo, o carinho, os cuidados, a saúde, a vida, como em ninho arminhoso o pássaro implume, açoitado pelo vendaval, encontra o calor bondoso de azas acalentadores”, o mais importante, nesse discurso, é a idéia da ciência surgindo como fachos de luz. Esse trecho, com o lirismo que é próprio dessa época, demonstra aquilo que procuramos evidenciar nesse trabalho. *O Hospício surgiu e com ele, a ciência*. A inauguração do Hospício Nossa Senhora da Luz determinou o próprio nascimento de um saber, a psiquiatria no Paraná.

Com o que foi analisado até aqui podemos fazer um breve balanço das aquisições até o presente momento. Em primeiro lugar, podemos resumir os três contextos analisados até o momento da seguinte forma:

Na França, o surgimento do hospício não foi senão a *recuperação do hospital* do Antigo Regime, reinterpretado em função de uma nova pedagogia autoritária. O Hospício pineliano foi a inscrição de um saber médico arcaico num espaço hospitalar defasado. Dessa dupla inscrição surgiu o hospício pineliano, que deu as bases para a construção do modelo hospitalar moderno.

No Brasil, o Palácio de Guardar Doidos surgiu em 1852, fruto das primeiras *reivindicações dos médicos da Academia Imperial de Medicina*. Ao contrário do que houve na França em que o Hospício surgiu no seio de uma discussão mais ampla sobre as tecnologias de controle social, no Brasil, a solução foi pacificamente adotada. Em algum

momento, as demandas dos médicos da Academia Imperial chegaram ao conhecimento de D. Pedro II que, através do decreto imperial em 1841, determinou a construção de um estabelecimento privativo para os alienados. O hospício, portanto, é uma vitória médica e o modelo de um tipo de ideologia. Mas, ao mesmo tempo *ele foi imposto de cima*, através da instância máxima do governo imperial, o próprio D. Pedro II.

A principal diferença entre o contexto da capital imperial e a analisada no último capítulo é que em Curitiba, apesar de tratar-se do hospício, portanto, de uma mesma tecnologia, as condições que a tornaram possíveis se deu graças a conjunção de fatores mais amplos, como o desenvolvimento dessa tecnologia asilar, e fatores mais específicos, ligados ao contexto da Curitiba do final do século XIX e início do século XX. Na medida em que a pesquisa avançou pudemos perceber claramente uma das grandes diferenças entre o contexto do Rio de Janeiro e o de Curitiba. Se, no Rio de Janeiro, a classe médica era suficientemente forte para impor seu projeto, *em Curitiba, o discurso médico era inexistente*. Não haviam representantes da medicina que falassem em nome da necessidade de criação de um hospício. Os médicos, atuando em pequeno número na Província do Paraná, não viam na carreira alienista uma especialidade a ser seguida. Em todas as etapas iniciais dessa trama, que culminou com a construção do Hospício Nossa Senhora da Luz, os médicos praticamente não deram sua palavra.

Essa constatação nos leva a construir o seguinte questionamento: para entender a constituição da psiquiatria no Paraná, é necessário investigar em que momento o discurso médico surgiu no cenário das Misericórdias. Ocupando o papel de coadjuvantes até a construção efetiva do Hospício Nossa Senhora da Luz, o discurso médico finalmente emerge nos primeiros anos de funcionamento da instituição. A *conquista* do espaço hospitalar pelos médicos demarca a passagem para a segunda cena dessa trama, o momento em que *emerge o discurso psiquiátrico* no Paraná. Nesse processo de constituição do saber psiquiátrico paranaense nas primeiras décadas do século XIX, evidencia-se a relação direta entre a

constituição do hospício como peça fundamental da ação psiquiátrica e a consolidação da classe alienista e de seu subsequente prestígio como ramo da medicina.

Entender a constituição psiquiátrica é, portanto, compreender a constituição de uma tecnologia asilar. Precisamos de várias páginas para retomar aquilo que anunciávamos como sendo central. Podemos retomar o Hospício Nossa Senhora da Luz agora, pois estaríamos bem preparados para enfrentar algumas das questões mais importantes evocadas anteriormente, num encadeamento sistemático cuja complexidade cabe investigar agora, no seu detalhe.

4.4 UMA MÁQUINA DE CURAR: O HOSPÍCIO NOSSA SENHORA DA LUZ

(...) Hoje o *Hospício* é um meio de cura....e não mais a negra prisão de antigamente!

Rodolfo Pereira Lemos, *Relatório do médico-diretor do Hospício Nossa Senhora da Luz apresentado a Irmandade de Misericórdia*, 1915.

Entre as reformas modernas que interessam ao mais alto grau da humanidade, e que fazem a maior honra ao nosso tempo, é impossível não situar em primeira linha a melhoria da sorte dos alienados. Confundidos, até os primeiros anos deste século, com os criminosos, relegados no fundo dos calabouços ou nas celas de algumas casas religiosas, eles eram deixados ao mais completo abandono. Hoje, graças aos esforços de médicos homens de bem, e à preocupação demonstrada pelos poderes públicos, os alienados, colocados sob a proteção, encontram por toda parte a assistência que seu estado reclamava.

Ambroise Tardieu. *Dictionnaire d'Hygiene Publique et de Salubrité ou repertoire de toutes lês questions relatives a la Santé Publique*, 1862.

Nenhum paciente sem atividades, maior conscientização e participação da família à caminho da modernidade dos procedimentos psiquiátricos

De uma inscrição na entrada do *Pavilhão 2* do Hospício Nossa Senhora da Luz, 2001.

O objetivo desta última etapa é analisar as especificidades do Hospício Nossa Senhora da Luz. Para isso investigamos a emergência do discurso médico dentro do cenário das Caridades. Esta etapa demarca, portanto, a mudança de cena nessa trama. Do cenário da Santa Casa de Misericórdia passaremos ao Hospício Nossa Senhora da Luz, investigando os primeiros vinte anos de funcionamento da instituição. Neste novo cenário, os atores da trama vão dando lugar a outros: a fala principal deixa de ser a dos filantropos da Irmandade de Misericórdia e começa a ser a dos médicos-diretores do Hospício Nossa Senhora da Luz.

Nesta etapa, portanto, seguiremos os relatórios dos primeiros médicos-diretores do Hospício Nossa Senhora da Luz.⁴⁰² Na sua inauguração e durante a década de 1910, o *Dr. Rodolfo Pereira Lemos* administrou a instituição – no ano de 1917, seu filho *Cláudio Lemos* assumiu temporariamente a direção do Hospício. Em 1918, Rodolfo e Cláudio Lemos faleceram, devido a gripe espanhola. Em meados da década de 1920, o estabelecimento foi administrado por *José Guilherme Loyola*. E, neste período o dr. *João Evangelista Espíndola* que era diretor do serviço do hospital da Santa Casa também integrou o corpo do serviço clínico do hospício. São as falas dos médicos-diretores as principais chaves para entender o Hospício Nossa Senhora da Luz.

⁴⁰² Cf. IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Breve Histórico da Fundação e Evolução do Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz*, mimeo, s.d.

Algumas observações preliminares, portanto, sobre esses personagens. Primeiramente, trata-se, da geração de *pioneiros* da psiquiatria paranaense, se é que se pode utilizar esta palavra. Por essa definição procuramos entender que se tratava de um grupo essencialmente prático, que não tinha formação específica em Psiquiatria mas que, como médicos, dedicaram sua carreira à alienação mental. Trata-se de uma carreira hospitalar mais do que uma especialidade médica. Daí a escassez de textos teóricos destes médicos. Suas falas sobre a loucura não se traduzem em grandes textos na área de Psiquiatria enquanto domínio acadêmico, mas são textos essencialmente práticos, com finalidades administrativas.

Esse grupo é o responsável, no entanto, pela consolidação de práticas médicas dentro do Hospício Nossa Senhora da Luz, daí a opção por focar os primeiros médicos-diretores do hospício para entender a formação da tecnologia asilar. Rodolfo Pereira Lemos e Cláudio Lemos eram médicos da geração do final do século XIX, com alguma experiência na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Rodolfo Pereira Lemos tornou-se, no entanto, a principal referência na psiquiatria do início do século XIX. Sem possuir formação acadêmica em psiquiatria, levantou questões muito importantes diante da administração da Santa Casa de Misericórdia. Seus textos revelam a mesma dimensão de humanismo filantrópico e paternalismo psiquiátrico dos mais típicos representantes do alienismo pineliano do final do século XVIII. Foi Rodolfo Pereira Lemos que, no início do século XX, pregava o axioma de Esquirol segundo o qual o hospício deveria ser uma máquina de curar. Para Lemos, *um asylo bem organizado é o mais poderoso agente terapêutico contra as doenças mentais*.⁴⁰³

Outro médico-diretor do Hospício Nossa Senhora da Luz foi José Guilherme Loyola. Dentre os demais, é o único médico-diretor que possuía uma formação acadêmica em psiquiatria. Em 1900 ele defendeu na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro sua tese intitulada *Livre Arbítrio e Simulação da Loucura*.⁴⁰⁴

⁴⁰³ IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Relatório do médico-diretor do Hospício Nossa Senhora da Luz*, 1914, p. 24.

⁴⁰⁴ Neste trabalho José Guilherme Loyola buscou desqualificar os discursos sobre a loucura, enfatizando a competência médica em analisar, com critérios científicos, os limites entre o livre arbítrio e a simulação na

Mas, dessa primeira geração de médicos, apenas João Evangelista Espíndola já possuía, quando entrou para o corpo clínico do Hospício Nossa Senhora da Luz, uma carreira médica já consolidada. Nascido em São Paulo em 1860, formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1883.⁴⁰⁵ Em Curitiba ocupou diversos cargos de prestígio como o de diretor do Serviço de Higiene do Estado e de médico no corpo clínico da Santa Casa de Misericórdia.⁴⁰⁶ Foi na Santa Casa de Misericórdia que Espíndola realizou em 1907 a primeira operação cesariana de Curitiba.⁴⁰⁷ João Evangelista Espíndola possuía uma carreira médica e hospitalar bastante consolidada. Como teórico escreveu uma extensa obra intitulada *A Tuberculose: super-alimentação* em que polemizava com uma *Memória* apresentada na Academia Nacional de Medicina por João Cândido.⁴⁰⁸ Também ajudou a criar uma das primeiras revistas científicas de medicina no Paraná, chamada *Paraná Médico*. Dessa forma, o dr. Espíndola gozava de grande reputação no meio médico. Este último não era, ao contrário dos outros três nomes citados, um médico-diretor do Hospício. Porém, fazia parte do primeiro corpo clínico do Hospício e na mesma época, atuava como diretor médico da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Daí a razão de seus relatórios como médico do serviço do Hospício Nossa Senhora da Luz terem também tanta credibilidade quanto dos médicos-diretores.

Essa primeira geração de médicos foi o primeiro grupo que instauraram as práticas em relação ao domínio da loucura e dos procedimentos hospitalares no Hospício Nossa Senhora da Luz. Tratava-se de uma carreira hospitalar voltada ao estudo e ao tratamento exclusivo de

loucura. Assim como diversos outros médicos do período, Loyola afirma que é de competência exclusiva do saber médico reunir condições necessárias para se pronunciar sobre a presença, ausência ou simulação da loucura. LOYOLA, José Guilherme. *Livre Arbítrio e Simulação da Loucura*. Rio de Janeiro: Tese apresentada a Faculdade de Medicina, 1900.

⁴⁰⁵ MACEDO, Heitor. *Dr. Espíndola: o médico e o homem*. Curitiba: Impr. Requião, 1970, p. 6-7.

⁴⁰⁶ Id, *ibid*.

⁴⁰⁷ Hontem a noite foi na Santa Casa de Misericórdia, feita a primeira operação cesariana (...) a operação ocorreu sem incidentes, sendo extrahida uma criança do sexo feminino (foram operadores o dr. Espíndola, auxiliados pelo dr. Reinaldo Machado e pelo dr. Rodolfo Pereira Lemos. A REPÚBLICA. 01/11/1907.

⁴⁰⁸ ESPÍNDOLA, João Evangelista. *A Tuberculose: super-alimentação*. Curitiba: Imprensa Paranaense, 1901.

doenças mentais. Nisso eles substituíram as antigas práticas da assistência das Misericórdias, as quais o cuidado com os loucos continuava a ser uma sinecura. Assim como os primeiros alienistas franceses, eles tiveram que enfrentar outros saberes em busca da legitimação da psiquiatria como campo específico e como profissão médica. Neste sentido, não é de se surpreender que a primeira geração da Psiquiatria em Curitiba ainda era nitidamente influenciada pelos princípios de Philippe Pinel. Desta forma, em 1914, o dr. Rodolfo Pereira Lemos afirmava que Pinel era um

(...) médico illustre e homem de bem que em Bicêtre e na Salpêtrière poz por terra as cadeias dos alienados. É somente com ella que podemos dar ao insano todo o bem estar e toda a liberdade compatível com a sua própria segurança e a segurança da sociedade. (...)Longe vai o tempo em que se considerava o louco como um verdadeiro criminoso, dando-lhe a masmorra e seqüestrando a liberdade.⁴⁰⁹

Esse texto é notável por três aspectos. Impressionante porquê é demonstração de humanismo pineliano, se levarmos em conta que se tratava dos primeiros anos de constituição do saber psiquiátrico em Curitiba, numa época em que a Psiquiatria dava seus primeiros passos como disciplina científica e sequer contava com um curso específico na Faculdade de Medicina do Paraná. Característica impressionante ainda porque exatamente neste mesmo momento nos grandes centros, esse alienismo *pineliano* estava sendo suplantado por uma espécie de *organiscismo* que ligava a loucura ao atavismo e a degenerescência. É notável ainda porque, no mesmo período em que outros discursos enfocavam a loucura como um problema de ordem pública, esses médicos davam os primeiros passos em busca da legitimação dos loucos como doentes, observando, porém, que a caracterização da loucura não imputaria no abandono das práticas dos procedimentos de controle social em que o saber psiquiátrico determinava, através do humanismo filantrópico,

⁴⁰⁹ IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Relatório do médico-diretor Rodolfo Lemos*, op. Cit, p. 24.

os limites da própria segurança dos loucos em relação à *liberdade compatível com a segurança da sociedade*.

Portanto, oferecemos alguns brevíssimos dados sobre estes médicos, indicando algumas referências biográficas. Mas, do ponto de vista da instituição psiquiátrica, os documentos mais importantes são os relatórios dos médicos-diretores do Hospício Nossa Senhora da Luz. São eles que forneceram as principais práticas existentes no hospício nos primeiros anos de funcionamento e nos ajudarão a compreender a emergência do discurso psiquiátrico em Curitiba no início do século XX, práticas caminharam dispersas até se cristalizarem e adquirirem caráter sistemático. A impossibilidade de empregar antigas práticas da tecnologia da Caridade no novo cenário do hospício irá impor novos procedimentos ou colocarão elementos que só possuíam um papel secundário no centro do sistema. O triunfo do discurso médico sobre o da filantropia caritativa irá demarcar a emergência e a consolidação da Psiquiatria no Paraná. Os principais enunciadores desse discurso passam a ser os médicos diretores. Mas, existiam outras vozes, a dos médicos do serviço clínico, dos provedores, das irmãs hospitaleiras de São José de Chambéry, das famílias. Nesse novo cenário, as vozes se intercalam e revelam uma trama de disputas entre várias instâncias e vários discursos que pretendem legitimar seu monopólio sobre o louco e sobre a instituição hospitalar. Esse grupo assume formas variáveis, mas o seu conteúdo permaneceu relativamente estável. Tratava-se da *legitimação de novos agentes*, da consolidação de *novos poderes* no espaço das Misericórdias, no controle sobre a loucura. Assim, como veremos, foi a constituição da tecnologia asilar que deu coerência ao discurso dos médicos e que conservou suas características até os dias atuais. Percorrer o Hospício Nossa Senhora da Luz, quase cem anos depois é resgatar um pouco desses embates que ocorriam na primeira metade do século XX.

Um esclarecimento preliminar ainda cabe fazer a respeito da construção do Hospício Nossa Senhora da Luz. Como já foi mencionado, em 1905, a Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e o governo do Estado fecharam um acordo para que o edifício, situado no Ahú,

fosse transformado em uma Penitenciária do Estado. O acordo entre o governo do Estado e a Santa Casa de Misericórdia foi decidido durante a reunião ordinária da Mesa da Irmandade de Misericórdia em sessão de janeiro de 1903. Assim, o governo se comprometeu a arcar com os custos de um novo asilo de alienados e efetuar adaptações no antigo prédio do Hospício Nossa Senhora da Luz. Segundo o historiador da Santa Casa de Misericórdia, Francisco Negrão, o provedor da Irmandade, D. Alberto Gonçalves, na mencionada sessão da Irmandade, expôs os motivos e as vantagens desse negócio “Uma vez que a prática faz ver que a construção de um novo estabelecimento deve ser feita de acordo com as regras de ciência e hygiene, *que manda ser em pavilhões separados*”.⁴¹⁰

O que D. Alberto Gonçalves ressaltou nessa sessão, segundo esse texto de Negrão, foi as vantagens do sistema hospitalar que era construído em “pavilhões separados”. O terreno escolhido para a nova sede do Hospício foi no antigo Prado, situado no final da rua São José (atual Marechal Floriano). Não há referências sobre o término da construção e nem da data da inauguração do novo estabelecimento. Uma foto do dia da inauguração da segunda sede do Hospício é datada de julho de 1907.⁴¹¹ Ao contrário da inauguração em 1903, do edifício do Ahú, a nova sede, situada na rua São José, onde permanece até hoje, teve o início de suas atividades de forma bastante discreta. Herberth Munhoz Van Erven, no seu *Contribuição ao Histórico do Hospital de Nossa Senhora da Luz* já se refere ao novo hospital a partir de 1909, momento em que pelo menos os pavilhões 1, 2 e 3 já estavam em funcionamento.⁴¹²

De 1903 até 1905, portanto, o Hospício Nossa Senhora da Luz funcionou no antigo edifício do Ahú, que posteriormente foi transformado na Penitenciária do Estado. *De 1905 a 1907*, foi o momento de construção da nova sede do Hospício Nossa Senhora da Luz, situado na rua São José, e que foi construído segundo as técnicas empregadas em hospícios como o Juquery e o São Pedro, ou seja, em pavilhões separados. *A partir de 1907*, o Hospício Nossa

⁴¹⁰ NEGRÃO, op. Cit, p. 25.

⁴¹¹ Cf. Anexo 1.

⁴¹² ERVEN, p. 10

Senhora da Luz começou a funcionar na nova sede do Prado, onde permanece até os dias atuais. Essas balizas cronológicas servem de referência para facilitar a narrativa deste capítulo e situar o cenário em que se desenvolveram as lutas dos médicos pela conquista do espaço hospitalar, porém, não tiveram importância determinante na organização deste trabalho. Sempre que possível procuraremos demonstrar algumas diferenças não só na arquitetura, mas também na tecnologia entre essas duas construções.

4.4.1 A TECNOLOGIA DA CURA

Abordemos, primeiramente, o que era um *Hospício* e como ele funcionava como uma *tecnologia médica*. Essa abordagem requer a retomada das aquisições dos capítulos iniciais. O que justifica o trajeto de vai-e-vem desse percurso. É chegado o momento de analisar alguns princípios básicos da tecnologia asilar. Somente assim podemos utilizar o Hospício Nossa Senhora da Luz como ponto de partida para entender as práticas psiquiátricas mas também como modelo a partir do qual podemos entender a *tecnologia alienista*.

Para entender o hospício não como um estabelecimento comum mas como instrumento terapêutico é preciso lembrar do axioma alienista definido por J.E.D Esquirol em *Des Maladies Mentales* em 1838. Segundo Esquirol, o Hospício é um *instrumento poderoso de cura*, nas mãos de um hábil alienista ele *é um poderoso agente terapêutico contra as doenças mentais*. É nesse sentido que o hospício deixa de ter uma função puramente arquitetônica para adquirir um potencial de utilização na terapêutica das doenças mentais. Para o alienista, não apenas os vesicatórios e a farmacopéia utilizada no combate aos delírios são importantes para o tratamento da loucura, o próprio hospício é, *em si mesmo*, um remédio, um instrumento utilizado para curar. A organização de um asilo seria o principal fator responsável pela transformação do hospício como um instrumento de curar. Assim, ele

funcionava segundo alguns critérios básicos. Vejamos, portanto, os princípios que regiam a sua organização:

1º princípio: o *rompimento com o mundo externo*. Isolar o louco do mundo exterior era a principal finalidade do hospital. Ao romper com as influências não controladas do meio, o louco deveria ser transplantado para uma instituição fechada e formalmente administrada em que todos os elementos da vida cotidiana deveriam ser organizados afim de que o doente não encontrasse no espaço organizado do hospício, a desordem que ele encontrava no mundo exterior. Essa primeira prerrogativa, o isolamento com o mundo externo, era chamada pelos alienistas de “*isolamento terapêutico*.”⁴¹³ Esse isolamento com o mundo externo ainda tinha outra finalidade: romper o contato com os focos de desordem que originaram a loucura. Essa é a justificativa, por exemplo, que os alienistas utilizavam para defender a superioridade do isolamento terapêutico sobre o cuidado familiar. Seria preciso entregar os loucos a um poder exterior ao meio familiar, em que seu delírio seria combatido sem que se reforcem as extravagâncias que os familiares são propensos a ceder. O objetivo do alienista é se colocar como um defensor dos interesses da família. Para isolar o louco, porém, ele deve evitar a presença de parentes e amigos, já que sua habitação no mesmo espaço provocaria o delírio. Transplantado para um outro meio, o louco não teria mais contato com os elementos que geraram sua loucura, passando a receber estímulos artificialmente impostos, que os alienistas chamava de *diversão para o delírio*. No hospício, com a vida regulada e organizada, não teria espaço para o delírio se manifestar. Trata-se igualmente de uma inversão de valores: se o mundo externo era inofensivo para os normais, doravante, ele será pernicioso àqueles que perderam a razão. O hospício é o local organizado em contraposição a desordem do mundo exterior. Assim, a justificativa para o isolamento terapêutico é de que, o hospício constitui um lugar fechado, onde o acesso e a saída são constantemente vigiados, sem “retirar a ilusão

⁴¹³ PINEI, Ph. *Traité Médico-Philosophique*, op. Cit, p. 05.

de liberdade” do paciente. Nesse meio fechado, formalmente administrado, se desenvolve a ação terapêutica de forma mais eficaz porque não haveria influência dos focos de desordem não controlados do meio. Não há tratamento sem isolamento. Essa justificativa do isolamento também é responsável pela determinação da localização dos hospícios, em geral, construídos fora do quadro urbano.

2º princípio: a *distribuição do espaço e do tempo*. Se todo tratamento deve ser asilar, portanto, num espaço fechado, a própria distribuição do tempo e dos espaços funcionaria no papel de realizar a transformação do alienado, na introdução de regras, na interiorização da educação moral e do ensinamento da sociabilidade. É assim que, no asilo, o emprego do tempo se dá a partir de uma rede de regras imutáveis que tecem a vida cotidiana. Assim, todos os elementos funcionam como peça da tecnologia asilar. No hospício o que cura é o próprio hospício, é a organização do espaço e a conseqüente localização do indivíduo no seu interior. Camisa-de-força moral, “o asilo convenientemente organizado, constitui, para eles (os doentes) *uma verdadeira atmosfera médica*, sua ação é quase imperceptível”⁴¹⁴ Portanto, “tudo num asilo deve ser bem ordenado, *as localidades, os regulamentos e as pessoas*, encontra-se como que impregnado desse espírito de ordem e submissão e coopera, assim, *mesmo a despeito dos que dele são objeto e instrumento*, para a plena realização do *objetivo geral que é a cura dos alienados*”⁴¹⁵ Uma rigorosa articulação da distribuição do tempo e da distribuição dos espaços resume o que J. P. Falret definiu como uma “*verdadeira atmosfera médica*”, uma camisa-de-força moral.

A população asilar não é homogênea, portanto, a distribuição dos espaços também não poderia sê-lo. Curiosamente, a maior parte dos hospícios reproduzem, no ambiente hospitalar, a mesma hierarquia social existente no mundo externo. Isto porque o Hospício reproduz as divisões sociais da sociedade, distribuindo os internados em classes. Veja-se, por

⁴¹⁴ FALRET, J. P. *Du Traitement général des alienes*, citado por CASTEL, p. 116.

⁴¹⁵ Ibid.

exemplo, a distribuição interna dos pacientes do Hospício D. Pedro II, descrito por Magali Engel:

Dentro do hospício, além da divisão entre os sexos (art. 18), os alienados passavam a ser discriminados, por um lado, de acordo com suas origens sociais, que os dividia em duas categorias: a dos admitidos gratuitamente, os indigentes, os escravos cujos senhores não possuíam outros e não tivessem meios para custear seu tratamento, e os marinheiros de navios mercantes (art. 15); e a dos pensionistas, compreendendo os da primeira classe – com direito a quarto separado com tratamento especial –; os da segunda classe – com direito a quarto para dois alienados, com tratamento especial – e os de terceira classe – pessoas livres ou escravas que ocupariam as enfermarias gerais (art. 7). Por outro lado, os internos eram diferenciados pelos comportamentos que manifestavam. Os indigentes e pensionistas de terceira classe eram distribuídos nas seguintes subdivisões: 1) de tranqüilos e limpos; 2) agitados; 3) de imundos; 4) de afetados por moléstias acidentais. Os pensionistas da primeira e da segunda classe seriam separados apenas em duas divisões: 1: de tranqüilos; 2) de agitados (art. 19).⁴¹⁶

Essa divisão em “indigentes e pensionistas”, subdivididos em “limpos, tranqüilos, imundos, e afectados por doenças contagiosas” está longe de ser perfeita, mas expressa no quadro do internamento asilar, a tentativa de distribuição interna do espaço. No interior do hospício, essa divisão é elaborada para pensar o contato organizado entre os internos com pessoas do mesmo sexo, da mesma classe, e do mesmo tipo de comportamento. No Brasil, é uma das evidências que nenhum hospício conseguiu comportar uma divisão a partir da classificação de diversas categorias de loucura. A idéia de criar espaços diferenciados para cada subespécie de alienação mental nunca foi posta em prática e constituía um das grandes obsessões de vários médicos brasileiros. Se essa divisão dos doentes em “limpos e imundos” e “tranqüilos e furiosos” permanece como um critério grosseiro, no quadro da instituição asilar, ela é justificável pela necessidade de distribuição interna dos indivíduos e da articulação rigorosa dos espaços e do controle do tempo.

O *controle do tempo* também era uma característica básica do hospício. O hospício prescreve uma ocupação rigorosa dos alienados. Não se pode oferecer um espaço para o ócio ou para a inércia, já que a sua finalidade não é a exclusão, mas a possibilidade de introjetar

⁴¹⁶ ENGEL, p. 206. Cabe ressaltar que a descrição da autora foi feita com base no *Relatório e estatística do Hospício de Pedro II*, de Rodrigo José Barbosa, publicado nos *Annaes Brasilienses de Medicina* em 1856.

no alienado os princípios de moralização e sociabilidade capazes de fornecer uma possibilidade de inserção produtiva no meio social. Ora, quando se analisam as tarefas cotidianas que regem a vida asilar, percebemos uma nítida opção pela substituição de medicamentos pela disciplina. O chamado tratamento físico é inexistente ou aplicado apenas em doentes que são afetados pelas chamadas “moléstias acidentais” isto é, aquelas doenças que não eram doenças mentais. Isto não quer dizer que o hospício seja um local onde não existam medicamentos e terapias baseadas nos meios físicos. Mas, o tratamento moral é o principal elemento de tratamento dos loucos. É a articulação da totalidade do tempo e da vida dos indivíduos, da inserção do louco num espaço hospitalar circunscrito, que determina a cura do louco.

Quando se observam os regulamentos da vida cotidiana do hospício, vemos que a distribuição do tempo é efetuada de duas formas. Havia as “atividades intelectuais” e os “trabalhos corporais”. Em geral, a atividade intelectual excessiva é considerada perniciosa pelos psiquiatras. Meditar durante muito tempo sobre um mesmo assunto, dedicar-se a leitura de romances, resolver problemas matemáticos complexos, eram consideradas atividades que predispunham à loucura. Quando mais estímulos um indivíduo sofresse, mais predisposto à loucura ele estaria. Por isso, no hospício, as atividades eram voltadas, sobretudo, aos “trabalhos corporais”. Daí a existência de oficinas de trabalhos serem praticamente obrigatórias em asilos de alienados, pela boa influência que o trabalho físico efetuaria no comportamento dos alienados.

A cura pelo trabalho é um dos elementos mais antigos dos pressupostos do tratamento moral. Philippe Pinel já assinalava o trabalho como o poderoso instrumento de cura, de manutenção de saúde e de bons costumes.⁴¹⁷ O trabalho, para Pinel, era valorizado principalmente porque servia como “diversão para o delírio”, isto é, funciona como um freio para as paixões. Ocupado pelo trabalho, o louco não divagaria sobre seus delírios, afastando-

⁴¹⁷ PINEL, Philippe. *Traité Médico-Philosophique*. P. 199

o da loucura. O filho de Philippe Pinel, Scipion Pinel, também destacava o trabalho como um dos principais elementos terapêuticos:

Pegue um furioso, coloque este homem numa cela; ele quebrará todos os obstáculos e se entregará às irritações do mais cego furor. Agora, olha-o arrastando a terra: ele empurra o carrinho de mão com uma atividade ardente, e vem com a mesma petulância buscar o novo fardo que ele deve igualmente transportar: é verdade que à cada pausa ele se detém para exaltar seu furor em proporções incoerentes; é verdade que ele grita, que ele jura tudo conduzindo seu carrinho de mão; mas, em última análise, é o mais intrépido dos operários.⁴¹⁸

Na teoria psiquiátrica, portanto, o trabalho é utilizado como principal meio para a obtenção da cura. O trabalho nada mais faz do que “ativar a energia muscular que se volta para o bem do trabalho”⁴¹⁹ Portanto, obrigava a organização moral do indivíduo, pois servia como um obstáculo ao delírio. O excesso de energias era esvaziado, transformando a energia muscular em atividade produtiva, privando o alienado de se entregar ao ócio e às “idéias viciosas”.

Obediência, atenção, encadeamento de fases, busca de um produto final, tudo isso ajudava a introjeção de princípios necessários à interiorização de regras as quais os alienados deveriam se adequar. É, portanto, uma fonte poderosa de eliminação da desordem, segundo os alienistas. A maior parte dos alienistas dava preferência aos efeitos benéficos dos trabalhos agrícolas. Mas também havia diversos trabalhos em ateliês de costura, no jardim, na cozinha, etc. Note-se que as atividades desempenhadas por mulheres geralmente eram aquelas diretamente ligadas ao consumo próprio do hospício. O elogio do trabalho também não é homogêneo. Quem está submetido ao regime do trabalho não é o pensionista rico. Para o pensionista rico, o qual o médico não pode obrigar a um regime de trabalho, este será efetuado como uma forma de divertimento. Não se deve perder de vista, portanto, que o hospício não só espelha a sociedade, mas também está profundamente vinculada a ela. A terapêutica pelo trabalho adquire toda a extensão quando seu objetivo é a introjeção de

⁴¹⁸ PINEL, Scipion. *Traité complet du régime sanitaire des aliénés*. Citado por BIRMAN, op. Cit, p. 417.

⁴¹⁹ Ibid.

virtudes do trabalho ordeiro, dócil e disciplinado, que deveria reinar tanto dentro quanto fora do hospício. Afinal, como dizia o dr. Berthier, “*quem nada faz está mais próximo de fazer o mal!*”⁴²⁰

3º princípio: o *ensinamento da realidade*. No hospício o louco deve aprender que é louco. Identificar o caráter delirante de sua loucura, assumir que está louco, é o primeiro princípio para aceitar a realidade. Os meios coercitivos, como as duchas, são freqüentemente utilizados para dissuadir os loucos. Esse princípio que os loucos deviam admitir que eram loucos também poderia ser utilizado pelo exemplo. Ao entrar em exposição direta com a loucura de outro louco, o alienado reconhecia sua própria loucura. Philippe Pinel chamava isso de “*reconhecimento pelo espelho*”.⁴²¹ É por isso que, em muitos hospícios o teatro era uma forma de apresentar uma “realidade invertida”. Ao ver a loucura escancarada, nitidamente diante de seus olhos, o louco tomava consciência de si mesmo. Realidade invertida, o teatro era a representação do patético da loucura – como que tomado nessa armadilha, o louco era forçado, pela representação teatral, a confrontar sua própria loucura.⁴²²

4º princípio: a *enunciação da verdade da loucura*. Uma das idéias que surgiu com o nascimento do hospício é de que ele era o lugar de reconhecimento da *verdade* da loucura. Neste espaço, o médico poderia não apenas elucidar suas verdadeiras características, enunciando a verdadeira face da loucura, mas também até mesmo produzi-la. Supunha-se que no meio exterior, o doente deixado em liberdade, em junto à sua família, cercado de todos os seus hábitos, preconceitos, ilusões, acabaria afetando a verdadeira doença. O papel do

⁴²⁰ BERTHIER, *Du travail comme element de thérapeutique mental*, citado por CASTEL, p. 239.

⁴²¹ Michel Foucault, em *História da Loucura*, afirma que o princípio asilar repousa sob três elementos ou técnicas que ele chamou de 1) *Silêncio institucional*: esvaziar o delírio do louco para que ele torna-se literalmente “sem efeito”; o 2) *Julgamento Perpétuo*: a loucura era freqüentemente requisitada para avaliar e julgar a si mesma e o 3) *Reconhecimento pelo Espelho*: através da loucura do outro o alienado era obrigado a reconhecer o patético de sua própria loucura. Cf. FOUCAULT, M. *História da Loucura*, op. cit, p. 489 e ss.

⁴²² Cf. FOUCAULT, Michel. O poder psiquiátrico. *Resumo dos cursos do Collège de France*, p. 47

hospício era afastar da loucura suas formas aberrantes, não só deixar a verdade transparecer como ela é, mas também produzi-la. Em sua verdadeira natureza, o efeito da hospitalização era dissipar as aberrações, chegando-se a uma forma pura, tornando-a com isso a realidade. Onde o hospício aparecia ao mesmo tempo como um lugar de observação, de enunciação, mas também de purificação e de prova.

No hospício, a loucura deveria manifestar-se em sua verdade, e, no mesmo ato, ser abolido e expurgado pela racionalidade reinante da tecnologia asilar. Aparelhagem complexa que fazia aparecer a doença e também produzir sua realidade. Segundo Esquirol, o asilo era um laboratório do mundo, um lugar onde apareceriam todos os sentimentos do homem, mas de forma concentrada. No asilo, o homem não dissimula sua loucura:

Que meditações para o filósofo que, subtraindo-se ao tumulto do mundo, percorrer uma casa de alienados. Ele reencontra aí as mesmas idéias, os mesmos erros e as mesmas paixões, os mesmos infortúnios. É o mesmo mundo, mas, numa casa de alienados, os traços são mais fortes, as nuances mais marcadas, as cores mais vivas, os efeitos mais chocantes, porque o homem se mostra aí em toda sua nudez, porque não dissimula seu pensamento, porque não oculta seus defeitos, porque ele não empresta as suas paixões o charme que seduz, nem aos seus vícios as aparências que enganam.⁴²³

Esses princípios que determinam os fundamentos da tecnologia asilar e que faz do hospício um instrumento terapêutico é o que possibilita colocar num triângulo disciplinar três elementos: o médico, o louco e a instituição asilar. Pode-se dizer que o hospício representa uma inovação no cenário descrito no início do capítulo e ao mesmo tempo ele se inscreve como uma continuidade no desenvolvimento das instituições disciplinares. Com efeito, o que gostaríamos de demonstrar a seguir é que, com o surgimento do Hospício Nossa Senhora da Luz, um novo espaço da loucura se instaurou, renovando profundamente as questões na qual a problemática da loucura ganhou sentido. Analisando os princípios da tecnologia asilar, podemos perceber que, nem de longe, eles eram coerentes com a tecnologia da Caridade.

⁴²³ ESQUIROL, *De la Folie*, op. Cit, p. 01.

Outras políticas e outras finalidades eram buscadas, mas a eficácia das técnicas estava em jogo quando se tratava de transplantar um modelo generalizante para um contexto específico.

4.4.2 O HOSPÍCIO NOSSA SENHORA DA LUZ COMO UM ESPAÇO DA LOUCURA

A leitura dos relatórios dos médicos-diretores não aponta para a simples transposição do modelo pineliano para o Hospício Nossa Senhora da Luz. Quando se analisam os textos que se estendem pelos 20 primeiros anos de funcionamento do hospício, percebemos claramente uma trabalhosa *conquista* do terreno. Abordemos, portanto, o que é mais significativo nesse contexto. *Transformar* o Hospício criado em um *instrumento de cura*, definiu a primeira etapa da consolidação do saber médico em Curitiba. O Hospício ideal num hospício possível. A partir do hospício como um modelo tecnológico, pretende-se impor nas práticas esse modelo. Foi dentro dos quadros institucionais da Santa Casa de Misericórdia que se esboçou o projeto da psiquiatria de transformar o hospício em uma verdadeira máquina de curar. Primeiro, identificando os problemas; depois, elegendo os seus inimigos; finalmente, propondo soluções para que o Hospício Nossa Senhora da Luz cumprisse sua finalidade de ser um instrumento terapêutico contra as doenças mentais.

O Hospício Nossa Senhora da Luz foi inaugurado no início do século XX. Ainda que os médicos estivessem ausentes do debate sobre a construção do asilo de alienados, os enunciadores do discurso não deixavam de evocar os princípios da ciência na necessidade de construção do hospício. A primeira cena da trama, portanto, iniciou-se sem a participação dos médicos. A conquista dos médicos do espaço hospitalar foi um processo bastante lento e requereu, como pudemos perceber, o desenvolvimento de estratégias diversas.

No processo de transformação do Hospício Nossa Senhora da Luz em uma máquina de curar ocorreu um deslocamento do cenário da filantropia das Misericórdias para a constituição de uma tecnologia alienista, cujos princípios enunciámos anteriormente. A conquista, portanto, do Hospício, demarcou a emergência do discurso psiquiátrico em Curitiba. Esse processo ocorreu, sobretudo, nas primeiras décadas de funcionamento do Hospício Nossa Senhora da Luz. Os embates que ocorreram, e que foram registrados nos relatórios dos médicos-diretores demonstram que *não existiu uma simples transposição do modelo para uma instituição real*. O Hospício Nossa Senhora da Luz nunca consolidou os mesmos modelos propostos pelos alienistas. Porém, ao analisarmos os embates promovidos pelos alienistas no interior da instituição, percebemos as estratégias de consolidação do saber psiquiátrico em Curitiba.

Luta pelo poder, extensão geográfica no espaço hospitalar, impasses e descompassos, os médicos conquistaram alguns momentos de vitória, o que fez com que a instituição se apresentasse, já em meados da década de 1940, como uma instituição completamente medicalizada. Porém, é uma história sem fim, marcada por conquistas provisórias. Seguir esse percurso demonstrou a *constituição* de uma tecnologia asilar. Trata-se menos de avaliar suas conquistas do que de demonstrar os seus impasses. A maior parte dos textos que analisamos nos relatórios dos médicos-diretores são *críticas* ao estabelecimento. Mas, procuramos demonstrar que, através destas críticas, os médicos buscavam consolidar seu poder dentro da instituição. São exatamente essas críticas que serviram para determinar o grau de distância entre o asilo idealizado pela psiquiatria e o estabelecimento concreto de uma instituição psiquiátrica em Curitiba.

4.4.3 OS MÉDICOS EM CENA

Quando se analisam os relatórios escritos pelos médicos-diretores nos primeiros vinte e cinco anos de funcionamento do Hospício Nossa Senhora da Luz, percebemos,

retrospectivamente, uma mesma linha de argumentação. Os relatórios eram utilizados pelos diretores do hospício para veicular suas reivindicações em relação a administração da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. O hospício, que era a vitória do discurso médico, pouco a pouco começa a ser criticado. Não se trata, porém, de protestos, desconfianças, denúncias ou ataques à instituição. O que se percebe são reivindicações; os enunciadores dessas críticas, portanto, não são exteriores ao hospício, trata-se dos próprios médicos do estabelecimento. O que é denunciado é, sobretudo, a falta de poder dos médicos. O que esses relatórios demonstram é a insatisfação dos médicos em dar as cartas ou serem senhores em sua própria “casa”. O que é denunciado é o que permanece exterior ao discurso médico. Eles fazem crer na existência de motivos políticos extrínsecos que dificultam o bom uso do saber e atrapalham o funcionamento da instituição, numa correlação de forças que sempre lhes é desfavorável.

A importância dessas críticas é desvelar a própria natureza da psiquiatria. Elucidar essas críticas explicita a exigência dos médicos em busca do controle e da extensão de poderes no espaço hospitalar. Por outro lado, explicitam a fraqueza da psiquiatria como instância terapêutica dentro do hospício. O processo de crítica, de insatisfação, as propostas de reforma, longe de constituir um fracasso da medicina serviu como pivô para deflagar seu processo de expansão dentro do espaço hospitalar, sistematizando as práticas médicas. Instrumento terapêutico da psiquiatria desde o século XVIII, o hospício deveria ser uma máquina de curar. Essa incapacidade de curar serviu de apoio para a exigência de uma maior medicalização do hospício. As críticas se concentram principalmente na hierarquia de poderes dentro da instituição e da conformação do espaço físico.

As linhas que recompõem as estratégias de expansão do poder médico se desenvolveram na primeira metade do século XIX em Curitiba. Se até a criação do Hospício Nossa Senhora da Luz não percebemos um discurso médico pela construção de um hospício inserido nas reivindicações filantrópicas, através dos relatórios dos médicos-diretores percebemos a emergência do discurso psiquiátrico no interior da Caridade. Os relatórios dos

médicos-diretores nos ajudam a perceber os enunciados do discurso médico, como esses médicos diretores visavam indicar as falhas, apontar os erros e os responsáveis, bem como indicar as possibilidades de modificações estruturais e administrativas desse estabelecimento. A hipótese deste trabalho é que longe de denotar a falha da tecnologia asilar, essas reivindicações serviram exatamente para consolidar o poder médico.

Uma das primeiras críticas ao estabelecimento foi a falta de poder do médico dentro da instituição. O bom andamento da instituição depende da figura central do médico-chefe. A tese da *supremacia da direção médica*⁴²⁴ é imediatamente colocada nos primeiros anos de funcionamento do Hospício Nossa Senhora da Luz. Ele abre, como podemos perceber, um longo debate entre as prerrogativas respectivas dos limites entre o saber médico e a administração na gestão do hospital. Pequena república platônica, o asilo de alienados realiza a síntese entre o saber e o poder através da figura moderna do rei-filósofo que é encarnada na figura do médico-chefe. O médico seria o “*juiz natural de tudo que se passa num asilo de alienados*”, dizia Philippe Pinel.⁴²⁵ Nos estabelecimentos de benemerência, como o Hospital de Caridade, os médicos dificilmente tinham voz ativa. Havia focos de poderes concorrentes: os administradores, o tesoureiro, o zelador, o capelão, as irmãs de caridade, etc. No asilo, o médico deveria ser a lei viva, e tudo ser subordinado à competência médica. O poder médico deve ter uma extensão ilimitada.

⁴²⁴ Na Europa, desde o início do século XIX, os “inventores” do asilo psiquiátrico sempre defendiam a idéia da supremacia médica, isto é, de que tudo no hospício deveria girar em torno do Tratamento Moral orquestrado pelo médico-chefe. A própria idéia do “médico-chefe” é uma novidade no cenário hospitalar do século XIX. Sobre as discussões entre as questões médicas e administrativas Elias Renaudin escreveu em 1845 seu *Commentaires médico-administratifs*, em que defendia que a administração material do hospício deveria ser uma questão do âmbito da competência médica (Cf a discussão em CASTEL, op. cit, p. 150-152). Joel Birman também demonstrou que no asilo o médico-chefe não deveria apenas orquestrar o tratamento, mas a própria figura do médico, com sua moral inabalável, deveria servir de contraponto à desordem do alienado: “Para um diretor administrativo de um asilo, o indivíduo deveria possuir uma moralidade absolutamente íntegra, para impô-las aos loucos. [até mesmo] a *beleza física* também era uma dimensão que participava da imposição do bem contra o mal, contando como um aspecto da superioridade da equipe do serviço contra a inferioridade da loucura”. Cf. BIRMAN, op. cit, p. 399-400.

⁴²⁵ PINEL, op. Cit, p. 225.

Somente com a liderança médica absoluta é que o hospício deveria realizar um verdadeiro programa terapêutico. Orquestrando o tratamento moral, o médico não deveria limitar-se à terapêutica, mas, ele próprio, deveria ser o princípio regulador de um hospital de alienados, colocando tudo em movimento, tendo informações sobre tudo o que se passava no serviço, investido de uma autoridade que ninguém deveria subtrair. A circulação através de um sistema hierarquizado, no qual o médico se encontraria no topo do edifício, era a reivindicação que determinou a primeira linha de expansão do poder médico.

Essas críticas encontram suas justificativas por parte dos médicos, pois a prática psiquiátrica enfrentava, no seu dia-a-dia, obstáculos, zonas opacas de atribuição de poderes, uma série de entraves institucionais que relativizavam o poder médico exercido no interior do estabelecimento.

Partamos de uma evidência simples, o das *admissões*. O problema do médico como aquele que deve decidir sobre as admissões foi uma questão enfrentada em praticamente todos os grandes hospícios do período. Magali Engel, em *Delírios da Razão*, relata essa questão em relação ao Hospício D Pedro II, enquanto Yonissa Marmitt Waddi, analisando o Hospício São Pedro em Porto Alegre, também percebeu que esta era uma questão relevante para a psiquiatria.⁴²⁶ Portanto, uma questão que parece puramente técnica tem importância decisiva nas práticas hospitalares já que é o veredicto de um médico que deve autorizar a “admissão”.

Essa questão ainda nos parece decisiva porque é a entrada numa instituição psiquiátrica que define o próprio *status antropológico* do alienado, é com a entrada no hospício que o alienado é socialmente definido como tal, portanto não se trata apenas de uma questão burocrática e administrativa, mas uma questão de direção médica. Porém, se levarmos a fragilidade das classificações médicas no período, baseada na inexistência de

⁴²⁶ ENGEL, *Delírios da Razão*, p. 234-235; WADDI, Yonissa Marmitt, *O Palácio de Guardar Doidos*, p. 121

pavilhões de observação, podemos observar que se trata essencialmente de mais uma *estratégia* dos médicos.

A questão não é tematizada explicitamente nos relatórios. A *Lei de 1903*, ao demonstrar a preocupação como a arbitrariedade das internações efetuadas sob o requerimento dos provedores das Misericórdias, determinou que as decisões sobre as admissões deveriam ser efetuadas pelos médicos. Sempre que necessário, um *Juiz dos Interdictos* era designado para fiscalizar a legalidade das internações.⁴²⁷ Se a Lei de 1903 dava preponderância à função de *perito* dos psiquiatras, na prática eles pouco espaço dispunham nas decisões sobre as admissões. Em uma tese publicada na década de 1920, o dr. Olinia Franco Terra, em um dos primeiros trabalhos sobre Psiquiatria no Paraná, intitulado *Constituições Psychopáticas*, defende que “*Só ao alienista perito é dado descobrir os traços delicados das anomalias psychicas*”.⁴²⁸ Alguns anos antes, o dr. José Guilherme Loyola já defendia, no Rio de Janeiro, a preponderância da avaliação médica para determinar a presença, ausência ou simulação da loucura em *Livre Arbítrio e Simulação da Loucura*. Se José Guilherme Loyola buscava desqualificar outros saberes e validar a avaliação “*exclusiva*” do psiquiatra na decisão sobre a presença da loucura, Olinia Franco Terra defende a posição de *perito* do psiquiatra.

Perícia, portanto, era uma legitimação de competência técnica, relegada a um pequeno grupo de *especialistas*. Nesse sentido, o arquiteto e o urbanista também desempenham a função de “*perícia*”, já que das conclusões contidas num “*laudo técnico*” decorrem decisões de ordem prática. Portanto, é um raciocínio de estilo técnico que deve servir para tomar uma decisão ou determinar um destino. Quando o dr. Olinia Franco Terra defende que só o alienista perito é competente para descobrir os traços da loucura, ele veicula uma estratégia mais ampla desse processo. Fazendo da loucura uma decisão que é outorgada

⁴²⁷ Cf. ENGEL, p. 271.

⁴²⁸ TERRA, Olinia Franco, *Constituições Psychopáticas*. Tese apresentada a Faculdade de Medicina do Paraná, 1928

por especialistas autorizados, os médicos buscam cada vez mais uma burocratização da questão da avaliação, expropriando dos outros discursos, a autonomia de decisão.

Os médicos em geral, e os psiquiatras em particular, de certa forma desenvolviam essa estratégia de *autonomia*.⁴²⁹ Desqualificando outros discursos eles pretendiam transformar a loucura em uma questão que dependia de um raciocínio técnico, nas mãos de um pequeno grupo, e que determinaria o destino social de um terceiro. Mas, se essa discussão aconteceu na ordem teórica, isso significa que na prática os médicos ainda possuíam muitas dificuldades em impor sua autonomia.

No quadro institucional, isto não tinha muito reflexo, pois dentro do hospício, a supremacia era a do provedor da Misericórdia. Subordinado à administração da Santa Casa de Misericórdia, o médico-diretor do Hospício Nossa Senhora da Luz tinha sua atuação atrelada aos objetivos da Santa Casa de Misericórdia. Basicamente a forma de internação ainda continuava a ser aquela que havia sido fixada no *Compromisso da Irmandade*. Ou seja, o provedor da Misericórdia tinha a atribuição de requisitar o internamento, com base na solicitação da família ou, mais freqüentemente, dos Chefes de Polícia.

Prova disto é que ainda na década de 1920 são comuns as queixas em relação a existência de *indigentes* na instituição, já que o Asilo de Mendicidade São Vicente de Paula só foi inaugurado em 1926. Até esse momento, como vimos, o Hospício Nossa Senhora da Luz também servia como “abrigo de mendigos”. O próprio provedor da Santa Casa nesta época, Annibal Guimarães Carneiro, reclamava da existência de mendigos no Hospício

⁴²⁹ Em um estudo intitulado *Professional Dominance*, Elliot Freidson chamou de *Autonomia Profissional* essa característica da medicina em geral de buscar, através da desqualificação de outros discursos, consolidar sua própria autonomia a respeito de um objeto. Exibindo sinais exteriores de cientificidade e cultivando uma linguagem esotérica, os médicos, em geral, buscam aumentar a distância em relação a outros domínios através de um raciocínio técnico de questões que supostamente fazem parte de seu “domínio”. Cf. FREIDSON, Elliot. *Professional Dominance: a study in the applied Sociology of Knowledge*. New York, 1970. Essas questões estão bastante próximas dos estudos de Thomas Szasz sobre a construção da idéia de doença mental. Cf. SZASZ, Thomas. *A Fabricação da Loucura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978 e *O Mito da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

Nossa Senhora da Luz, dizendo que os Chefes de Polícia utilizavam o estabelecimento para “desafogar as ruas da capital desses elementos degradantes e perniciosos”⁴³⁰

Nessa organização, o médico possuía apenas o papel de consultor acerca do assunto e não de um especialista que, por sua competência, avaliaria a entrada ou a saída do louco em função dos critérios de sua doença. Essa questão tão ínfima revela, porém, como o médico tinha, dentro da instituição, seu papel limitado pela difusão de vários poderes concorrentes.

Outra necessidade para o bom funcionamento do hospício era a da existência de pessoal competente na lida diária com os loucos. Como se viu, num hospício, esse trato diário com os loucos, era feito pelos enfermeiros. Os enfermeiros eram aqueles que deveriam exercer uma função primordial dentro da organização asilar: a vigilância dos alienados. O enfermeiro profissional deveria acompanhar os loucos no seu dia-a-dia, em todos os seus momentos, nas enfermarias, nos passeios. Para tanto, ele deveria ser uma pessoa de capacidade intelectual elevada e de atribuições morais incorruptíveis, para servir de exemplo através da força física e intelectual, à desordem dos loucos. O enfermeiro deveria ser o braço direito do médico, compreendendo as suas funções e retransmitindo todas as informações para que o médico soubesse tudo o que se passava no hospício. No Hospício Nossa Senhora da Luz, assim como em outros estabelecimentos, o papel de enfermeiro foi exercido pelas irmãs de caridade. Em grande parte dos hospícios no Brasil, o papel de vigilância nunca foi exercido por enfermeiros profissionais, e quando este estava presente no hospício, era marcado pela brutalidade, pela violência e pela ignorância, bem distante da figura idealizada do *enfermeiro de alienados*, presentes em textos como no de Luiz Vicente De Simoni, que analisamos no capítulo anterior.

Em Curitiba, o Hospício Nossa Senhora da Luz, desde a sua fundação, contou com o trabalho das irmãs hospitaleiras da Congregação de São José de Chambéry. De origem francesa, da Savóia, essas irmãs vieram para o Paraná devido a solicitação do bispo

⁴³⁰ IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Relatório do Provedor Annibal Guimarães Carneiro apresentada a Assembléia Geral em 13 de janeiro de 1924*. Curitiba: Mundial, 1924, p. 09.

diocesano Dom José de Barros Camargo.⁴³¹ As irmãs Maria Lúcia (Jeanne Marie Rolland), Flávia (Virginia Borlet), Maria Francisca (Victoire Michel), Cristina (Gertrudes Werner) entre outras, abandonaram sua terra natal, Mourtiers, na Savóia, e chegaram ao Paraná em 1896, atuando na Santa Casa de Misericórdia.⁴³²

Coube a *mère* Maria Lúcia, a tarefa de organizar o serviço de assistência no Hospício Nossa Senhora da Luz. O serviço das irmãs de São José de Mourtiers sempre foi elogiado. Desprovidas de formação de um enfermeiro profissional de alienados, desempenhavam suas atividades de enfermagem psiquiátrica com notável dedicação cristã. Porém, no quadro de funcionamento de um hospício, esse serviço das irmãs de caridade constituía uma anomalia hospitalar. O serviço das irmãs é um governo paralelo concorrente ao poder médico.⁴³³ As irmãs de caridade eram as *diretoras* de fato, porque tudo estava subordinado ao seu serviço, fundando assim um governo paralelo. Os médicos não podiam colher informações precisas que um enfermeiro de alienados profissional estaria treinado a fornecer. Impossível, nestas condições, implantar uma cadeia de relações hierarquizada entre o pessoal do serviço, condição necessária para que a extração e a transmissão de informações convirjam para o corpo clínico e, especialmente, para o médico-diretor. Dessa forma, o governo das irmãs constitui um poder paralelo, que alija o poder médico e invalida a possibilidade de estabelecimento de uma hierarquia nos serviços, constituindo-se numa

⁴³¹ Sobre o papel das irmãs de São José nos serviços de enfermagem no Paraná no início do século XX. Cf. PIZANI, Maria Ângela. *O cuidar na atuação das Irmãs de São José de Mourtiers na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. 1896-1937*. Curitiba: Tese (Doutorado em História, UFPR), 2005.

⁴³² Ibid.

⁴³³ Essa crítica das irmãs de caridade no interior do hospício já data, na literatura psiquiátrica, do século XIX. Teixeira Brandão era um dos grandes críticos a esse modelo de atendimento hospitalar feito pelas irmãs de caridade e não por enfermeiros de alienados profissionais. Segundo Brandão, a existência de irmãs de caridade no hospício constituía uma anomalia hospitalar. Ele criticava, em suma, o desvirtuamento das irmãs de caridade na hierarquia do serviço já que as informações dos médicos dependiam das irmãs. Cf. BRANDÃO, T. Os alienados no Brasil, 1886, op. cit, para a discussão entre médicos e irmãs de caridade, que era um dos argumentos centrais da desanexação do Hospício D. Pedro II da Santa Casa. Cf. SILVA, P. O Hospício D. Pedro II e a desanexação da Santa Casa de Misericórdia. *Cadernos de Psiquiatria Social*, Op cit, p. 22.

“anomalia hospitalar” como já observava Teixeira Brandão em relação ao Rio de Janeiro algumas décadas anteriores.

Portanto, não era o serviço das irmãs que era criticado, pois sua atuação nos quadros da caridade sempre havia sido elogiada pelos médicos. Porém, é a própria existência das irmãs que constitui um problema já que, tomando como referência a *tecnologia alienista*, o governo das irmãs constituía em si uma *anomalia hospitalar*. Essa crítica já fazia parte das argumentações dos alienistas desde o final do século XIX e a existência das Irmãs de Mourtiers no Hospício Nossa Senhora da Luz denota que o principal problema da supremacia médica no asilo era a difusão de poderes paralelos no espaço hospitalar.

Esses problemas arrolados até agora demonstram que apesar do hospício ser construído nitidamente segundo os princípios da tecnologia alienista seu funcionamento encontra zonas de opacidade, divergência de poderes, zonas mal definidas de atribuições. O Hospício Nossa Senhora da Luz é uma forma híbrida de estabelecimento dominado pela racionalidade das Caridades e de uma tecnologia asilar. Prova disto é que a atuação dos médicos sempre esteve subordinada aos objetivos da Misericórdia e à supervisão do Provedor da Santa Casa.

É a inserção do discurso médico nos domínios da caridade que produziu a riqueza do Hospício Nossa Senhora da Luz, sua especificidade enquanto um estabelecimento asilar ainda demarcado pela lógica de uma tecnologia da Caridade. Por muito tempo, o Hospício Nossa Senhora da Luz permaneceu subordinado às finalidades da Mesa da Irmandade de Misericórdia. O encargo de administrar o Hospício caberia a Santa Casa de Misericórdia, administração, portanto, que estava subordinada aos vários agentes da administração superior da Santa Casa: o provedor, o tesoureiro, os mordomos, etc. Cabia à Mesa eleger o diretor do Hospício. Dessa forma, o médico encontra-se numa teia de poderes sobre o louco em que a exigência médica, que deveria ocupar a supremacia no espaço hospitalar, estava diluída em uma série de entraves, burocracias, regulamentos etc. Era essa ambigüidade entre as finalidades da administração da Santa Casa e a ambição médica, que era apontada pelos

médicos como principal fator da ineficiência do hospício em constituir-se como um instrumento terapêutico.

Embora a questão da competência médica estivesse no centro das questões, esse debate estava diluído nas reivindicações mais gerais quando os médicos-diretores apresentavam seus relatórios. Como eram relatórios administrativos, que os médicos apresentavam ao provedor da Santa Casa de Misericórdia, a questão da busca por mais poderes dentro da instituição encontrava-se diluída nas inúmeras reclamações sobre a superlotação, a falta de recursos, a falta de médicos, etc. A incapacidade do hospício de cumprir suas finalidades terapêuticas era o principal enfoque para exigir mais condições necessárias a maior medicalização do hospício. Essas reclamações centravam-se em alguns temas mais recorrentes, como a falta de condições de higiene das enfermarias, a superlotação, as deficiências físicas e estruturais do estabelecimento (como a falta de abastecimento de água potável), a existência de uma população estranha aos objetivos de um asilo de alienados (o hospício também recebia alcoolistas e indigentes numa ala especial) e a falta de aparelhamento necessário para as terapêuticas. Por trás desse tipo de documentação administrativa, podemos perceber a lenta constituição das práticas psiquiátricas. O dr. Rodolfo Pereira Lemos expressa bem essa busca pela supremacia médica no espaço hospitalar, quando escreve “deve-se ter sempre em vista conserval-o (o hospício) como *carácter therapeutico* e de meio hygiênico.”⁴³⁴

Uma das grandes preocupações dos médicos era a questão da *superpopulação*. Este problema já era anunciado pelo primeiro médico-diretor do hospício, o Dr. Rodolfo Pereira Lemos, em meados da década de 1910.

Nos restrictos limites deste relatório encontrará V. Exa o comprimento das disposições regulamentares e algumas considerações que me sugere das disposições dos factos ocorridos durante o anno de 1912. Que vos poderei dizer senão aquillo que há dois annos passados eu clamava perante a esclarecida administração desta casa? De anno para anno augmentam o número de alienados, superpovoando o hospício e arrastando comsigo toda a seqüência de fatctos predudiciaes que lhe advém. As salas não mais comportam os doentes e os pateos de

⁴³⁴ IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Relatório do médico-diretor Rodolfo Pereira Lemos*, 1912, p. 24

recreio não distoam da confusão perigosa dos dormitórios. Durante o dia, ao lado do delinquente perigoso, vive em comum, o doente calmo. E a noite, na mesma enfermaria, encontra repouso sempre ameaçado por qualquer acto impulsivo.⁴³⁵

Essa descrição é um dos primeiros documentos que demonstram a distância entre aquele *Templo de Caridade* que os jornais da época noticiavam e os problemas reais da instituição psiquiátrica. Infelizmente, os relatórios do período anterior a 1911 foram perdidos, apenas os relatórios da Irmandade de Misericórdia a partir da década de 1910 a 1930 foram conservados na Divisão de Documentação Paranaense da Biblioteca Pública do Paraná. Se até 1912 o relato sobre o Hospício Nossa Senhora da Luz teve que ser reconstruído, sobretudo, com fontes exteriores à instituição como Mensagens dos governadores ao Congresso Legislativo, jornais, relatórios dos Chefes de Polícia e dos Secretários dos Negócios do Interior, Justiça e Instrução Pública, a partir desse período temos informações mais exatas sobre o cotidiano da instituição. Assim, sabemos que no início do seu funcionamento, a instituição não chegava a receber uma centena de alienados. Porém, esse número aumenta consideravelmente já na virada para a década de 1910. Rodolfo Pereira Lemos informa em 1912 a situação do estabelecimento:

Se computardes a estatística junto a este, vereis que o movimento geral do asylo de alienados foi de 317 doentes, apesar dos nossos pavilhões só comportarem 150. Nos dois pavilhões para homens estiveram recolhidos cerca de 184 doentes, isto é, 84 excedendo a lotação; e no das mulheres que é apenas um, foram internados 133 ou mais de 83 do número para o qual foi construído.⁴³⁶

Rodolfo Pereira Lemos, fazendo referência a Duprat, analisa que as principais causas do aumento do número de alienados, nesse período entre o final do século XIX e início do século XX, era “o progresso como factor de desequilíbrio mental”⁴³⁷. Como vimos no

⁴³⁵ Ibid, p. 21.

⁴³⁶ Ibid.

⁴³⁷ Ibid.

capítulo anterior, um dos temas recorrentes entre os alienistas do século XIX era a reflexão sobre as relações entre o progresso da civilização e o aumento do número de alienados. Quando mais civilizada fosse uma sociedade, mais estímulos ela criaria, mais frustrações e, conseqüentemente, maior era a incidência da loucura. Rodolfo Pereira Lemos atesta estar de acordo quando analisa os fatores que levavam ao aumento do número de alienados em Curitiba, atribuindo a repentina proliferação de loucos ao progresso da civilização. Segundo ele,

Há quatro annos atraz, o Hospício era sufficiente e preenchia os fins para o qual estava destinado. Entretanto, já não acontece o mesmo na phase progressista que atravessamos, em que a vida agitada e a luta violenta pela existência sucederam a serenidade d'outros tempos. (...) é justo que na observação de nosso evoluir repentino, divisemos também as causas de augmento dos nossos alienados⁴³⁸

Se o progresso era um dos principais fatores para o aumento dos alienados, as conseqüências diretas do impacto da superpopulação já se faziam sentir no início da década de 1910:

Não é preciso grande reflexão para julgar os males originados pelo superpovoamento do asylo. A hygiene é sacrificada pela impossibilidade de uma limpeza rigorosa, e o aspecto das salas em que se accumula toda a gente alienada é o mais desagradável possível. Durante o dia, quase todos os recolhidos são transportados para os pateos de recreio, porém, quando acontece chover, não podendo lançar mão deste derivativo, as salas ficam transbordantes, causando uma má impressão pela deficiência do asseio que se não pode conseguir de modo absoluto. O snr. Provedor bem sabe que uma das causas da tuberculose é a vida em promiscuidade e a existência de meios confinados. Pois bem, foi bastante apparecer entre as mulheres um único caso, para que se tenha por contágio desenvolvido em outras. A tuberculose também faz suas devastações nos asylos, máxima entre estes doentes, que são excellentes meios de cultura. Não há asylo onde ella não appareça, e, portanto, outra rasão para lhes oppormos uma barreira, evitando uma causa que conhecemos. O dr. Juliano Moreira, em seu relatório de 1905, queixava-se ao snr. Ministro do Interior dizendo que o superpovoamento é um mal que deverá ser evitado, embora a custa de maiores sacrificios. Elle restringe a attenção devida a todo alienado, obriga a uma vigilância que torna impossível e facilita as inclinações doentes e o livre curso das idéias delirantes.⁴³⁹

Esses médicos não apenas identificam os problemas, mas discutem orçamentos, elegem seus inimigos, propõem questões práticas para o estabelecimento. Assim, o Dr.

⁴³⁸ Ibid.

⁴³⁹ Ibid, p. 22.

Pereira Lemos, como pudemos perceber por essas poucas linhas, reivindicava uma série de transformações para que o Hospício Nossa Senhora da Luz se tornasse um instrumento terapêutico. Em 1913 ele propôs a mudança da denominação “Hospício” para “Hospital Psiquiátrico”, considerando-a mais humanitária⁴⁴⁰ Ele também solicitava a retirada dos meios de contenção mecânicos, as chamadas “casas-forte”, afirmando que no Hospício não deveria haver nada que “retirasse a ilusão de liberdade”⁴⁴¹ Como pudemos observar, Rodolfo Pereira Lemos é um médico-filósofo na linha dos alienistas do século XVIII que se inspirava claramente nos princípios do humanismo pineliano. Ele era um dos primeiros médicos no cenário hospitalar daquela Curitiba acanhada, que propunha empregar no hospício os procedimentos do tratamento moral:

Devem elles ter passeios, jogos, e entretenimentos, não como meio exclusivo de passar o tempo e distrahir o espírito, mas intermeados de uma occupação útil qualquer, para não se tornarem fastidioso. O trabalho, lei universal da natureza para a saúde, tanto do corpo como do espírito, é especialmente benéfico para os loucos, visto que substitue as idéias por novos e salutareos pensamentos, revive o hábito familiar de actividade diária, restaura a estima própria e a personalidade, mostrando ao paciente que é elle útil para alguma cousa, ao mesmo tempo que lhe promove a saúde do corpo. A occupação para fora de casa é, sem dúvida a melhor e os trabalhos de agricultura e jardim são meios inestimáveis, tanto para os amadores como para artistas. A cozinha e a lavanderia são lugares para trabalho de doentes de classe inferior ao passo que as occupaões de carácter mais elevado são próprias principalmente para os que estão habituados com ellas. O cuidar dos seus companheiros até onde for isso possível e sem perigo é optima occupação e distracção actuam em grande parte de doentes, como soberanos remédios contra hábitos de destruição.⁴⁴²

Na medida em que os médicos vão se sucedendo a riqueza de detalhes que encontramos nos primeiros relatórios também vão desaparecendo. Os relatórios dos médicos como José Guilherme Loyola são mais sucintos, resumindo-se a informações práticas sobre o movimento de alienados e contendo algumas reivindicações gerais sobre algum problema estrutural do estabelecimento. Não se encontram, como nos relatórios de Rodolfo Lemos,

⁴⁴⁰ IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Breve Histórico da Fundação e Evolução do Hospital Nossa Senhora da Luz*, op. cit

⁴⁴¹ Id, ibid.

⁴⁴² IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Relatório do dr. Rodolfo Pereira Lemos*, p. 23.

referências aos alienistas como Pinel, Esquirol, J.-P Falret e outros e nem expressam o humanismo psiquiátrico dos primeiros tempos.

Outra questão que aparece constantemente nos relatórios dos médicos-diretores do Hospício Nossa Senhora da Luz são as queixas em relação às deficiências do estabelecimento. Se o hospício sofria diariamente com a superpopulação, com a promiscuidade entre os pacientes e com a falta de recursos, não havia como organizar convenientemente o espaço terapêutico. Nesse sentido, tornava-se fundamental, dotar o estabelecimento da infra-estrutura necessária para que o hospital pudesse funcionar convenientemente. Desde as primeiras épocas de funcionamento do hospício, já se apontavam as deficiências do estabelecimento. As imperfeições e deficiências do estabelecimento acarretavam em graves problemas do cumprimento de suas atividades, agravado ainda mais pela superpopulação. Sem uma distribuição metódica, sem uma classificação científica, com excesso de pacientes, o hospício não curava. Rodolfo Lemos, como vimos, acreditava que devido a superpopulação, os médicos não conseguiam fazer um acompanhamento individualizado de cada paciente, o que dificultava o tratamento. A exigência de um espaço bem distribuído para a observação das doenças era uma das prerrogativas para transformar o hospício em um lugar de cura.

Se o estabelecimento era prejudicado pela falta de pavilhões era comum ser requisitado pelos moradores da região que procuravam o estabelecimento em busca de remédios ou para efetuar pequenas cirurgias. O diretor José Guilherme Loyola, em seu relatório de 1924, descrevia essa situação:

Já cansei, snr. Provedor, de bater na mesma tecla da organização do serviço de assistência urgente, um desdobramento da assistência pública, o qual positivamente não compete à assistência hospitalar, que não pode ser transformada em hospital de prompto-socorro, isto é, em hospital intermediário, onde o accidentado da rua é pensado, permanecendo a noite para ser transportado no dia seguinte para a respectiva residência, ora para o Hospital Geral. Estes casos perturbam, extraordinariamente, o silêncio que deve reinar em nosso recolhimento.⁴⁴³

⁴⁴³ IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Relatório do diretor clínico do Hospício Nossa Senhora da Luz, José Guilherme Loyola*, 1924, p. 24.

Este trecho relata a dificuldade do hospício em cumprir suas obrigações. Frequentemente eram levados para lá os *doentes acidentais*, isto é, aqueles que sofriam de fraturas ou outras doenças alheias ao objetivo da instituição, e que transformavam o hospício, segundo dizia o diretor, em um Pronto-Socorro, o que perturbava a verdadeira finalidade do hospício de tratar dos alienados. Em 1928, o dr. Guilherme Loyola propõe a administração da Santa Casa a construção de uma ala separada no Hospício para que sirva de assistência aos que procuram o estabelecimento, para que estes não precisem atravessar os pátios até chegar no pavilhão de tratamento para receber os curativos:

Em vista do número sempre crescente de doentes que procuram o hospital em busca de medicamentos para tomar em suas casas ou que aqui vêm para curativos de pequena cirurgia, urgente se fazia criar uma nova e independente instalação, onde pudessem ser feitos esses serviços com mais de desembaraços em que fossem obrigados, como até aqui, a atravessar todo o edifício para chegarem a sala de curativos, que era a mesma para os internos.⁴⁴⁴

Mas não eram apenas estas dificuldades que colocavam um empecilho às finalidades do hospício. Frequentemente ele passou por problemas nas instalações. Em 19 de fevereiro 1916, um incêndio destruiu completamente o pavilhão onde estavam instalados a cozinha, o depósito de mantimentos, e o gerador de energia elétrica.⁴⁴⁵ Esse pavilhão foi completamente destruído. Algumas fotografias da época mostram as dificuldades geradas para suprir essa deficiência, onde se cozinhava as refeições em pequenos fogareiros improvisados no pátio do estabelecimento. A reconstrução do edifício incendiado foi bastante lenta. A empresa Parolin & Irmãos foi responsável pela reconstrução. O pavilhão incendiado foi transformado em uma seção onde funcionavam a farmácia, a lavanderia, a rouparia e a residência do médico. A cozinha e a sala de máquinas foram construídas em um local completamente separado. Além disso, até o final da década de 1920, o Hospício Nossa Senhora da Luz não era dotado de um

⁴⁴⁴ 444 IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Relatório do diretor clínico do Hospício Nossa Senhora da Luz*, José Guilherme Loyola, 1928, p. 23.-24.

⁴⁴⁵ VAN ERVEN, op. Cit, p. 11.

sistema de água encanada. O abastecimento era feito pelos próprios internos que carregavam os baldes de água a grande distância, como relatou o dr. Guilherme Loyola :

Será necessário melhorar o abastecimento d'água, que como está não é suficiente mesmo para a hygiene do hospício, que tem que recorrer ao antiquário regimem da água de poço, tirada aos baldes e carregada á grande distância, pelos empregados e doentes aproveitáveis em tal serviço. É triste confessar tamanha pobreza, mas é verdade!⁴⁴⁶

As dificuldades arroladas nos relatórios em relação às deficiências estavam ligadas a incapacidade, diante de tais condições precárias, do hospício cumprir sua função terapêutica. Já alguns anos após a construção da segunda sede do Hospício Nossa Senhora da Luz, começaram a surgir os pedidos pela construção de outras alas e pavilhões. Durante quase duas décadas os pedidos se sucedem monotonamente. Sem uma organização conveniente, os médicos não conseguem fazer com que haja uma hierarquia do pessoal do serviço em que as informações do que se passa na enfermaria convirjam direto para o médico-diretor. A deficiência arquitetônica também começa a ser veiculada nos relatórios. Cada vez mais se reivindica a construção de pavilhões de observação, ampliação de alas visando sanar o problema da superpopulação:

O Hospício Nossa Sra da Luz, apesar de toda boa vontade da nossa administração ainda carece de melhoramentos. Ainda que muito modestamente foi em meados do anno inaugurado a enfermaria de neurologia, que recebeu o nome de *Dr. Austregésilo*, preciso se faz que dotemos de uma boa secção de hydro e electroterapia. É uma falta que salta aos olhos do visitante menos arguto. Vamos aos poucos, mas marchando sempre para diante em pouco tempo *estarmos mais aproximados para o fim a que propomos*. Um estabelecimento como o nosso Hospício nunca deveria ser de iniciativa particular, pois cabe ao governo o saneamento social dos governados. Não tivéssemos tomado sobre os hombros tão duro encargo há muito teria o nosso Estado cuidado desse serviço mesmo antes do Leprosário São Roque e do Sanatório São Sebastião para tuberculosos. *Uma vez que poupamos o Estado de um serviço desta monta*, indispensável se faz que o Governo Estadual augmente o auxílio afim de podermos melhor tratar a cura dos doentes que nos são entregues.⁴⁴⁷

⁴⁴⁶ ⁴⁴⁶ IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Relatório do diretor clínico do Hospício Nossa Senhora da Luz*, José Guilherme Loyola, 1923, p. 82.

⁴⁴⁷ IRMANDADE DE MISERICÓRDIA. *Relatório do médico-diretor José Guilherme Loyola*, p. 106. (sem grifo)

Além das costumeiras reivindicações por novas salas e pavilhões que proporcionariam uma melhor seleção e classificação dos doentes há toda uma série de elementos os quais esses relatórios são ricos em detalhes. Em primeiro lugar, o princípio do isolamento do louco, uma dos elementos primários da tecnologia alienista. Localizada no final da Rua São José, o hospício pôde cumprir perfeitamente o papel de isolamento. Como vimos o *isolamento terapêutico* do louco se justifica no nível da ruptura com o mundo externo, das causas que originaram a desordem do louco, pois o “hospício separa o louco das causas da loucura, inscrita na sociedade, e principalmente na família”.⁴⁴⁸ Cumprindo seu papel externo (isolar o louco), o hospício, no entanto, não cumpre sua tarefa interna (curar o doente). Ainda que modestamente aparelhado, o hospício, segundo o médico-diretor José Guilherme Loyola, ainda não cumpria o fim a que estava destinado. Loyola, numa afirmação que não terá continuidade nos outros relatórios, observa no trecho acima que o papel do cuidado dos alienados deveria ser um encargo do Estado. Já que o Estado havia se encarregado dos leprosos e dos tuberculosos, criando instituições como o Leprosário São Roque e o Sanatório São Sebastião, também deveria encarregar-se com um estabelecimento especial. Porém, como vimos, o encargo do cuidado com os loucos ainda era uma função da Santa Casa de Misericórdia. Os médicos do Hospício Nossa Senhora da Luz insistirão nesse ponto, a “tarefa”, o “fardo” do cuidado com os loucos era fruto da “boa vontade” dos médicos, que colocavam sobre seus ombros todo o peso desta responsabilidade. Nessa trama de discursos, mais uma vez os médicos reivindicam mais poderes dentro da instituição. Uma vez que cabe aos médicos o encargo da loucura, era preciso maior poder dentro da instituição, “*afim de melhorar e tratar a cura dos doentes que nos são entregues.*”⁴⁴⁹

Desde os primeiros relatórios de Rodolfo Lemos, os médicos do Hospício Nossa Senhora da Luz sempre argumentaram que *um hospício organizado é o melhor remédio para as doenças mentais*. Princípio básico da tecnologia alienista, o asilo organizado era

⁴⁴⁸ MACHADO, op, cit, p. 430

⁴⁴⁹ IRMANDADE DE MISERICÓRIDA. *Relatório do médico-diretor José Guilherme Loyola*, Op. cit..

exatamente uma das metas mais distantes da realidade daqueles médicos. Transformar o espaço caótico e as anomalias hospitalares em um “ambiente terapêutico” capaz de tratar e curar, pela própria racionalidade do espaço hospitalar, era a tarefa almejada pela psiquiatria paranaense no início do século XIX. Para isso, os médicos desenvolveram suas críticas e sobretudo suas estratégias de expansão dentro do espaço hospitalar ainda dominado pela Caridade das Misericórdias.

Nos primeiros anos de funcionamento do Hospício Nossa Senhora da Luz havia muitas dificuldades em relação a organização do estabelecimento segundo os princípios de uma tecnologia alienista. A confusão das enfermarias, a superlotação, os limites do poder médico acarretavam na ineficiência do hospício no seu papel de *curar* os loucos. Ainda nas primeiras duas décadas de funcionamento do hospício, as técnicas de tratamento ainda eram muito precárias. Se os primeiros anos de funcionamento do Hospício Nossa Senhora da Luz ainda encontravam diversas dificuldades, a década de 1930 foi o momento em que se começaram a ser empregadas as modernas técnicas de tratamento que chegavam ao país. Procedimentos que eram adotados no exterior eram rapidamente incorporados na prática terapêutica do Hospício Nossa Senhora da Luz. Em geral, após um ou dois anos depois de uma técnica ser experimentada em hospícios como o Juquery, esses procedimentos já encontravam adeptos no hospício paranaense.

O início da década de 1930 marcou a chegada das chamadas terapias biológicas. A *malárioterapia* era, nesse sentido, um dos procedimentos mais notáveis. Consistia na inoculação de sangue de doentes maláricos, colhidos preferencialmente nos períodos de pico febril. O sangue, contendo *plasmodium vivax*, era utilizado para induzir a febre em pacientes da doença de Bayle. O método, que chegou em São Paulo na década de 1930, foi utilizado no

Hospício Nossa Senhora da Luz quase na mesma época.⁴⁵⁰ Tácito Almeida Meirelles, em sua tese de 1934, descreve o procedimento em *Malariotherapia na doença de Bayle*.⁴⁵¹

Logo em seguida, as febres induzidas pelas chamadas terapias biológicas foram substituídas pelos tratamentos químicos. O cardiazol, substância que provocava convulsões, tornou-se um das grandes preferidos dos médicos em meados da década de 1930. O alemão Von Meduna utilizou pela primeira vez o cardiazol em 1936 em pacientes esquizofrênicos. Neste mesmo ano, os pacientes do Juquery em São Paulo foram submetidos ao *choque cardiazólico*, também conhecido como Método Von Meduna.

Dois anos depois, Luiz Trindade da Silva, relatou o procedimento entre os pacientes do Hospício Nossa Senhora da Luz, em sua tese intitulada *Esquizofrenia e Terapêutica pelo método Von Meduna*.⁴⁵²

Outro método que foi utilizado entre os pacientes do Hospício Nossa Senhora da Luz em meados da década de 1930 foi a chamada *Insulinoterapia*. Esse método consistia em provocar um coma hipoglicêmico através do emprego de insulina. Em vários hospícios a insulinoterapia, também conhecida como Método de Sakel, foi utilizada simultaneamente ao choque com cardiazol.

No final dos anos de 1930, os choques convulsivos através de substâncias químicas foram substituídos pelos choques elétricos. Os italianos Cerletti e Bini foram os responsáveis pela criação da *Eletroconvulsioterapia*. A seção de eletrochoque foi introduzida no Hospício Nossa Senhora da Luz nos anos 1940.⁴⁵³

Se até a década de 1910, o dr. Rodolfo Pereira Lemos ainda era um dos adeptos do Tratamento Moral, nas décadas de 1930, o hospício assistiu a chegada das terapias biológicas

⁴⁵⁰ URQUIZA, Lygia Maria de França *Um tratamento para a loucura: contribuição a história da emergência da prática psiquiátrica em São Paulo*. Campinas: Dissertação (mestrado em Clínica Médica, UNICAMP), 1991.

⁴⁵¹ MEIRELLES, Tácito. *Malariotherapia na doença de Bayle*. Curitiba: Tese apresentada a Faculdade de Medicina do Paraná, 1934.

⁴⁵² SILVA, Nilo. *Esquizofrenia e terapêutica pelo método de Von Meduna*. Tese apresentada a Faculdade de Medicina do Paraná, 1938.

⁴⁵³ VAN ERVEN, p. 34.

e convulsivas. No início do seu funcionamento, as terapias descritas eram a *clinoterapia* (repouso), *laborterapia* (trabalho) e a *balneoterapia* (terapia utilizando a água em forma de duchas e banhos). Na década de 1930 houve a introdução dos mesmos métodos em voga em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro. As técnicas utilizadas em outros hospitais brasileiros, como o Juquery, rapidamente eram incorporadas no hospício curitibano. A *Malarioterapia*, a *Insulinoterapia*, o *choque cardiazólico* e a *eletroconvulsioterapia* eram as grandes técnicas que eram utilizadas em meados da década de 1930. Elas demonstram, por outro lado, uma necessidade de cura rápida, tendo em vista a superpopulação dos hospícios e a alta rotatividade de pacientes. Uma seção de eletrochoque, por exemplo, em um único ano, poderia promover mais de 4.000 aplicações, segundo o estudo sobre essas técnicas feito pela psiquiatra Lygia Maria de França Urquiza. Quando observamos as descrições desses métodos entre os pacientes do Hospício Nossa Senhora da Luz, essa preocupação com a cura rápida se expressa nos termos “remissão completa” “cura social” e “rápida recuperação” que sempre se encontrava nas conclusões das observações.

Essa última etapa de chegada das terapias biológicas, das terapias convulsivas e do eletrochoque demonstram que rapidamente o Hospício Nossa Senhora da Luz adquiriu, em suas práticas, a finalidade de *tratamento e cura* dos alienados ao invés do *cuidado e assistência* caracterizadas pelo tratamento dos alienados no Hospital de Caridade até o final do século XIX.

A intenção deste trabalho foi demonstrar que a mudança de um cenário para o outro, bem como as estratégias desenvolvidas, revelam uma trama em que é possível perceber o deslocamento de uma *paisagem da caridade* para uma *tecnologia alienista*. Os primeiros trinta anos são exemplares para demonstrar como se deu a consolidação dessas práticas. Mas, poder-se-ia estender esse foco para os anos subseqüentes. Esta história não tem um desfecho numa data exata. Não é possível determinar uma data limite em que práticas embrionárias se consolidaram e deram origem *finalmente* a um hospício organizado e em pleno

funcionamento de acordo com suas finalidades terapêuticas. Não houve um produto acabado, apenas a disposição de peças. Conforme a disposição das peças ia mudando, a maquinaria asilar produzia certos efeitos. As dificuldades de transposição do modelo ideal para as práticas concretas e suas precariedades demonstram apenas que práticas embrionárias, ainda dispersas, se desenvolviam em busca de uma fórmula decisiva. Essas práticas, desenvolvidas pelos primeiros médicos-diretores do Hospício Nossa Senhora da Luz, foram essenciais para a consolidação do discurso psiquiátrico no Paraná. Tais práticas ainda encontram suas ressonâncias no presente. Visitar o Hospício Nossa Senhora da Luz, quase cem anos após esses eventos, ainda nos revela as forças dessa trama. Ainda hoje essa maquinaria asilar pode funcionar. Com uma pequena mudança nas disposições das peças, o asilo permanece no presente, assim como há cem anos, como uma máquina de curar.

4.4.4. UM BALANÇO GERAL DAS PRÁTICAS PSIQUIÁTRICAS NO HOSPÍCIO NOSSA SENHORA DA LUZ

O Hospício Nossa Senhora da Luz passou por uma série de transformações nos primeiros trinta anos de funcionamento. A conquista do poder médico exigiu a definição de estratégias de consolidação de sua ciência. Os médicos, em seus relatórios, identificaram problemas, nomearam inimigos, propunham soluções. Para este embate, eles tinham que dizer quem eles eram e quem queriam ser. Para se confrontarem com outros atores sociais, eles tinham que legitimar seu discurso. Contra quem lutam, o que querem, quem são seus alvos preferenciais, quais os instrumentos de seu saber, quem são seus aliados eram questões que se tornavam evidentes na medida em que a problemática da loucura se deslocava da Santa Casa de Misericórdia para o Hospício Nossa Senhora da Luz.

Movimento lento, sem conquistas permanentes, em que se vislumbra, através das críticas contidas nos relatórios dos médicos-diretores, a crescente ambição de expansão do poder médico na instituição de Caridade. Entre as possíveis conclusões desse estudo é que o

Hospício Nossa Senhora da Luz era um campo de batalha, que permitiu perceber um saber ainda em formação, em que se assistiu a emergência de um discurso e a legitimação de uma classe de médicos. O Hospício Nossa Senhora da Luz é uma forma híbrida. Construído para ser uma máquina de curar, ela era ainda regida pelos princípios da tecnologia da Caridade.

Analisar os relatórios dos médicos-diretores nos permite vislumbrar o embate entre duas visões da loucura, a dos filantropos da Irmandade de Misericórdia e a dos médicos alienistas. Foi a tentativa de transformar a loucura como objeto exclusivo da medicina e de transformar o Hospício num instrumento terapêutico que definiu as estratégias de consolidação desse saber médico. Esse trabalho visou compreender essa trama, desmembrada em duas cenas: a primeira foi a construção do discurso sobre a necessidade de um espaço específico para a loucura, o hospício, trazendo para o cenário da Curitiba do final do século XIX e início do XX, a problemática da instauração de um estabelecimento especial. As diferenças entre a implantação de um hospício na Curitiba dessa época em relação ao Rio de Janeiro foi o objeto da primeira cena. O segundo ato da trama se desenvolveu na busca da tentativa de seguir as pistas da consolidação do discurso psiquiátrico. Esse segundo ato foi marcado pelas dificuldades de análise, já que os médicos responsáveis pela construção das primeiras práticas psiquiátricas nos deixaram poucos textos. Seus textos eram, sobretudo, críticas à administração da Santa Casa de Misericórdia. Esse movimento enuncia a emergência do discurso médico no interior da Santa Casa de Misericórdia.

É uma guerra sem batalhas visíveis, travada no interior da instituição, em que os atores se movimentam a maneira das peças de um tabuleiro de xadrez. Este movimento, marcado pelas críticas, demarca a ambição médica de maior controle dentro da instituição da qual fazem parte. A extensão geográfica e administrativa dos médicos no cenário do Hospital pode ser reconhecida como esse primeiro movimento de expansão tática dos domínios do saber psiquiátrico.

Foi necessário partir de muito longe no tempo, analisando a constituição da tecnologia alienista no final do século XVIII para entender a construção de práticas psiquiátricas, mais de cem anos depois, no Hospício Nossa Senhora da Luz. Estas práticas ainda encontram seu eco no presente. Os atuais médicos da instituição, que dizem que o hospício (ou hospital psiquiátrico, para modernizar o termo) deixou de ser um “abrigo de doentes para tornar-se um moderno centro psiquiátrico” não fazem mais do que reiterar o velho axioma alienista no qual o hospício é uma verdadeira máquina de curar. O hospício deve curar, mas essa não era sua principal vocação. Nem sempre se curava o louco num asilo de alienados. Com suas pesadas edificações, o hospício demarcava as fronteiras entre o normal e o patológico, ensinando que era bom e prudente: *não ser louco*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos quatro capítulos que compuseram este trabalho, dividido a partir de três partes, tentou-se reconstruir os caminhos que levaram à constituição do saber psiquiátrico e o processo que culminou na constituição de um espaço institucional diferenciado para o controle do louco. Em primeiro lugar procurou-se mapear a emergência dos problemas políticos e epistemológicos enfrentados pela psiquiatria européia no final do século XVIII. Em seguida, buscou-se compreender a instituição da psiquiatria brasileira, como ela dialogava com as referências alienistas da França, como surgiu o hospício no cenário brasileiro. Finalmente, localizamos uma instituição específica, o *Hospício Nossa Senhora da Luz*, para tentar compreender, nesse espaço, a constituição do saber psiquiátrico e da formação da tecnologia hospitalar em que o hospício tornou-se um *instrumento de cura*. Este percurso foi marcado por entradas híbridas, caracterizadas pelo vai-e-vem e o tom ziguezagueante da escrita e exposição. O trabalho, nesse sentido, poderia muito bem ser escrito na ordem inversa da redação final desse texto, já que a composição dos capítulos obedeceu a ordem inversa da pesquisa.

O tempo de maturação e escrita deste trabalho foi também o de convívio diário em instituições médicas, arquivos públicos e no próprio Hospício Nossa Senhora da Luz. Entre os possíveis resultados que este trabalho pode anunciar é que a conquista prática de uma instituição hospitalar pela medicina foi produto de um lento processo de negociações e permutas entre os médicos e diversos outros poderes. A constituição de uma tecnologia asilar, portanto, é *menos uma evidência, uma transposição, do que um processo*. Daí a riqueza de uma instituição asilar sem nenhuma expressão no cenário nacional e internacional, para elucidar o emaranhado de tramas que produz certos efeitos na medida em que as peças da maquinaria vão sendo dispostas: a constituição de um espaço, o reconhecimento do louco como doente, a emergência de um grupo de profissionais, demarcam essa maquinaria social.

A tecnologia asilar é, portanto, o que unia três dimensões num *triângulo disciplinar*: o louco, o asilo e o alienista.

Neste trabalho procuramos evidenciar a constatação de que um mesmo processo histórico ocorrido na sociedade paranaense do século XIX se operava em nível mundial. Situados à margem dos grandes centros do saber psiquiátrico brasileiro e internacional, os médicos curitibanos desenvolviam suas estratégias para consolidação do saber psiquiátrico. Essa abordagem permitiu ir além das preocupações inerentes à história regional e compreender, através do Hospício Nossa Senhora da Luz, um processo mais amplo que aqui definimos como constituição da *tecnologia* alienista. Através do percurso e por meio de comparação entre três contextos diferentes, pudemos perceber que esse movimento obedeceu, com todas as suas especificidades, ao mesmo percurso que ocorreu na Europa e mesmo no Rio de Janeiro ou São Paulo. Se a sociedade paranaense era detentora de uma série de especificidades, isso ocorria *no interior* - e não em “contraposição” – a esse cenário mais amplo. Seria necessário analisar o que era essa sociedade paranaense, acanhada, sem nenhuma importância no cenário nacional para compreender a riqueza da constituição de uma mesma trajetória ou talvez das mesmas estratégias elaboradas nos grandes centros. No limite, é plausível dizer que problemas semelhantes tiveram como resultado a formulação de estratégias semelhantes. A tarefa do historiador é identificar esse processo específico dentro de uma determinada sociedade e compreendê-la dentro desse processo mais amplo. Talvez seja neste sentido que este trabalho se coloca claramente em oposição a uma história celebrativa da instituição.

Existem muitos caminhos que poderiam ser percorridos e várias questões relacionadas ao tema deste estudo foram se desdobrando e ganhando sua especificidade própria. A problemática inicial deste estudo, no entanto, não se esvaeceu. Seria impossível pretender um desfecho que correspondesse a uma conclusão. O começo do trabalho foi marcado pela digressão sobre diversas questões a respeito da constituição da tecnologia asilar. De posse desse eixo pudemos enfocar o problema da constituição do espaço asilar, quer em sua

perspectiva teórica e conceitual, quer em suas inflexões específicas, analisando o *Hospício Nossa Senhora da Luz*, quer no cruzamento entre essas diversas linhas.

Se alguma conclusão se impõe no final deste percurso é a reiteração da exigência que orientou esse trabalho desde o início, a de que é *impossível pensar a constituição do saber psiquiátrico sem suas relações com a formação da tecnologia asilar*.