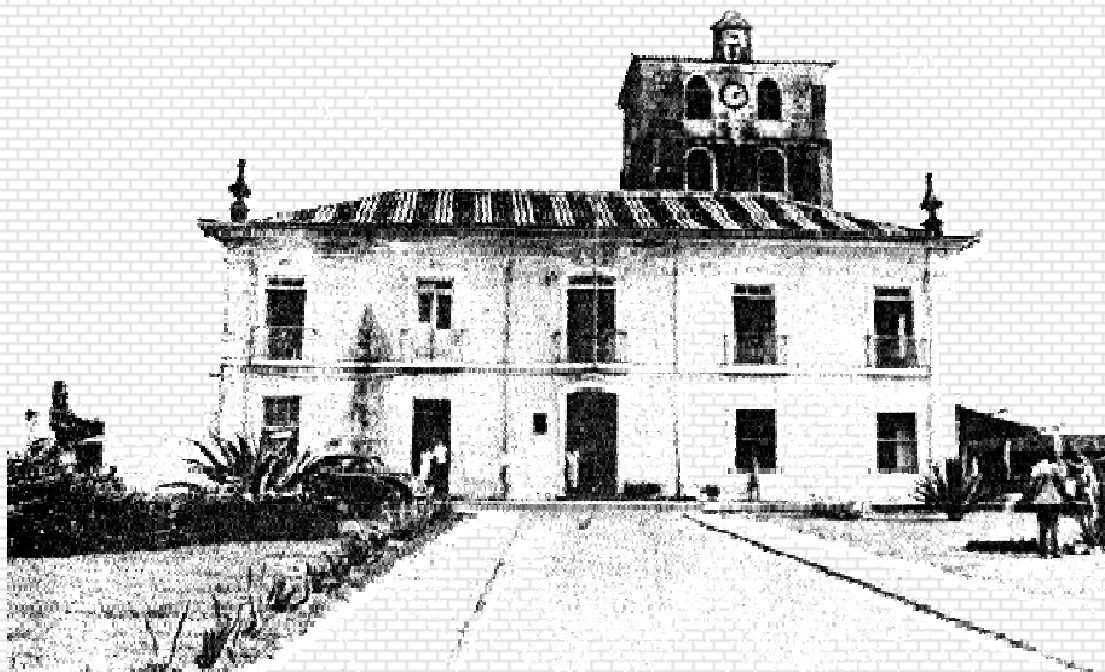


MINISTÉRIO DA SAÚDE
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO DE SAÚDE PÚBLICA

A PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NA BAHIA (1874-1947)



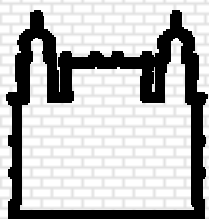
**Estudo histórico do Asilo São João de Deus/
Hospital Juliano Moreira**

VOLUME 1

Ronaldo Ribeiro Jacobina

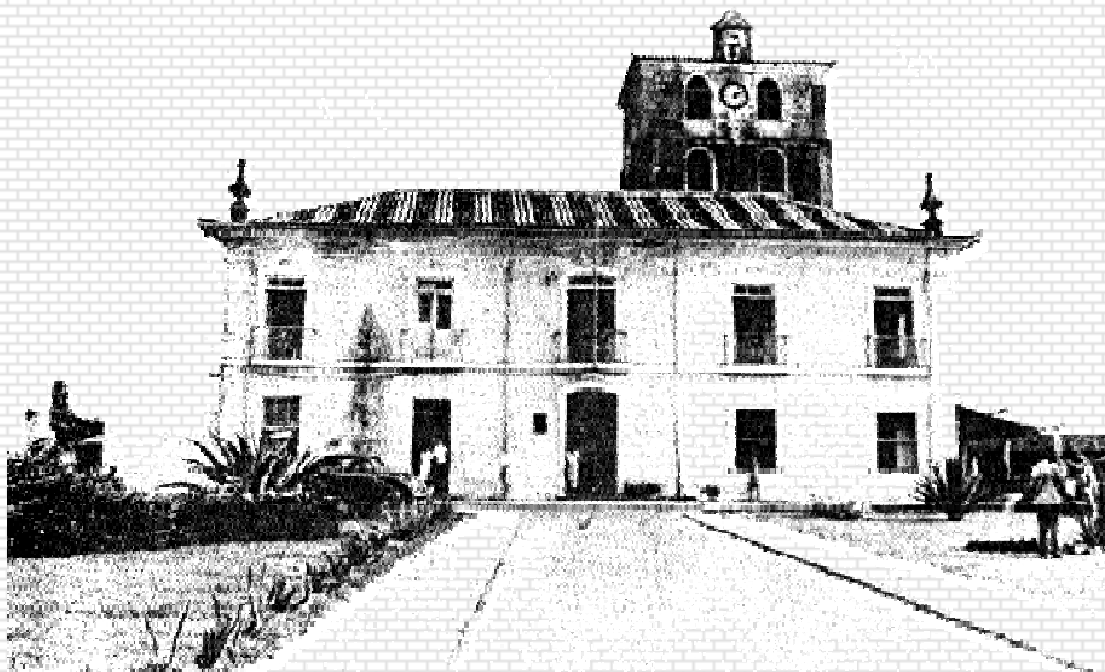
RIO DE JANEIRO

2001



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FIOCRUZ
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DOUTORADO DE SAÚDE PÚBLICA

A PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NA BAHIA (1874-1947)



**Estudo histórico do Asilo São João de Deus/
Hospital Juliano Moreira**

VOLUME 2

Ronaldo Ribeiro Jacobina

RIO DE JANEIRO

2001



A BOA VISTA

**Como a águia, que do ninho talhado no rochedo
Ergue o pescoço calvo por cima do fragedo,
Longe o feudal castelo levanta a antiga torre,
Que aos raios do poente brilhante sol escorre!
Ei-lo soberbo e calmo o abutre de granito
Mergulhando o pescoço no seio do infinito,
E lá de cima olhando com seus clarões vermelhos
Os tetos, que a seus pés parecem de joelhos!...**

Castro Alves, in *Espumas Flutuantes*.



**Não! Minha velha torre! Oh! Atalaia antiga,
Tu olhas esperando alguma face amiga,**

...

**É nisto que tu cismas, ó torre abandonada,
Vendo deserto o parque e solitária a estrada.**

...

**Mas eu no teu vazio – vejo uma multidão
Fala-me o teu silêncio – ouço-te a solidão!...
Povoam-se estas salas...**

**Aqui... além... mais longe... por onde eu movo o passo,
Como aves, que espantadas arrojam-se ao espaço,
Saudades e lembranças s’erguendo – bando alado –
Roçam por mim as asas voando p’ra o passado.**

**Castro Alves, *A Boa Vista*
in *Espumas Flutuantes*.**

**A PRÁTICA PSIQUIÁTRICA
NA BAHIA (1874-1947)**

**Estudo histórico do Asilo São João de Deus/
Hospital Juliano Moreira**

Ronaldo Ribeiro Jacobina

Professor Orientador:
Paulo Duarte Amarante(ENSP/FIOCRUZ/MS).

Tese de Doutorado aprovada em 27 de julho de 2001.
Curso de Doutorado de Saúde Pública
da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP
da Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ-MS.

RIO DE JANEIRO

2001

A PRÁTICA PSIQUIÁTRICA NA BAHIA (1874-1947)

**Estudo histórico do Asilo São João de Deus/
Hospital Juliano Moreira**

Ronaldo Ribeiro Jacobina

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Fernando Martins Carvalho

(Faculdade de Medicina - Universidade Federal da Bahia)

Prof. Dr. Benilton Bezerra Jr.

(Instituto de Medicina Social–Universidade Estadual do Rio de
Janeiro)

Prof. Dr. Jaime Larry Benchimol

(Casa Oswaldo Cruz – Fundação Oswaldo Cruz)

Prof^a. Dr^a. Maria Eliana Labra

(Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz)

Prof. Dr. Paulo Duarte Amarante (Orientador)

(Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz)

RIO DE JANEIRO

2001

À
Deraldo e Eunice (in memoriam)
- *Raízes;*

À
Neci
- *Fruta boa*
Que, destino, acaso ou arte,
Fez-se parte;

À
André, Beatriz e Cecília
- *Sementes,*
Um alfabeto
De Afeto”.

AGRADECIMENTOS

Rio de Janeiro:

Em primeiríssimo lugar, pelo acolhimento afetuoso, a José Augusto e Tânia Celeste Nunes, suas filhas Roberta e Juliana, lembrando também Lúcia Lima e Ivonaide da Silva. Aos colegas Doutorandos de Saúde Pública, em especial *Anísio* José Araújo (mais um Zé na Paraíba), José *Wellington* Araújo (carioca piauiense, sem perder as raízes), Maurício Vasconcelos (carioca carioca, companheiro de representação) e Suely Deslandes (carioca gentileza, colega na ensp e pelos labirintos da uerj). Aos mestres Fermim *Roland* Schramm e Maria do Carmo Leal da Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP. E Benilton Bezerra Jr do Instituto de Medicina Social da UERJ. Ao pessoal da Secretaria Acadêmica da ENSP, em especial a André Souza, Marcelo Timóteo e Maria Cecília da Cruz. Aos colegas do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental – LAPS/NUPES/ENSP, sob o comando do Amarante, Paulo Duarte de Carvalho (carioca capixaba, meu orientador, louco pela saúde mental) e seus fiéis escudeiros, Ernesto (Aranha Andrade), Jacob (Augusto Portela) e Waldir (da Silva Souza), bem como Alexandre Magno, Laurinda Beato, Ana Cláudia Guedes, *Rosemeire* Pereira Correa, Vilma Valéria Brito e o grande companheiro Luiz *Cláudio* Guimarães (carioca mineiro), mas também, por expansão, Anna *Beatriz* Almeida, Laurinda Rosa Maciel (o Rio continua *lindas*, erro na gramática – em gênero e número - e acerto no elogio) e o cavaleiro Jorge Vasconcelos, caçador de magias na filosofia. Aos alunos do Curso de Especialização em Saúde Mental, em especial a Turma de 1997. À Maria de Fátima Vasconcelos, Presidente da Associação Psiquiátrica do Rio de Janeiro, pelas imagens de Juliano Moreira. À Jaime Benchimol, Ruth Martins e Isnar Francisco, sob a luz de Clio.

Bahia:

Aos meus colegas do Departamento de Medicina Preventiva, DMP-FAMED-UFBA, cuja solidariedade e sacrifícios tornaram esta tese possível; em especial a Fernando Martins Carvalho (co-orientador, na prática), Vera Lúcia Formigli (uma leitora especial), e Luísa (e Celso) Vilas Boas, colaboradores críticos do esboço, para os quais o meu agradecimento é, em palavras, intraduzível... (nestas reticências a minha gratidão no infinito). Aos colegas e amigos Luiz Umberto Pinheiro, com quem aprendi que o remédio é lutar pela saúde, inclusive a saúde mental e a medicina social, e José Romélio Aquino, que, sempre antenado, conduziu-me pelo Olimpo ao caminho de Clio. À Professora e amiga Eliane Azevedo, exemplo de seriedade e rigor da ciência na sua elaboração e de ética e compromisso social nas suas conseqüências. Aos estudantes Maria Fernanda Ferreira, Almerita Regina Teixeira e Abevailton Silva, que comigo navegaram no mar dos prontuários. Aos dirigentes e funcionários do Hospital Juliano Moreira-HJM, Hunaldo Fonseca, Lauro Tonhá, Marcelo Veras, Edna Amado e o valoroso e incansável Edmilson dos Santos Santana e as amigas dedicadas da biblioteca do hospital, Gersonita Diná S. Souza e Dulcelina Maria Neves. Aos amigos da Santa Casa de Misericórdia, começando por Neuza Esteves, chefe do Arquivo da Irmandade, que muito me ajudou nos manuscritos, Jorge Conceição, funcionário exemplar no Arquivo, bem como o apoio institucional do Provedor Álvaro Lemos Filho, do administrador Antônio Ivo e do historiador *de primeira* Paulo Segundo, além da mediação do Padre Osmar Ribeiro. Aos profissionais do Arquivo Público do Estado, Prof^a Antonieta d'Aguiar Nunes e os dedicados funcionários Daniel Azevedo dos Santos e Roque da Cunha Bramont, bem como meu colega de pesquisa, Prof. Sílvio Humberto Cunha. Às bibliotecárias da Biblioteca Central do Estado, em especial Lícia Maria Vita do Eirado e Célia Maria de Almeida Mattos e as funcionárias dos setores de obras e de periódicos raros, Irailma Arouca de Souza e Rita de Cássia. Aos colegas da Biblioteca Central da UFBA, a bibliotecária Eleonôra Guimarães e, no COMUT, Francisco Bittencourt da Silva e Rosilda Gonçalves. Aos colegas da Biblioteca da FAMED-Canela, as bibliotecárias Maria de Fátima Mendes Martinelli e Delba B. dos Santos Rosa, e o servidor José Miranda, bem como do Memorial de Medicina, a bibliotecária Zilda Cerqueira Brito e os funcionários Saturnino Pinheiro dos Santos,

Eliane da Cruz Santiago e Francisca Cunha dos Santos. À bibliotecária Maria Creuza F. da Silva e a funcionária Rose Mary F. de Jesus do Instituto de Saúde Coletiva. Ao apoio do Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz-Fiocruz-MS, representado no seu diretor, Mitermayer Reis. À Maria Fernanda Peres, cuja dissertação foi fonte de inspiração e, juntamente com Marcus Vinicius, possibilitaram o meu acesso às valiosas entrevistas do mestre Rubim de Pinho. À Solange Rubim de Pinho, por possibilitar meu acesso às anotações avulsas de seu pai. Aos mestres José Silveira, que concedeu sua entrevista num momento difícil, Raimundo Rocha Filho, com suas preciosas informações e Cid Teixeira, professor *de escol*, que faz da História *um saber com sabor*. Aos professores de história, Walter Carneiro da Silva e Osmar Pontim, além do jovem aluno André Teixeira Jacobina, que me ajudaram a lidar com os caprichos de Clio. À psicóloga Nádia Rocha, pela valiosa colaboração, bem como de sua dedicada aluna, Luciana Torres Peixoto. À Alexandre Jacobina de Brito, com a colaboração de seu filho Gabriel, na produção e reprodução das imagens, indispensáveis num trabalho histórico. E, juntamente com o acadêmico de medicina Alberto Ladeia, pela orientação nos meus descaminhos pelas veredas da informática. Aos amigos Luciano Severo, na Apub, e Paulo Araújo, na Famed, cuidadosos na reprografia dos velhos e preciosos documentos. Aos Professores Paulo Pena, Neci Soares, Eduardo Reis, Argemiro D'Oliveira, Ana Emília Andrade e Déa Mascarenhas, pelo apoio e sugestões para a defesa. Enfim, a todos os colaboradores deste trabalho, inclusive os que, possivelmente, estou cometendo o lapso de não citá-los. Este *trabalho coletivo*, como se pode verificar acima, só é individual nos seus equívocos e erros, cometidos pelos meus limites de cultura e de inteligência.

SUMÁRIO

Resumo
Abstract

Introdução	01
1. A prática psiquiátrica	01
2. Objetivos	08
3. Algumas questões teóricas e metodológicas	10
3.1 A História e as Ciências Humanas	11
3.2 História - Objeto e tempos históricos	18
3.3 A Observação histórica: testemunhos voluntários e involuntários	24
3.4 Fontes e análise dos dados desta pesquisa	32
3.5 Conhecimento do passado: um processo ininterrupto	41
Esclarecimentos	43

PARTE I

Capítulo 1

O Manicômio e os movimentos de reforma na Psiquiatria: Do Alienismo a Psiquiatria Democrática	44
1.1 O nascimento do Asilo psiquiátrico e o Alienismo	48
1.2 O Organicismo na Psiquiatria	53
1.3 Movimentos de Expansão: Psicanálise e Higiene Mental	57
1.4 Reformas no Manicômio: racionalidade e reabilitação	61
1.5 Muito além do Asilo: a Psiquiatria na comunidade	69
1.6 Negação ou Reforma: a contra-hegemonia na Psiquiatria	73
1.7 As modalidades do sistema psiquiátrico	85

Capítulo 2	
Breve História do Asilo Psiquiátrico brasileiro (1852-1952)	90
2.1 A hegemonia da Santa Casa no hospício e o processo de constituição da Psiquiatria no Brasil	91
2.2 A hegemonia médica no manicômio. Crises e reformas da Psiquiatria na primeira metade do século XX	104
PARTE II	
A Santa Casa e a Assistência aos Alienados na Bahia (1853-1912)	127
Capítulo 3	
O Cuidado aos loucos na Bahia monarquista:	
Das prisões e dos porões da Caridade ao Asilo de Alienados S. João de Deus	129
3.1 Da prisão, casinha dos doidos ou porões da Santa Casa à nau dos alienados para a Corte: o “cuidado” aos loucos antes do Asilo	131
3.2 Medicina, filantropia e política: o movimento pela criação do asilo de alienados na Província da Bahia	139
3.3 Direção médica do Asilo da Santa Casa (1874-1882)	145
3.4 Alienismo, alienistas e o “Asilismo” na Bahia	155
3.5 Direção “leiga” do Asilo da Santa Casa e os Médicos no período imperial (1882-1889)	174
3.6 O Asilo da Santa Casa no período republicano (1889-1912)	182

PARTE III

O Manicômio do Estado da Bahia (1912-1947): De Hospício S. João de Deus a Hospital Juliano Moreira	209
Capítulo 4	
O Hospício S. João De Deus na Bahia da 1ª. República (1912-1930)	211
4.1 A Expansão pavilhonar na “fase áurea” do Hospício	215
4.2 Do Alienismo ao Higienismo organicista: o psiquiatra e os outros agentes do Hospício	236
4.3 O Cuidado aos psicopatas e degenerados no Hospício	260
Capítulo 5	
De santo para sábio: o manicômio num contexto predominantemente autoritário (1931-1947)	298
5.1. De Hospital São João de Deus a Juliano Moreira: as mudanças institucionais para além do nome	302
5.2. Os agentes da Psiquiatria manicomial e seu instrumental bio-médico	351
5.3 - Fome, violências, doenças e mortes no Manicômio: as condições de vida e saúde dos internados no Hospital Juliano Moreira	375
Considerações Finais	439
Bibliografia	453

ANEXO, QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Anexo I – Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia.

Documentos manuscritos

1.1 - Pagamento ao mestre-de-obra pela construção das “casinhas dos doidos”	206
1.2 – Carta do Provedor da SCM da Bahia ao Provedor do Rio de Janeiro, 1853	207
1.3 – Alvará com a descrição do Solar da Boa Vista, 1869	208

Quadros

1 - Sistema de Cuidado Psiquiátrico	05
2 - Principais marcos no desenvolvimento das técnicas biológicas em Psiquiatria no período interguerras (1917-1938)	67
3 - Manicômios do Brasil - 1852 / 1954	124
4 - Diretor, Administradores e Médicos do Asilo São João de Deus - 1874 / 1912.	204
5 - Provedores da Santa Casa de Misericórdia da Bahia (1869-1924)	205
6 - Justiça x Manicômio: pedidos de <i>habeas-corpus</i> (h-c) para internados no Hospital S. João de Deus/ Juliano Moreira - 1934-37	312
7 - Justiça x Manicômio: pedidos de <i>habeas-corpus</i> (h-c) para internados no Hospital S. João de Deus/ Juliano Moreira - 1937-45	339
8 - Diretores do Hospício S. João de Deus / Hospital Juliano Moreira – Salvador, BA. 1912-1947	348
9 - Os Pavilhões do Asilo São João de Deus / Hospital Juliano Moreira - Salvador, BA. 1874 / 1947	349
10 - Catedráticos de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Bahia (1886 – 1994)	350
11 - Entidades psiquiátricas no Hospital Juliano Moreira – 1943	383
12 - Gêneros de primeira necessidades: quantidade e preço. Hospital Juliano Moreira – 1937	420
13 - Valor da “Ração Diária” - Hospital Juliano Moreira.1939	426

Tabelas

1 - Movimento de alienados no Asilo São João de Deus nos períodos 1874/75 e 1875/76	148
2 - Movimento de alienados no Asilo São João de Deus nos períodos de 1882/83, 1886/87 e 1887/88	179
3 - Asilo S. João de Deus - Despesas, Receitas e Saldo Anual no Período de 1883 à 1888	180
4 - Movimento de Alienados no Asilo São João de Deus, com o número de óbitos e indicadores de mortalidade por Beribéri - 1897-1904	192
5 - Receitas e Despesas da Santa Casa de Misericórdia com o Asilo de São João de Deus - 1869/1911	200
6 - Títulos (Livros e revistas) da Biblioteca do Hospital S. João de Deus – 1930	246
7 - Punições de Funcionários do Hospício S. João de Deus (Jan./1921- Set./1925)	249
8 - Punições de Funcionários do Hospício S. João De Deus (Out.1925 - Out.1930)	250
9 - Número e percentual de analfabetos da população baiana - 1890 e 1920	261
10- Moléstias Mentais mais freqüentes no Hospício S. João de Deus - Salvador-Ba. 1912-1922.	268
11- A & B: Diagnósticos dos psicopatas internados no Hospício S. João de Deus 1925-1929	272/273
12- Mortandade por Moléstias Transmissíveis. Salvador Bahia. 1916-1920	282
13- Causas e grupos de causas e distribuição por cor dos óbitos de Salvador, BA em 1928	282
14- Mortalidade nos Hospitais, Asilos e Enfermarias. Salvador, BA - 1926	283
15- Movimento Geral nos Hospitais, Asilos e Enfermarias. Salvador-BA. 1928	284
16- Movimento dos doentes no Hospital S. João de Deus – 1911/1931 (e % de Mortalidade, calculado sem N° de pacientes existentes)	286
17- Coeficientes de Mortalidade, Alta e Permanência Hospitalares do Asilo S. João de Deus, em décadas (1874-1931), segundo Bastos (1985)	286

18- Movimento dos Doentes do Hospício S. João de Deus Salvador Bahia. 1911-1931	288
19- Coeficientes de Mortalidade e Alta Hospitalares do Asilo São João de Deus, em Décadas. Salvador – Bahia. 1874-1931	289
20- Causas dos Óbitos no Hospital São João de Deus, nos anos de 1925; 1928-29	294
21- Renda anual do Pensionato e número médio de pensionistas no Hospital S. João de Deus / Juliano Moreira (1930-36)	305
22- Movimento do Ambulatório Franco da Rocha - Hospital Juliano Moreira. Salvador-BA. 1940/45	336
23- Pensionistas particulares e estatais no Hospital S. João de Deus/ Juliano Moreira. 2º Semestre de 1933 - 1º Semestre de 1947	377
24- - Diagnósticos dos Psicopatas Internados no Hospital São João de Deus 1932, 1934-1936	382
25- Exames de sanidade mental em acusados ou sentenciados internados no Hospital Juliano Moreira. 1939-1947	384
26- Mortalidade geral e por Causas ou Grupos Etários de Salvador-Bahia. 1933-36	404
27- Movimento hospitalar de Salvador - Bahia em 1933 (Com a Taxa de Mortalidade e de Alta Hospitalar)	405
28- Movimento dos Doentes do Hospício S. João de Deus Salvador - Bahia. 1931-1947	407
29- Causas básicas de Óbitos no Hospital Juliano Moreira Salvador-Ba. 1934-36	410
30- Óbitos em geral e pela “enterite terminal dos alienados”. Hospital Juliano Moreira – Salvador-BA. Maio de 1945 e Maio-Julho de 1947	433

Figuras

Capa – O Solar da Boa Vista (Fonte: Jornal *A Tarde*, 22 jun.1983).

PARTE I

Capítulo 1 (Entre as páginas 89-90):

Fig 1 – Três métodos para conter insanos no século XVIII.

Fig 2 – Philippe Pinel (1745-1826).

Fig 3 – Quadro de Pinel desacorrentando os insanos no Hospital da Salpêtrière.

Fig 4 – Cadeira giratória para aumentar o suprimento de sangue à cabeça.

Fig 5 – A clínica de Jean Martin Charcot (1825-1893).

Fig 6 – Emil Kraepelin (1856-1925).

Capítulo 2 (Entre as páginas 126-127):

Fig 7 – Hospício de Pedro II / Hospício Nacional de Alienados na Praia Vermelha, Rio de Janeiro.

Fig 8 – Hospício do Juqueri, em São Paulo, 1898.

Fig 9 – Juliano Moreira (1873-1933).

Fig 10 – Posse de Juliano Moreira no Hospício Nacional, em 1903.

Fig 11 – Juliano Moreira e alguns de seus discípulos (Afrânio Peixoto, Gustavo Riedel, Henrique Roxo, Ulisses Pernambucano, Aduino Botelho), 1929.

PARTE II

Capítulo 3 (Entre as páginas 208-209):

Fig 12 – O Solar da Boa Vista, construído em fins do século XVIII, onde funcionou o Asilo S. João de Deus, inaugurado em 24 de junho de 1874.

Fig 13 – As plantas do térreo, do pavimento superior e dos quatro andares do mirante do Solar da Boa Vista.

Fig 14 – Planta da Chácara da antiga Fazenda Boa Vista (Nina Rodrigues, Antônio Pacífico e Luiz Pinto de Carvalho (1905).

Fig 15 – As furnas do Hospital de Caridade da Santa Casa, no antigo Colégio dos Jesuítas no Terreiro de Jesus, desde 1833.

Fig 16 - Casa-forte, “enorme erro de pedra e cal”, construída na gestão do primeiro diretor, Demétrio Tourinho.

Fig 17 – Demétrio Ciríaco Tourinho (1826-1888), primeiro diretor do Asilo S. João de Deus.

Fig 18 – José Francisco da Silva Lima (1826-1910), médico efetivo do Asilo (1877-78).

Fig 19 – Primeira página da Gazeta Médica da Bahia, de 10 de julho de 1866.

Fig 20 – Manoel Vitorino Pereira (1853-1902), Mordomo do Asilo e médico clínico no ano de 1882.

Fig 21 - Anísio Circundes de Carvalho (1856-1939), diretor do Asilo (1879-82).

Fig 22 - Augusto Freire Maia Bittencourt (1847-1890), médico clínico de 1881 a 1884 e primeiro Lente catedrático de Psiquiatria.

Fig 23 - João Tillemont Fontes (1860-1907). Segundo Lente catedrático de Psiquiatria.

Fig 24 - Alfredo Tomé de Brito (1865-1909), diretor da Faculdade de Medicina..

Fig 25 - Faculdade de Medicina no Terreiro de Jesus, antigo Colégio dos Jesuítas.

PARTE III

Capítulos 4 e 5 (Entre as páginas 438-439):

Fig 26 – Eutychio Leal, diretor do Hospício S. João de Deus (1912-1916).

Fig 27 – Pavilhão Manoel Vitorino, construído em 1913.

Fig 28 – Pavilhão Kraepelin, concluído em 1913.

Fig 29 - Pavilhão Kraepelin. A Secção de tratamento e a Sala de refeições

Fig 30 – Ergoterapias na gestão de Eutychio Leal (1916).

Fig 31 – O jardim do Hospício S. João de Deus, em 1916.

Fig 32 – Pavilhão Júlio de Matos, construído em 1916.

Fig 33 - Pavilhão Alfredo Brito. Pequeno pavilhão inaugurado em 1916.

Fig 34 – Casa de residência do Diretor do Hospício S. João de Deus, em 1916, depois transformada no Pavilhão Vítor Soares, em 1918.

Fig 35 - Pavilhão Charcot, ainda em construção, 1916.

Fig 36 - Pavilhão Charcot, já concluído, em 1919.

Fig 37 - Pavilhão de administração do Hospício S. João de Deus. Foto de 1919.

Fig 38 – Pavilhão Juliano Moreira (1935), depois denominado Pavilhão Aristides Novis (1937).

Fig 39 – Pedido de internamento do “Major” Cosme de Farias ao diretor do Hospital Juliano Moreira, Dr. João Mendonça. Em 29 de dezembro de 1942

Fig 40 – O deputado e ex-chanceler Octávio Mangabeira e o Comandante das Forças Aliadas, General Eisenhower, em visita ao Brasil, em agosto de 1946.

Fig 41 - O governador Octávio Mangabeira e seu Secretário de Educação e Saúde, Anísio Teixeira.

Considerações Finais (entre as páginas 452 e 453)

Fig 42 – Louca nua no pátio interno do Hospital Juliano Moreira, jul.1981.

RESUMO

Estudou-se a prática psiquiátrica na Bahia, com ênfase no Asilo S. João de Deus/Hospital Juliano Moreira, no período de 1874 a 1947, com base no referencial da psiquiatria como prática contraditória entre as finalidades de tratamento e controle social. Objetivou-se: a) descrever as crises e reformas do sistema psiquiátrico na Bahia, identificando os sujeitos relevantes; b) compreender como o tecno-saber psiquiátrico foi usado para caucionar práticas de violência institucional; c) descrever e analisar as condições de vida dos internados. Foram utilizados procedimentos da pesquisa histórica na análise documental dos testemunhos voluntários e involuntários: a organização das fontes (relatórios, ofícios, inquéritos) e interpretação discursiva dos internados, agentes intelectuais e subalternos. Na primeira parte, foi construído um referencial analítico para a psiquiatria manicomial baiana. Constatou-se uma história quase pendular dos movimentos psiquiátricos, ora de reformas intramuros, ora de expansão, extramuros. O manicômio, elemento central da estratégia psiquiátrica, apesar de sucessivas reformas, passou a ser questionado. Três conjunturas da prática psiquiátrica na Bahia foram analisadas, identificando-se os processos estruturais e elementos específicos relevantes. Na segunda parte, foram analisados os cuidados dispensados aos loucos na Santa Casa de Misericórdia. Os saberes e técnicas psiquiátricos de então assimilavam propostas do alienismo francês e do organicismo alemão. As condições de vida e saúde dos alienados foram analisadas, comparando-se dados de mortalidade com os da situação financeira do asilo. Destacou-se o estudo de Nina Rodrigues sobre os surtos de beribéri no asilo, suspeitando da etiologia nutricional para a doença. Na terceira e última parte, estudou-se o hospício sob a tutela do Estado. No período de 1912 a 1930, apesar da construção de nove pavilhões, o asilo permanecia superlotado. No período de 1931 a 1947, predominantemente autoritário, a grave crise financeira repercutiu no hospital. Os diretores e demais agentes intelectuais tinham formação organicista e eram apologistas da higiene mental. A noção de degeneração serviu para caucionar práticas moralistas, xenófobas e machistas, destacando-se a impaludação cerebral, insulino, malario e convulsoterapia química e, principalmente, eletrochoquerapia. Foram identificadas várias formas de violência contra o doente. Em todo o período estudado, o manicômio foi o elemento central do sistema de cuidado psiquiátrico da Bahia.

Palavras-chave: 1. Saúde Mental - Brasil. 2. História da Psiquiatria. 3. Psiquiatria - Bahia.
4. Hospital Psiquiátrico. 5. Manicômio

ABSTRACT

The psychiatric practice in the State of Bahia was studied, focusing on the São João de Deus Asylum/Juliano Moreira Hospital. Psychiatry landmarks were taken as contradictory practices which oscillate between treatment and social control. Objectives were: a) To describe crisis and reforms of the psychiatric system in Bahia, identifying relevant subjects; b) To understand how psychiatric techno-knowledge has been used to support practices of institutional violence; c) To describe and to analyse the living conditions of the patients. Historical research procedures were used for documental analyses of voluntary and involuntary testimonies: source organization (reports, official letters, surveys) and discourse interpretation of the interns, intellectual agents and their subordinates. In the first part, an analytical referential for Bahian madhouse psychiatry was developed. Along this period, psychiatric movements alternated from indoors reforms to external, expansionist movements. The madhouse, central element of the psychiatric strategy, despite its consecutive reforms, became to be questioned. Three different conjunctures of the psychiatric practice in Bahia were analysed, structural processes and relevant specific elements being identified. In the second part, the analysis focused on the care provided to mentally diseased patients at the Santa Casa de Misericórdia Hospital. By this time, psychiatric knowledge and practices assimilated proposals from the French alienism and from the German organicism. The living and health conditions of the patients were analysed, by comparing mortality data with those from the asylum financial situation. Dr. Nina Rodrigues study, which arose the hypothesis of a nutritional etiology for the asylum outbreaks of *béri-béri*, is emphasized. The third and last part studied the asylum in the State ward. From 1912 to 1930, inspite of nine pavilions had been built, the asylum remained overcrowded. During the period from 1931 to 1945, predominantly authoritarian, the severe financial crisis repercutated on the hospital life. The asylum director and other intellectual agents had organicist backgrounds and were apologetic of the Mental Hygiene. The notion of degeneration gave support to moralist, xenophobic and machist practices, like cerebral impaludation, insulintherapy, malariotherapy and chemical convulsotherapy and, mainly, electrical shock therapy. Several forms of violence against the patient were identified. Along all the studied period, the asylum remained as the central element in the psychiatric care system in the State of Bahia.

Key-words: 1. Mental Health - Brasil 2. Psychiatry History 3. Psychiatry - Bahia
4. Psychiatric Hospital 5. Asylum

***“É mais árduo honrar a memória dos sem-nomes
do que a dos renomados.”***

Walter Benjamim (1892-1940)
(Inscrição gravada no monumento em sua homenagem.
Port Bou, Catalunha, Espanha).



foto Milton Mendes

***Este trabalho é dedicado à memória dos sem-nomes
do Asilo São João de Deus/Hospital Juliano Moreira.***

INTRODUÇÃO

A Saúde Mental, e a Psiquiatria em particular, são campos de saberes e práticas permeados por questionamentos relevantes e atuais, uma vez que a loucura – desrazão, doença ou transtorno mental, ou qualquer outro nome que se dê – é um fenômeno complexo, a exigir uma abordagem multidimensional, não só no âmbito do continente científico, mas também num processo de comunicação transdisciplinar com outras formas de conhecimento ou entendimento da realidade, como a filosofia e a arte.

A psiquiatria, enquanto prática médica específica de cuidado à loucura, como instituição, nasceu na época moderna, mas continua sendo um desafio nesse início de século e milênio, chamado de pós-modernidade. Desafio, inclusive, de superar a sua instituição anacrônica, o manicômio. Historicamente criticado, reformado ou mesmo negado, esses macrohospitais estatais ou privados permanecem como espaços predominantemente de exclusão social, principalmente em país como o nosso e em outros de desenvolvimento similar.

O tema dessa pesquisa será a emergência e consolidação da Medicina Mental ou Psiquiatria no Estado da Bahia, Brasil. Esse estudo histórico de quase cem anos (1853-1947) tem como foco principal uma instituição concreta, o Asilo São João de Deus, depois renomeado Hospital Juliano Moreira - HJM. Essa prioridade justifica-se porque, no período estudado, o manicômio (asilo de alienados – hospício – hospital psiquiátrico) foi o local privilegiado para o exercício das práticas psiquiátricas, na Bahia e em todo o país.

1. A prática psiquiátrica

Como o conceito de prática psiquiátrica será nuclear na análise, faz-se necessário, de início, tornar preciso o próprio termo *prática*, pois é um termo com múltiplos sentidos (Ferrater Mora, 1984: 2.653), de amplo uso na linguagem coloquial, passível de funcionar como uma dessas “palavras sanfonadas”, como nos adverte Lucien Febvre (1978: 57-8), cujo significado se alarga, reduz e evolui com um grau de liberdade inteiramente estranho às palavras científicas, cujo sentido rigoroso é essencial para seu uso enquanto instrumento de trabalho intelectual.

Do seu sentido mais abrangente, onde toda ação humana é uma prática, pode-se torná-lo mais restrito no sentido grego de *práxis*, como “a ação de levar a cabo algo” (Ferrater Mora, 1984: 2.661), sendo, assim, um processo de transformação para responder a uma determinada finalidade. O marxismo incorporou e desenvolveu este conceito, inicialmente na economia política, onde prática foi entendida como a transformação de um objeto em outro mediante gasto de trabalho humano e utilização de determinados meios ou instrumentos. Portanto, prática, aqui, corresponde a um processo de trabalho, constituído por três componentes básicos ou momentos: objeto, meios ou instrumentos de trabalho e atividade ou trabalho propriamente dito. A transformação desse objeto em um dado “produto” ocorre sob determinadas relações técnicas e sociais de produção. Depois, outros autores dessa mesma linha de pensamento, sobretudo Lukács, Gramsci e Sartre, deram um sentido mais amplo, usando o termo *práxis*, como síntese de teoria e prática, para estudos dos processos de transformação não só do mundo do trabalho, mas da vida social como um todo.

O uso científico do termo *prática* vem sendo feito na saúde pública e medicina social nas últimas três décadas. Para além da definição imediata, de *arte de curar* ou de *prevenir e curar*, estudiosos da medicina têm buscado defini-la como uma prática técnica e, concomitantemente, social (Donnangelo, 1976; Gonçalves, 1979; Pinheiro, 1980).

Constata-se que a medicina enquanto prática - a *prática médica* - é quase sempre definida apenas na sua dimensão técnica, enquanto conjunto de saberes e tecnologias aplicados em procedimentos propedêuticos e terapêuticos que visam os objetivos mais visíveis e imediatos de prevenir e curar. No entanto, desde o mundo antigo, passando pelos períodos medieval e moderno até o contemporâneo ou “pós-moderno”, a medicina tem sido uma prática diferenciada socialmente.

Estudos demonstram que, ao mesmo tempo em que a prática médica realiza suas finalidades de prevenção, alívio de sofrimento e cura, como prática socialmente determinada e estruturada, ela responde às finalidades econômicas, políticas e ideológicas de uma dada sociedade (Rosen, 1994; Garcia, 1989; Donnangelo, 1976).

A prática médica, que atravessa diferentes modos de organização social pela sua longa duração, tem sido assumida por uma tradição historiográfica de observação superficial como neutra: acima ou fora das contradições sociais. Alguns historiadores da medicina, numa perspectiva crítica a esta visão idealista de um saber neutro e progressivo no combate às doenças e na promoção da saúde, constataram uma medicina socialmente diferenciada. No mundo grego, havia uma medicina pedagógica e ortopédica para o cidadão livre, enquanto o escravo e o estrangeiro tinham uma prática médica feita de modo tosco, caracterizada “por um tratamento de veterinário, a cargo de simples praticantes, como se fazia nos países bárbaros” (Garcia, 1989: 54), e que buscava a imediata reposição do trabalho escravo. Na Idade Média diferenças foram também encontradas entre a medicina dos graduados nas universidades, que datam desse período, para a realeza e os senhores feudais, uma medicina domiciliar feita por “físicos” e cirurgiões de formação técnica, para as famílias mais abastadas dos burgos e uma medicina empírica e caritativa, da tradição agrária, para os servos e os pobres em geral (Garcia, 1989: 55; Laín Entralgo, 1978).

Em relação à *prática psiquiátrica*, enquanto ação médico-sanitária exercida sobre os loucos definidos como doentes *mentais*, a constatação desta concomitância das dimensões técnica e social, das finalidades imediatas com as mediatas e não manifestas, tem sido mais fácil. A construção deste campo é mais recente, o que torna difícil pensá-la de modo não-histórico. Uma breve revisão histórica de sua emergência e das redefinições pelas quais têm passado a Psiquiatria, e a Saúde Mental em geral, evidencia o caráter socialmente determinado de suas práticas.

Pensar a prática psiquiátrica é pensar seus *agentes* - dos alienistas à atual equipe de profissionais de saúde mental, trabalhadores intelectuais ou manuais, dotados de maior ou menor capacidade de decisão e escolha, obviamente sob circunstâncias dadas -, os *saberes* e *técnicas* desenvolvidos: do tratamento moral, terapias psicobiológicas, inclusive os psicofármacos, às diversas psicoterapias; os *locais de trabalho*: dos manicômios, ambulatórios, consultórios, aos atuais dispositivos de saúde mental. É pensar, sobretudo, o *objeto*, que nessa prática é um indivíduo - o louco, denominado de alienado, doente mental e/ou usuário de serviços de saúde mental. E, nessa relação agente-paciente psiquiátrico, num contexto social dado, pensar também as *finalidades*

manifestas - de tratamento, cura, reabilitação e prevenção - e as não manifestas - de reclusão, exclusão, controle e até extinção.

Assim, pode-se considerar que a Psiquiatria tem sido a prática de uma contradição entre a finalidade terapêutica para o indivíduo enfermo e as finalidades sociais de exclusão (segregação) e controle. Porém, a prática psiquiátrica tem separado os elementos da contradição, deslocando e mesmo negando um deles, em geral o mais problemático, aquele relativo às suas finalidades sociais. Esta separação se dá no âmbito do próprio saber que informa a prática. Saber, ou melhor, *tecno-saber*, cuja constituição responde às exigências sociais de exclusão e controle, mas que, ao seu interior, omite as razões mesmas do seu surgimento e desenvolvimento, colocando-se como um saber "neutro", voltando para a "cura" e, mais recentemente", à "prevenção" da doença.

O uso do termo *tecno-saber* - feito a partir da extensão do conceito de 'tecnociência' de Hottois (1990) com a noção de 'saber' no sentido foucaultiano, que engloba e desloca a discussão sobre ciência/ideologia (Foucault, 1993: 7-8), significando, portanto, todo saber interventor, todo saber que se desdobra necessariamente em tecnologias - justifica-se pela ênfase que será feita a esta dimensão da prática psiquiátrica.

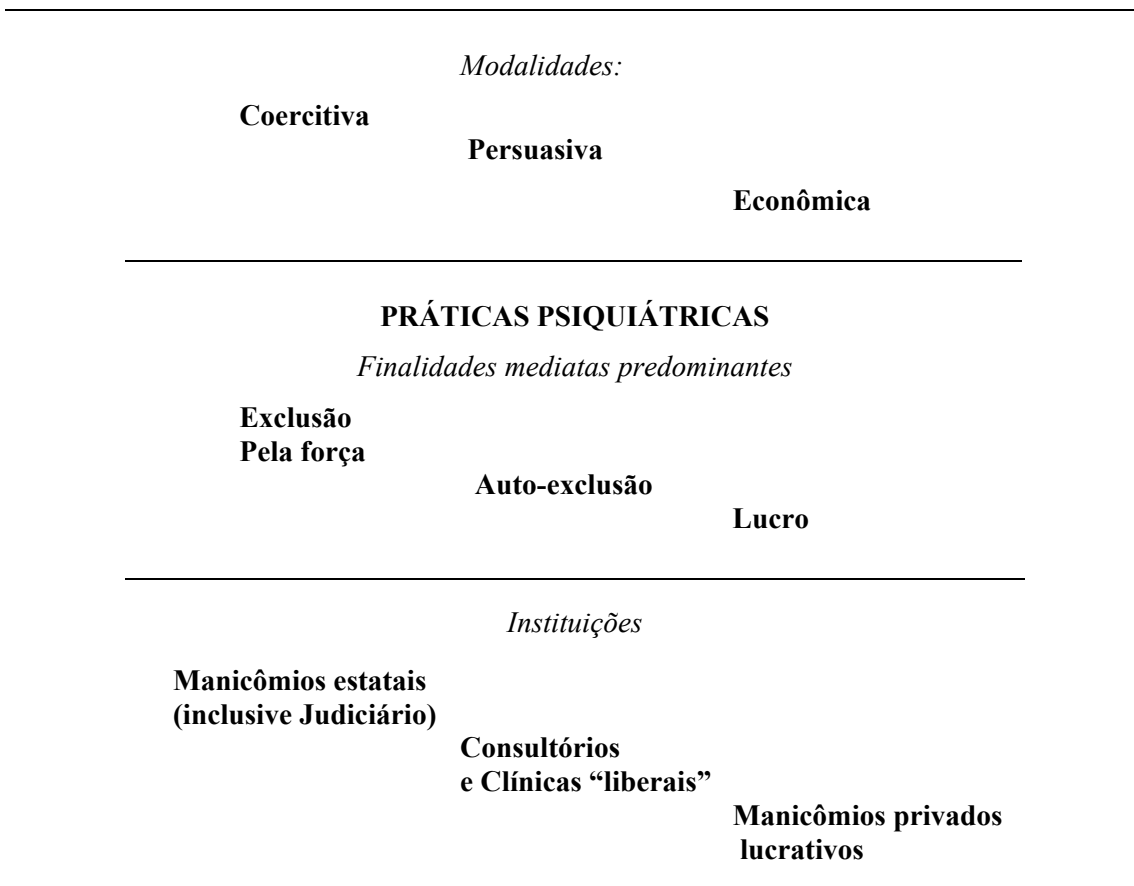
As práticas psiquiátricas, em seu conjunto, desenvolvem-se em inúmeras instituições e podem ser identificadas pelo recurso da distinção (e não separação) em diferentes modalidades, conforme a maneira predominante como realizam, para além das finalidades técnicas manifestas, as finalidades sociais. A distinção da modalidade pelos objetivos sociais justifica-se, pois, sendo esta uma prática humana, não natural, que tem como elemento central a atividade laboral – o trabalho -, ela é necessariamente teleológica. Quando predominam o uso do confinamento e repressão para a exclusão social, chamaremos de *modalidade coercitiva* ou repressiva. Quando nas práticas predominar o uso de mecanismos domesticadores, mais sutis e eficazes, para uma adaptação passiva e não-problemática, chamaremos de *modalidade persuasiva* ou ideológica. Quando essas finalidades de exclusão, controle e adaptação, estiverem sob a lógica de mercado e lucro, denominaremos de *modalidade econômica*.

Utiliza-se aqui o termo *modalidade*, extraído da obra de Donnangelo (1976), incorporando a crítica da autora ao conceito de aparelhos repressivo e ideológicos (Althusser, 1970) e aparelho econômico (Poulantzas, 1977). Assim, o uso aqui também

não tem filiação com a taxionomia estruturalista de Guilhon Albuquerque (1986). Aqui, o pano de fundo é Gramsci (2000b) com seus conceitos de coerção e consenso, domínio e hegemonia. Outro cuidado no seu uso, é a consciência de que essa distinção de diferentes modalidades psiquiátricas não nega a identidade delas.

A psiquiatria, enquanto prática, em qualquer de suas estratégias ou movimentos, desenvolvidos historicamente, como veremos no capítulo seguinte, materializa e encarna relações de poder, o que levou Castel (1978: 151) a defini-la como um "aparelho específico de poder social". Desse modo, em seu conjunto, chamaremos de aparato ou sistema psiquiátrico (ou, conforme Almeida Filho (1979), de aparelho de cuidado psiquiátrico), no sentido de um sistema ou estrutura mais geral que abrange esses diferentes modos de organização (modalidades) das práticas psiquiátricas, que se realizam em diferentes instituições, para alcançar os objetivos manifestos ou imediatos e os não manifestos ou mediatos no cuidado aos cidadãos-pessoas-sujeitos, definidos como “portadores de doenças ou transtornos mentais”.

QUADRO 1: SISTEMA DE CUIDADO PSIQUIÁTRICO (Aparelho Psiquiátrico)



Ainda sobre esse conjunto articulado (ver quadro 1 acima), fique claro que, segundo nosso entendimento, não existe um sistema ótimo e único, pois, apesar de seu caráter teleológico, com objetivos traçados pelas forças que o organizam, essa estrutura não é monolítica, suas práticas estão impregnadas pela subjetividade dos agentes ou atores, para usar um termo em voga, e expressam interesses conflitivos, sendo, portanto, um espaço do exercício predominante do poder, mas também permeável ao contra-poder, dos interesses e objetivos não hegemônicos.

Uma das importantes contribuições da obra foucaultiana foi a de enfatizar a análise dos poderes, os micropoderes, espalhados em todo o tecido social, para além das estratégias de dominação nas relações sociais, como por exemplo em Poulantzas (1977), e outros autores marxistas, sobretudo de inspiração estruturalista, onde o conceito de poder tem o sentido estrito de significar a capacidade de uma classe social realizar seus interesses objetivos e específicos.

Contra esta noção negativa e estrita do poder, pois, se poder fosse só repressivo, não seria obedecido, diz Foucault (1993: 8; ênfase nossa):

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como *uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social* muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir.

O uso mais amplo do conceito de poder permite compreender porque a constituição e manutenção da hegemonia de grupos sociais - classes, camadas, castas, categorias etc. - incluem a delegação de poder aos técnicos para que exerçam o domínio com um mandato social, sob aparente neutralidade. Por outro lado, não sendo uma concepção monolítica, ela identifica uma autonomia que, mesmo sob limites dados, permite aos técnicos fazerem escolhas, seja para agir pela manutenção do *statu quo*, seja para atuar pela mudança através de reformas progressivas ou transformações mais abruptas e radicais. E sendo relacional, não se concebe o poder sem o contra-poder. A questão do poder é indissociável à questão da *resistência* ao poder. Mesmo em instituições *totais* (Goffman, 1974), *totalitárias* (Castel, 1978) ou *da violência* (Basaglia, 1991) como é o manicômio, onde o poder do dirigente parece reinar absoluto, há formas - passivas e

ativas - de resistência, como constataram, entre outros, Goffman e Basaglia, em estudos de casos concretos.

Além do estudo das relações estabelecidas entre os agentes da prática psiquiátrica e de seu objeto - o paciente, podem-se agregar aqui algumas considerações sobre a própria situação do agente e sua posição em relação à prática que desenvolve. Considerando, a partir de Gramsci (2000a), que os agentes da prática psiquiátrica são intelectuais, podemos, numa aproximação, identificar os tradicionais - aqueles que se restringem ao modelo médico convencional clássico, e os orgânicos - criados ao longo do processo de ampliação do campo de atuação da psiquiatria na sociedade contemporânea.

Por analogia ao estudo de Arouca (1975) sobre as vertentes do discurso preventivista, pode-se colocar como sugestão inicial para o estudo dos intelectuais orgânicos a distinção entre aqueles que se filiam a uma vertente apologética, tecnocrática ou crítica:

- apologética, porque seus agentes atuam acriticamente, sem nenhum questionamento da reforma em curso, sendo orgânico por reproduzirem, muitas vezes, entusiasticamente, tais propostas, embora raramente participem da sua formulação;
- tecnocrática, quando os atores elaboram projetos de reforma de organização das práticas psiquiátricas dominantes, buscando novos modos de intervenção (os meios), mas preservando sempre intactas as finalidades sociais de tais práticas, às vezes numa posição idealista de uma possível solução técnica isolada;
- crítica, quando os sujeitos - em negação ao processo de psiquiatrização, enquanto projeto de dominação, exclusão e controle - lutam por uma proposta de saúde mental centrada nas necessidades de saúde dos cidadãos-usuários dos serviços, questionando, portanto, não apenas os meios, mas também as funções sociais da prática psiquiátrica.

Tendo como referência a crítica de Chauí (2000: 3-13) ao *discurso competente*, definido como o discurso hegemônico, fundado não no saber instituinte, mas na autoridade do especialista que, com um discurso pretensamente científico, cauciona posições ideológicas, podemos identificá-lo nas vertentes 'ideológicas' e 'tecnocráticas', bem como identificar a vertente 'crítica' com o que a autora chamou de "contradiscurso" (*Ibidem*, p. 2), capaz de realizar a desmontagem interna do discurso competente

A psiquiatria, definida aqui enquanto prática e analisada em seus elementos constitutivos, pode ser estudada tanto num plano sincrônico ou vertical, quanto no diacrônico ou longitudinal. Sem dúvida o presente tem muitas questões merecendo respostas ou, pelo menos, algum grau de aproximação. A escolha, entretanto, foi de fazer um estudo diacrônico das práticas psiquiátricas na Bahia, que resultou na ênfase da instituição manicomial do Estado.

Estudar o passado pode ser tão relevante quando investigar um problema atual. O historiador Lucien Febvre, num artigo escrito há meio século atrás, enfrentou e respondeu a essa questão, argumentando que é em função do presente que se estuda o passado, é em função dos vivos que se estuda os mortos, tema que retomaremos nos termos do autor quando mais adiante discutirmos a função social da História.

2. Objetivos

A decisão de fazer uma investigação histórica da psiquiatria na Bahia, consciente de sua relevância, vincula-se a um esforço de alguns núcleos ou pesquisadores isolados pela valorização da pesquisa histórica da psiquiatria no Brasil. Porém, apesar do esforço desses núcleos de pesquisa, como o da ENSP-FIOCRUZ, ainda permanece válida a constatação de Jurandir Freire Costa (1981: 14), feita há duas décadas atrás:

Não nos parece inexato afirmar que a Psiquiatria brasileira, exceto no que diz respeito à organização da atenção médica, não desperta interesse algum na maioria dos nossos psiquiatras. O psiquiatra brasileiro aceita, de antemão, que nada em sua psiquiatria merece atenção ou comentário.

E o próprio autor, nesse trabalho histórico sobre a Liga Brasileira de Higiene Mental, mostrou como era infundado esse preconceito, ao demonstrar a singularidade no processo de assimilação de uma reforma psiquiátrica oriunda de centros culturais hegemônicos e de como são fundas as raízes de um tipo autoritário de prática psiquiátrica em nosso meio.

O nosso trabalho de dissertação trilhou esse mesmo caminho de valorização histórica da psiquiatria (Jacobina, 1982), tendo ajudado a despertar o interesse sobre o tema em alguns estudos de pós-graduação em saúde coletiva e em ciências humanas no nosso

Estado (ver, por exemplo: Bastos, 1985; Sena, 1996; Peres, 1997). Como a dissertação foi apenas uma abordagem inicial de uma pesquisa que se pretende mais detalhada e abrangente, a análise de novas fontes de dados da conjuntura abordada e a continuidade do estudo histórico dos outros períodos foram um estímulo para esta tese de doutoramento.

Como já referido anteriormente, esta pesquisa se orienta a partir de uma problemática geral que é a da permanência do manicômio, esse dispositivo institucional médico-psiquiátrico sempre questionado, freqüentemente reformado, às vezes negado, mas que sobrevive, no seu modelo anacrônico ou modernizado. Este trabalho não se propõe a resolver esse problema e sim estudar um caso particular, porém tomará essa questão como instrumento de direção nas diferentes etapas do estudo.

A pesquisa tem por objetivo geral contribuir na análise histórica da psiquiatria baiana, através do estudo das práticas de cuidado à loucura, em especial aquelas realizadas no antigo Asilo São João de Deus, depois Hospital Juliano Moreira, situado na cidade de Salvador, no período de 1853 a 1947.

Esta proposta geral desdobra-se na caracterização do asilo/hospital enquanto espaço de práticas, com seus momentos de crise e de reformas, através da análise dos cuidados prestados aos doentes mentais, especificando seus agentes, saberes, técnicas e meios utilizados na intervenção sobre esse objeto.

De modo mais formal e explícito, são objetivos específicos os seguintes:

1. Descrever os momentos de crises e reformas do hospital, compreendendo o cenário institucional e identificando seus sujeitos relevantes.
2. Descrever e analisar os saberes, técnicas e meios utilizados na prática asilar e, em especial, compreender como o tecno-saber psiquiátrico foi usado para caucionar práticas de repressão e violência institucional.
3. Descrever e analisar os diferentes tipos de cuidados prestados aos indivíduos considerados loucos e, depois, alienados, psicopatas ou portadores de transtorno mental, em especial os internados no manicômio, conhecendo as suas condições de vida e saúde nos diferentes momentos históricos desse período de quase cem anos.

Para realizar os objetivos delineados, identificou-se a necessidade de dupla abordagem, uma qualitativa, predominante, mas também uma outra quantitativa, com procedimentos simples da estatística. Esta última, de modo complementar, ofereceu uma descrição com mais detalhes dos elementos dessa prática psiquiátrica, particularmente da clientela, e possibilitou uma maior compreensão da própria função do manicômio na assistência psiquiátrica da Bahia. O uso auxiliar dos recursos quantitativos abriu a possibilidade para um estudo do conjunto, inclusive de comparação com a comunidade em geral, sem que fosse perdida a riqueza de análise dos casos particulares, daqueles sujeitos considerados relevantes e, muitas vezes, paradigmáticos, privilegiados na abordagem qualitativa.

3. Algumas questões teóricas e metodológicas

Antes de apresentarmos os princípios e procedimentos metodológicos usados no manejo dos dados e as fontes históricas identificadas e trabalhadas, explicitaremos sucintamente a concepção de metodologia adotada nesta pesquisa.

Com o entendimento que metodologia não é tão somente um conjunto de métodos e técnicas utilizados para testar uma hipótese (transformá-la ou não em tese) ou atingir o(s) objetivo(s) de uma pesquisa, logo, compreendemos que ela abrange também a explicitação de princípios e diretrizes que orientam a escolha das técnicas, o modo como são elaborados os instrumentos e como eles serão utilizados. Mais ainda, em estudos que utilizam métodos das ciências humanas, cabe discutir como questão metodológica o papel do próprio sujeito da pesquisa, que oferece elementos para a compreensão da própria escolha do tema e da construção do objeto de investigação.

Locke (1975: 139), refletindo sobre o conhecimento, compara-o com o olho, que não se observa a si mesmo. O homem, como ser social, se observa, mas requer também *arte e esforço*, como Locke reivindica para o *entendimento*, fazer de si mesmo seu próprio objeto. Sobre a relação sujeito-objeto nas ciências humanas, a orientação adotada aqui ainda é a de Weber (1993: 124), segundo a qual, não existe análise científica puramente “objetiva” dos fenômenos sociais - políticos, econômicos e culturais. Toda análise está sempre vinculada a uma determinada perspectiva. Graças a esta visão particular, e necessariamente parcial, os fenômenos, enquanto objetos de pesquisa, são conscientes ou

inconscientemente selecionados, analisados e sintetizados, bem como organizados pelo método de exposição.

Mais do que afastar o mito da separação absoluta entre ciência e ideologia, para Weber é a *visão de mundo* do autor – sua formação teórica, e também suas crenças e convicções, suas idéias de valor - que dá direção e significado ao estudo da vida social:

(...) sem as *idéias de valor do investigador*, não existiria nenhum princípio de seleção, nem o conhecimento sensato do real singular, da mesma forma como sem a *crença do pesquisador* na significação de um conteúdo cultural qualquer, resultaria completamente desprovido de sentido todo o estudo do conhecimento da realidade individual, pois também a orientação da sua *convicção pessoal e a difração de valores no espelho da sua alma* conferem ao seu trabalho uma direção (*Ibidem*, p. 132; ênfases nossas)

Assim, antes de discutirmos os métodos e técnicas de pesquisa histórica para abordar a realidade singular da prática psiquiátrica na Bahia, explicitaremos a seguir, para dar sentido e direção a este trabalho, as peculiaridades da História, escolhida com *razão apaixonada* na pluralidade das ciências humanas ou sociais.

O objetivo aqui será não ficar apenas no nível descritivo, mas alcançar o patamar teórico-crítico, explicitando os principais elementos metodológicos da investigação histórica - seu objeto, suas fontes de dados e, pelo menos, alguns de seus recursos analíticos.

Antes de discutirmos os aspectos metodológicos, no sentido mais estrito, vamos abordar sucintamente a questão epistemológica da História no conjunto das outras Ciências Sociais.

3.1 - A História e as Ciências Humanas

História é um termo polissêmico e, por isso, capaz de gerar confusões semânticas. Para evitar possíveis equívocos, é preciso explicitar os principais significados do termo, deixando bem claro o sentido em cada contexto onde ele estiver sendo usado, pois infelizmente não se pode usá-lo num único sentido.

O significado originário do termo “história” refere-se a um conjunto de atividades humanas em sociedade, em um determinado momento (*atos históricos*). Um sentido derivado é o de *disciplina*, a “História”, cujo objeto de estudo são os fatos ou atividades citados anteriormente. Um sentido mais restrito é no uso do termo para designar o conjunto das *obras* que resultam do trabalho do especialista chamado de historiador (Cardoso, 1983: 25-26). Como este último já é um sentido derivado do segundo, ou seja, são as obras de um determinado campo de saber, a distinção será feita entre os dois primeiros sentidos.

Como se pode observar, há um só termo tanto para o saber, a disciplina, quanto para o seu objeto. A língua portuguesa tem na sua gramática uma regra ortográfica que pode ajudar, pois se emprega a letra inicial maiúscula para as ciências, as disciplinas, as artes etc. (Ferreira, 1986). Assim, usaremos “História” para a ciência e “história” para o seu objeto, sem que o uso de maiúscula e minúscula tenha qualquer valor hierárquico. Nas citações, que não grafam esta distinção, espera-se que ela possa ser feita pelo sentido.

Mas, para efeito de clareza, as distinções ainda não se esgotaram. Como História é uma disciplina antigíssima, seu termo-valise está cheio de sentidos que foram se incorporando no transcorrer do tempo. Na origem helênica, como uma das artes sob a proteção das musas, no caso Clio, filha de Zeus e da deusa da memória Mnemósine (Bulfinch, 2000: 15), inaugura-se a partir da mitologia grega toda uma tradição da História como narração, como ramo da *literatura*. Há também uma outra tradição, da disciplina “História” como importante ramo e objeto da *filosofia*, seja a filosofia da história propriamente dita, seja a filosofia política. Entretanto, desde a época moderna, em especial no século XIX, como ocorreu em outros campos de saber, a História, sem recusar o seu passado literário e filosófico, vem construindo, através de seus praticantes, uma disciplina *científica*. E, como veremos adiante, tem demonstrado, neste século, uma vitalidade, sobretudo pelo diálogo que vem travando com as outras ciências humanas ou sociais, que pode ser ilustrada pela pletera de ramos que surgem a partir dela: História Econômica, História Demográfica, História Social, Política, das Ciências ou das Idéias, das Mentalidades etc.

É assim que podemos entender esse aparente paradoxo da História como uma velha novíssima: “velha sob a forma embrionária da narrativa, (...), a história é, como empresa refletida de análise, novíssima” (Bloch, 1997: 81).

Uma reflexão sobre a metodologia de uma disciplina científica como a História, cuja prática é anterior ao surgimento das ciências modernas, nos séculos XVII e XVIII, pode comportar uma discussão epistemológica sobre seu estatuto de cientificidade. Aliás, essa discussão é pertinente em qualquer disciplina, porque, na História das Idéias, há inúmeros exemplos onde a inovação metodológica tem sido fundamental para mudanças profundas em vários campos de saber. É um recurso analítico distinguir fato e teoria, pois teorias inovadoras e descobertas de fatos estão sempre imbricadas, ‘entrelaçadas’, seja na implantação de um paradigma científico inicial ou numa revolução científica, superando seu paradigma tradicional, para utilizarmos os conceitos kuhnianos (Kuhn, 1996).¹

Essa idéia de novidade, referida à metodologia, já tinha sido destacada antes por Bachelard (1978: 94) para a física moderna: “E tal novidade é profunda, pois não é a novidade de um achado, e, sim, a novidade de um método”. Georges Canguilhem (1994), filósofo das ciências da vida, vai além, num texto onde discute o *status* epistemológico da medicina, ao afirmar que qualquer ciência, pura ou aplicada, valida seu estatuto epistemológico ao desenvolver métodos novos e alcançar resultados também novos: “Uma ciência evolui por causa de seu interesse em métodos novos para lidar com seus problemas” (Canguilhem, op. cit., p.156).

Como já referido antes, estamos nos referindo a um conceito amplo de metodologia, para além daquela visão restrita de um conjunto de prescrições de modos apropriados de ‘coletar dados’, processá-los e analisá-los. Não existe nada mais metodologicamente inadequado do que falar em ‘coleta de dados’, como se eles fossem algo pronto para ser colhido, coletado. Adotamos uma visão ampliada, como, por exemplo, a de Becker (1994: 17), para quem metodologia é o estudo dos modos de fazer pesquisas de uma

¹ A noção de paradigma é anterior à obra de Kuhn (1996), como na lingüística, por exemplo, porém é a partir do uso por este autor como um conceito central que o termo se consagra na epistemologia. O autor reconhece dois usos distintos do termo: um mais global e outro mais específico e preciso. Embora o autor considere o sentido mais global - paradigma como constelação dos compromissos de grupos - como o menos apropriado, foi aquele que mais se difundiu. Usamos aqui tanto como matriz disciplinar quanto como exemplo compartilhado, seu sentido mais preciso.

determinada disciplina (métodos), mas também a reflexão do que pode ser descoberto através delas e do grau de confiabilidade do conhecimento assim adquirido, bem como o esforço de aperfeiçoamento desses métodos através da crítica de suas propriedades.

Com esta visão ampliada de metodologia, podemos trazer à tona uma questão muito presente na discussão epistemológica envolvendo as ciências naturais, sempre tomadas como paradigmáticas, e as ciências sociais e humanas, em geral, tidas como atrasadas, quando não questionadas enquanto ciência, como é freqüente com a História.

Thomas Kuhn, no seu estudo clássico de epistemologia histórica: *A estrutura das revoluções científicas* (Kuhn, 1996), mesmo já tendo tomado conhecimento dos impasses e incertezas que emergiram nas ciências naturais deste o início deste século, pelos critérios de seu modelo para definir uma ciência amadurecida, chega a considerar as ciências sociais como pré-paradigmáticas, em especial, por elas não apresentarem o domínio de um único paradigma. O sociólogo português Boaventura Santos (1989: 135-36) refutou a tese kuhniana, confrontando-a, com obras como a de Prigogine & Stengers (1997), que buscam o estabelecimento de um novo diálogo nas relações homem-natureza, possibilitando, assim, novas relações das ciências naturais e sociais.

Examinando atentamente, observamos que Kuhn (1996), de modo explícito, centrou sua análise no desenvolvimento das ciências naturais (em especial, os diversos campos da Física). Mais ainda: com prudência, reconhece que a natureza da transição do período pré para o pós-paradigmático “merece uma discussão mais ampla do que a recebida neste livro, *especialmente por parte daqueles interessados no desenvolvimento das ciências sociais contemporâneas*” (*Ibidem*, p.222-23; ênfase nossa).

Num trabalho anterior, mesmo levando em conta estas ressalvas do autor, refutamos a tese kuhniana com o próprio Kuhn, através de sua obra: “seu estudo serve de marco para um novo paradigma epistemológico, que vem questionando competentemente, por um lado, a tradição normativa na filosofia da ciência, com suas regras de justificação e, por outro, as certezas das ‘amadurecidas’ ciências naturais. E para tanto, utiliza-se em sua ‘caixa de ferramentas’ os estudos da psicologia da percepção e da descoberta, da sociologia da comunidade científica, da ciência política e, em especial, da história

dialética, não-positivista, ou seja, das ‘menos desenvolvidas’ ciências humanas” (Jacobina, 2000: 620).

Jean Piaget, em trabalhos sobre a epistemologia das ciências humanas (1967; 1972), classificou os estudos relativos aos homens ou às sociedades em quatro grupos: 1º - as ciências nomotéticas; 2º - as ciências históricas; 3º - as disciplinas jurídicas; e 4º - as disciplinas filosóficas. Interessa a discussão dos dois primeiros, pois Piaget distingue aqui as “ciências históricas” das outras ciências humanas pelo critério do estabelecimento de leis.

A denominação de ciências nomotéticas (*nómos* = lei, em grego, segundo 1999: 551) é geralmente usada em epistemologia para as ciências naturais, aquelas em que o pensamento científico busca as leis, contrapondo-se às ciências “idiográficas”, que se propõem à descrição dos acontecimentos ou fatos particulares (Ferrater Mora, 1984: 2383).

Em sua classificação das ciências do homem, Piaget (1967) utiliza a denominação de “ciências nomotéticas” ao interior das ciências sociais, estendendo para aquelas que, segundo ele, procuram descobrir “leis”: Linguística, Economia, Sociologia, Demografia, Antropologia, Psicologia. Deixa de fora a História, referida no plural, que, em vez de identificar variáveis capazes de levar ao estabelecimento de leis e de utilizar os métodos de experimentação ou de dedução, teria como preocupação central a apreensão do processo de evolução temporal em toda a sua complexidade, sendo seu objeto a reconstituição e interpretação do passado (*Ibidem*, p. 1114-19).

Até historiadores, como Ciro F. Cardoso e Héctor Brignoli, subscrevem esta abordagem, presente também num artigo de Claude Lévi-Strauss (*Critères scientifiques dans les disciplines sociales et humaines*, 1966), onde o antropólogo, sem nenhum questionamento dos historiadores, descrevia as ciências sociais como disciplinas que ainda se encontravam em sua “pré-história”, cujo ponto de referência e modelo era constituído pelas “verdadeiras” ciências, como matemática e física (Cardoso & Brignoli, 1990: 44)

Ernest Labrousse, por outro lado, é um exemplo daqueles historiadores que procuraram distinguir a lei na História das leis que se expressam em relações quantitativas - através de funções matemáticas - ou elaboradas numa linguagem formalizada da lógica:

Creio que há certas leis históricas, mas que estas não têm o caráter relativamente inexorável das leis físicas. O que caracteriza a lei nas ciências humanas é, precisamente, seu traço de pluralidade. A lei não é uma necessidade, é uma probabilidade ‘majoritária’ e, às vezes, a um grau bem baixo. A lei permite mais apostar do que prever (*apud* Cardoso & Brignoli, 1990: 43).

* * *

Uma importante reflexão sobre esta questão das relações entre ciências naturais e sociais, encontra-se no manuscrito de Marc Bloch. Escrito enquanto lutava contra os nazistas e deixado incompleto ao ser morto em 1944, sua “*Apologia pela História ou Ofício do historiador*”, com lucidez, já registrava a atmosfera que se vivia do ponto de vista epistemológico: “A teoria cinética dos gases, a mecânica einsteiniana, a teoria dos *quanta*, alteraram profundamente a idéia que ainda ontem toda a gente formava da ciência” (Bloch, 1997: 83). E, queixando-se de suas debilidades de inteligência ou de educação para acompanhar essa grande metamorfose, afirmava:

Aceitamos muito mais facilmente fazer da certeza e do universalismo uma questão de grau. Não sentimos já a obrigação de procurar impor a todos os objetos do saber *um modelo intelectual uniforme*, haurido nas ciências da natureza física; pois que até nesse domínio tal modelo deixou de ser inteiramente aplicado (*Ibidem*, p. 83; ênfase nossa)

Para ressaltar a atualidade dessa formulação, tomemos Rorty (1997: 134), um autor muito em voga atualmente:

Na filosofia da ciência pré-kuhniana, investigação racional era uma questão de *colocar todas as coisas em um contexto único*, familiar, amplamente acessível - traduzir todas as coisas no vocabulário propiciado por um conjunto de sentenças às quais todo e qualquer investigador racional concordaria em atribuir o fato de serem candidatas a valor de verdade (ênfase nossa).

Neste período, tentava-se inserir nesse modelo epistemológico normativo as ciências humanas, reconhecendo apenas as artes fora dessa requisição de ‘racionalidade’. É

então que o autor, pós-kuhniano esclarecido, como se autodenomina, afirma-se livre dessas idéias, embora ainda não do que chama de “realismo”, pois, no seu relativismo absoluto, ele nega “a idéia de que a investigação é uma questão de descobrir a natureza de algo que repousa fora da trama de crenças e desejos”(Ibid., p.134).

Uma visão pós-kuhniana, e não necessariamente rortyana, permite retomar o que disse Bloch (1997:83), há mais de meio século, sobre as ciências humanas diante do momento de “grande metamorfose”, que ele soube tão bem identificar:

Ainda não sabemos bem o que virão um dia a ser as ciências do homem. Sabemos que para existirem - continuando, é claro, a obedecer às regras fundamentais da razão - não terão de renunciar à sua originalidade, nem envergonhar-se dela.

Com o apoio destas considerações, podemos relativizar o critério da adoção dos modelos proporcionados pelas ciências exatas ou naturais, embora por uma necessidade de seu próprio desenvolvimento, como veremos adiante, a História tenha assimilado métodos estatísticos e probabilísticos (ver, por exemplo Floud, s/d; Cardoso & Brignoli, 1990) e, assim, examinar os outros elementos que Piaget enumerou como constitutivos das ciências humanas nomotéticas para excluir destas a ciência histórica, considerando-a apenas idiográfica (descritiva). A nosso ver, a História responde a esses critérios, ponto por ponto:

- apreensão da dimensão genética: este aspecto chega a parecer redundante, mas não é; na verdade, evidencia a força e importância do conhecimento histórico como conhecimento da gênese dos fenômenos;

- utilização de estudos comparativos: já vem sendo feita pela História desde os estudos pioneiros de Henri Pirenne (Cardoso & Brignoli, 1990: 43), mestre de Marc Bloch e Lucien Febvre, estes últimos responsáveis por uma importante parcela do que existe de mais inovador no campo da historiografia, a escola dos *Annales*, iniciada ainda na década de 20 deste século (Burke, 1997: 11) e, mais recentemente, de modo sistemático, pelos sucessores daquela primeira geração;

- tendência a uma maior delimitação dos problemas: sem perder a capacidade do procedimento sintético, a disciplina vem identificando diferentes níveis de estudo, num procedimento de distinção - e não separação - que tem possibilitado o avassalador

desenvolvimento dos seus diferentes ramos, incorporando os métodos e técnicas das outras ciências (Economia, Sociologia, Demografia etc.).

Enfim, quando os historiadores abriram a História para dialogar com as outras ciências humanas, como efeito paradoxal, deram um grande impulso na sua própria disciplina, que se ampliou com novos objetos e novos problemas, através não de achados, mas de uma abordagem inovadora, sobretudo metodológica.

3.2 - História - Objeto e tempos históricos.

Como toda disciplina científica, a História é definida em função de seu objeto. Uma das suas definições enciclopédicas a conceitua como “conhecimento do passado da humanidade” ou “disciplina que estuda esse passado e procura reconstituí-lo” (Larousse Cultural, 1988: 3061). Para ir além dessa generalidade, escolhemos uma definição dada por Bloch (1997: 89): a História como a ciência das sociedades humanas *no tempo*.

A História como ciência já discutimos, inclusive como uma das ciências humanas, mas cabe aqui detalhar esse ponto: a História como conhecimento dos *homens*. Febvre (1993: 178), citando seu trabalho *A Terra e a evolução humana*, diz: “não o homem, repito, nunca o homem. As sociedades humanas”. O pano de fundo em ambos, além da tradição historiográfica francesa de Michelet e Fustel de Coulanges, é a obra *marxiana*², em uma das mais fecundas teses sobre a história, segundo a qual “os homens fazem sua própria história, mas não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” (Marx, 1978: 329).

Bloch, ao ilustrar a importância dessa presença, a do homem em sociedade, buscou também justificar a ampliação das fontes históricas, uma das contribuições dos *Annales*: “Por detrás dos traços sensíveis da paisagem, dos utensílios ou das máquinas, por detrás dos documentos escritos aparentemente mais glaciais e das instituições aparentemente mais distanciadas dos que as elaboraram, são exatamente os homens que a história pretende apreender” (1997: 88). E nós poderíamos acrescentar: por detrás de um manicômio, por detrás de um prontuário, de um diagnóstico, há alguém que diagnostica

² Utiliza-se o adjetivo ‘marxiana’ para as obras do próprio Marx e ‘marxista’ para os estudos baseados nas obras de Marx.

e, principalmente, há alguém que é diagnosticado. Há, portanto, homens e mulheres, ou melhor, a sociedade humana.

Mas o historiador não privilegia apenas o humano. A atmosfera em que seu pensamento respira é a categoria da duração, do *tempo*. O tempo histórico não é só uma medida, mas “uma realidade concreta e viva, volvida à irreversibilidade do seu impulso”, (...)”é o próprio plasma em que banham os fenômenos e como que o lugar da sua inteligibilidade” (Bloch, 1997: 89).

Sobre essa categoria essencial para o saber histórico, outra contribuição relevante é a de Prigogine (1996), com sua noção de flecha ou vetor do tempo, onde ele refuta Einstein e toda uma tradição da física, que sustentava o tempo como ilusão. Há um artigo de Sevelho (1997), onde o autor, ao considerar o tempo como um tema relevante, sempre citado, mas pouco pensado pelos epidemiologistas, faz uma reflexão sobre o “tempo epidemiológico” com o tempo físico e o tempo histórico, recorrendo ao pensamento de Prigogine, mais voltado para processos físicos, e o de Braudel, com sua concepção de tempos históricos³.

Essa distinção de tempos históricos é uma contribuição da segunda fase do movimento dos Annales. A partir dos estudos de Fernand Braudel, distinguem-se três níveis que devem ser levados em conta num estudo histórico: “o nível dos acontecimentos, da história episódica, que se move na curta duração; o nível intermediário da história conjuntural, de ritmos mais lentos embora muito variáveis; e, por fim, o nível profundo da história estrutural de maior duração” (Ver Cardoso & Brignoli, 1990: 27). Braudel, ao ser questionado de não realizar uma história-problema - um dos princípios dos *Annales* - no seu livro *O Mediterrâneo e Felipe II*, respondeu: “A região não é o alicerce da pesquisa.” E acrescentou: “Meu grande problema, o único problema a resolver, é demonstrar que o tempo avança com diferentes velocidades” (*apud* Burke, 1997:52).

³ Assim como a História soube incorporar de modo criativo as técnicas da Estatística e da Demografia, tão caras à Epidemiologia, esta última só tem a ganhar com a contribuição da Nova História sobre o tempo, mas também sobre o espaço e os homens, elementos presentes em praticamente qualquer estudo epidemiológico, com ou sem números.

Essa foi sua grande contribuição ao distinguir o tempo histórico em tempo geográfico, tempo social e tempo individual. Braudel priorizava a *longa duração*, em relação à história dos eventos, que reconhecia como a mais superficial. Entretanto, como competente historiador, ele considerava a história da curta duração como “rica em interesse humano” (Braudel, 1992: 23), daí o cuidado que se deve ter com a história dos acontecimentos, como ele ilustra com essa analogia presente em seus *Escritos sobre a história*:

Guardei a lembrança, uma noite, perto da Bahia, de ter sido envolvido por um fogo de artifício de pirilampos fosforescentes; suas luzes pálidas reluziam, se extinguíam, brilhavam de novo, sem romper a noite com verdadeiras claridades. Assim são os acontecimentos: para além de seu clarão, a obscuridade permanece vitoriosa (*Ibidem*).

Pierre Vilar, um historiador marxista vinculado ao movimento dos Annales, argumenta, a partir de Braudel, que o *espaço* é tão relevante quanto o tempo e a dimensão social: uma ‘aldeia’, uma “cidade” ou uma “usina” (ou uma instituição qualquer como, por exemplo, *um manicômio*), não são fundadas “de qualquer maneira” (Vilar, 1995: 169).

Estudar a maneira como a instituição manicomial foi criada na segunda metade do século XIX na Bahia e como permaneceu até meados do XX, será uma das tarefas desta pesquisa histórica, articulando, portanto, tempo, espaço e homens. Homens e mulheres, assim no plural, nunca esqueçamos, pois, como diz Heller (2000: 2), são os portadores da objetividade social, a quem cabe a construção e transmissão de toda formação social.

Retornando a Bloch, no seu ensaio sobre o “ofício de historiador”, ele chama atenção para o caráter aparentemente paradoxal do tempo histórico: “Ora, esse tempo verdadeiro é, por natureza, contínuo. É também perpétua mudança. Da antítese destes dois atributos procedem os grandes problemas da investigação histórica” (Bloch, 1997: 90; grifo nosso). Ao usar a expressão “no tempo”, esse grande medievalista defende um movimento em duas vias, compreender o passado pelo presente e o presente pelo passado, uma vez que é tal a força da solidariedade das épocas que os laços de inteligibilidade entre elas se fazem nos dois sentidos (*Ibidem*, p. 100).

Uma ciência dos homens no tempo, como foi definida acima, tem de vincular incessantemente o estudo dos mortos ao dos vivos. Le Goff (1996a: 26) enfatiza essa

interação entre passado e presente, baseando-se na reflexão de Lucien Febvre (1989:257-258), que considerou essa interação como a função social da história. Pela lucidez e síntese, citemos, agora nos próprios termos do autor, conforme foi prometido no início deste capítulo:

A história, que é um meio de organizar o passado para impedir de sobrecarregar os ombros dos homens. (...) Porque, quer queira quer não - é em função das suas necessidades presentes que ela recolhe sistematicamente, e em seguida classifica e agrupa os fatos passados. *É em função da vida que ela interroga a morte.* (...) Organizar o passado em função do presente: é aquilo a que poderíamos chamar a função social da história (Febvre, *ibidem*; ênfase nossa).

Vimos acima que se pode fazer uma ponte entre o objeto e o objetivo, entre a definição e a finalidade na História, pois escrever a História não é um ato diletante, nem pitoresco, mas um trabalho que possibilita aos homens, através do conhecimento do seu passado, compreender as razões que explicam sua situação presente e identificar de modo racional as perspectivas, das quais, sob as circunstâncias dadas, possam partir as escolhas e decisões na construção do futuro⁴. E isto é válido até para os sistemas físicos, pois Prigogine (1996: 111), ironizando o determinismo laplaciano, afirma: “O futuro não é mais dado. Torna-se, como havia escrito o poeta Paul Valéry, uma ‘construção’ ”.

Os tempos históricos e as práticas psiquiátricas

A situação periférica e subalterna da psiquiatria brasileira, sob a influência dos grandes centros hegemônicos, impôs que fosse retrçada, ainda que de modo breve e panorâmico, a história da psiquiatria nas sociedades ocidentais, européias e norte-americanas. Um recurso necessário, inclusive, para que possamos, comparando as similitudes e diferenças, dar conta da “cor local”, ou seja, daquilo que em nossa prática psiquiátrica, brasileira e, em especial, baiana, merece atenção pela sua especificidade.

⁴ Sustenta-se aqui, claramente, uma tese contrária a de uma vertente pós-moderna que quer abolir a mudança, quando, de modo explícito ou implícito, proclama “o fim da história”. Ver em Anderson (1999) um levantamento das diferentes formas dessa idéia, de Hegel a Fukuyama. Desde o momento em que se proclamou sua morte, Clio – a musa da história - riu e de lá pra cá, já registrou novos fatos da *história* e novos capítulos da *História*.

Para essa análise de longa duração, feita no capítulo 1, com mais de 400 anos, cobrindo desde os procedimentos de expulsão no Renascimento e da reclusão indiferenciada da época clássica, ao cuidado médico sobre a loucura (a psiquiatria no sentido estrito) do final do século XVIII até o final do século XX, utilizaremos a noção de “movimento psiquiátrico”, entendida não apenas como um *movimento ideológico*, como foi utilizado por Arouca (1975) no seu estudo já clássico sobre a medicina preventiva, mas também como *uma estratégia* que envolve um sistema de idéias, valores, crenças e de práticas, técnicas e, concomitantemente, político-sociais.

Nessa leitura em grande plano da história da psiquiatria nas sociedades ocidentais, apresentaremos a tese da psiquiatria como uma prática permanentemente em crise, sendo o manicômio o principal pomo de discórdia, centro dessas rupturas e reformas. A noção de movimento de reforma mostrou-se não só adequada para um estudo em grandes planos, num nível maior de abstração, como possibilitou também o uso da categoria gramsciana de *hegemonia* (Gramsci, 2000b: 48), conceito versátil para dar conta de relações de domínio e direção, sem reduzir nem à coerção (força física, inclusive) nem à idéia mecânica de manipulação. Desse modo, os movimentos de reforma da psiquiatria e saúde mental, *hegemônicos* e *contra-hegemônicos*, nas sociedades ocidentais, européias e norte-americanas, são apresentados no próximo capítulo (Cap. 1).

Seguindo o desenho lógico, descreveremos no capítulo 2 a história da psiquiatria no Brasil, desde a luta e depois construção do primeiro hospício no Brasil Imperial, em meados do século XIX até o início dos anos 50 do século seguinte, que será também o marco limite da análise na Bahia, na segunda parte da tese. Como não há um movimento psiquiátrico autóctone no país, analisaremos como se deu a incorporação dos saberes e práticas das reformas psiquiátricas produzidos nos grandes centros de difusão. Será um estudo ainda panorâmico, mas já introduzindo, além da história conjuntural, registros episódicos de acontecimentos, sobretudo relacionados à instituição manicomial, para servir de referência ao processo de implantação e desenvolvimento da psiquiatria asilar na Bahia.

Nos três capítulos seguintes (3, 4 e 5), nos quais estudaremos as diversas formas de cuidado à loucura na província e depois estado (unidade federada) da Bahia, o estudo

torna-se mais empírico, priorizando as conjunturas e a microanálise dos acontecimentos. Serão cem anos da prática psiquiátrica local, tomando como marco inicial o envio de alienados internados num hospital geral da Santa Casa para o único hospício do país, em 1853, na Corte, até um momento de grave crise no manicômio, que resultou na vinda de uma equipe do Distrito Federal, em 1947, num contexto de redemocratização do país e do estado.

Aqui, como o tempo histórico privilegiado é o da curta duração, uma noção fundamental será a de “vida cotidiana” para a análise de uma determinada instituição. Com base na tese de Heller (2000: 20), segundo a qual a vida cotidiana não está fora do acontecer histórico, mas no seu centro, entendemos que retrazar a vida cotidiana institucional, em paralelo, com a vida de qualquer ser humano, não será a impossível tarefa de descrever todos os aspectos de sua particularidade. Outro elemento ressaltado pela autora é o de cada pessoa, e nós diremos cada instituição também, ser simultaneamente particular e genérica (*Idem, ibidem*). Grandes autores na literatura, por exemplo, são capazes de abordar o mundo a partir da aldeia ou província. E, na filosofia, a partir de si mesmo, enquanto ser particular e humano-genérico.

Estudar a vida cotidiana de um manicômio significará a identificação dos fatos que transcendem essa cotidianidade, tanto os momentos em que seus agentes, os sujeitos das ações, superam a particularidade e se elevam ao patamar humano-genérico, quanto os momentos de catástrofes, *catástrofes da vida cotidiana* (*Ibidem*, p. 36). Ao contrário daqueles acontecimentos comparados por Braudel (1992) aos vaga-lumes na escuridão, os fatos socialmente relevantes funcionam mais como farol e eles partem da vida cotidiana e a ela retornam. A narrativa histórica, a *história* apresentada nas *obras de História*, tem esse efeito aparente de tornar esses episódios em grandes ações não cotidianas. Ao transcender, não significa que o fato relevante ocorreu fora da cotidianidade. Pelo contrário, reiteramos: ele parte dela e a ela retorna. É esse movimento que explica porque o tempo histórico é continuidade e mudança.

É hora de retornarmos à questão metodológica e discutirmos as fontes de dados que nos possibilitaram estudar a vida cotidiana de uma instituição no passado. Como veremos, há na época menos remota, a presença de testemunhas oculares, mas a maior parte da observação está presente nos documentos, em diferentes tipos de testemunho.

3.3 - A Observação histórica: Testemunhos voluntários e involuntários.

A observação científica pode ser direta e indireta. Uma tese consagrada é aquela que afirma ser o conhecimento histórico baseado apenas na observação indireta dos fatos, através dos testemunhos conservados, especialmente os documentos escritos. Essa crença, como vimos, serviu de justificativa para uma obsessiva concentração do historiador do paradigma tradicional com as “fontes”, que, mais do que uma condição necessária, tornou-se a própria pesquisa histórica.

A História concebida apenas como estudo do passado, das épocas que nos precederam, só é possível pelas observações indiretas, que, segundo uma visão corrente, não teriam as qualidades da observação direta. Ora, concebendo a História como a ciência que estuda os homens *no tempo*, o historiador pode observar processos de longa duração que ainda estão em curso, bem como, numa análise de conjuntura, pode estudar fenômenos do momento atual, ainda presentes e oriundos de um passado recente.

Em seu livro de metodologia, Bloch (1997: 106; 107) já chamava a atenção de que, por um lado, as próprias ciências naturais incluem nas suas investigações elementos onde a observação direta não é possível. Por outro lado, mesmo nas outras ciências humanas, a observação direta tem de ser relativizada: o economista usando estatísticas, o sociólogo e o antropólogo entrevistando pessoas, são exemplos de observações mediadas. E vai além, quando ilustra sua afirmação de que a posição do investigador do presente não é muito melhor que aquela de quem estuda o passado:

“no tecido imenso de eventos, de gestos e de palavras de que se compõe o destino de um grupo humano, o indivíduo somente se apercebe de um cantinho estreitamente limitado pelos seus sentidos e pela sua faculdade de atenção” (*Ibidem*, p.104)

Mesmo o historiador chegando depois da experiência terminada, não é incomum as circunstâncias estarem a seu favor, com a experiência tendo deixado ‘vestígios’ que não lhe será impossível observar com os seus próprios olhos. “O conhecimento de todos os fatos humanos no passado, o conhecimento da maior parte deles no presente, tem de ser, [segundo a expressão feliz de François Simiand,] um conhecimento por vestígios” (*Ibid.*, p.107). Esse resíduo, perceptível pelos sentidos, é a marca deixada por um fenômeno impossível de captar em si mesmo. Temos aqui mais uma contribuição da escola dos *Annales*, a ampliação da *noção de documento*, rompendo com a dependência

exclusiva do texto escrito da escola positivista. Era o eco da lição de 1862 do mestre Fustel de Coulanges, tão caro aos pioneiros da história nova: “Onde o homem passou, onde deixou qualquer marca da sua vida e da sua inteligência, aí está a história” (Le Goff, 1994b: 539).

Assim, o historiador ampliou suas fontes e, para além do documento escrito, passou a trabalhar com “vestígios materiais” de diversos tipos como artefatos, moedas, brasões, restos descobertos em escavações etc. Outros saberes e ciências tornaram-se parceiros ou disciplinas auxiliares da História. Em relação aos documentos escritos: a Linguística, a Filologia, a Paleografia, a Criptografia etc; em relação aos outros vestígios: especialmente, a Arqueologia, mas também a Numismática, a Heráldica, entre outras. Nesta pesquisa, entretanto, nossas fontes de dados ficaram restritas aos documentos escritos e oral. O registro mais antigo que encontramos de um local específico de acolhimento à loucura na Bahia, no início do século XVIII, foi um documento manuscrito da Santa Casa de Misericórdia.

Em relação aos fenômenos estudados que pertencem ao presente ou um passado recente, o historiador pode, literalmente, trazer à tona o testemunho, pois pode obter os *relatos de testemunhas* (Bloch, 1997: 108). Sobre a psiquiatria baiana e o Hospital Juliano Moreira, em particular, no período estudado, conseguimos entrevistar algumas testemunhas que viveram conscientemente na última conjuntura estudada, de 1930 a 47.

A inovação documental continuou se alargando com o desenvolvimento da *história serial* e da *história quantitativa*, com o uso, de início, nas séries de preços da história econômica, e depois com os registros paroquiais europeus, de nascimento, matrimônio e morte, que possibilitaram a história das massas de Labrousse, Chaunu, e seus discípulos na terceira fase do movimento dos *Annales*.

A história quantitativa modifica a noção de documento, principalmente, com a revolução tecnológica da computação. Furet (s/d: 65), um dos seus mais hábeis manejadores desse instrumento, afirma:

O documento e o dado já não existem por si próprios, mas em relação com a série que os precede e os segue, é o seu valor *relativo* que se torna objetivo e não a sua relação com uma inapreensível substância ‘real’.

Com algumas fontes primárias e cálculos matemáticos, conseguimos nesta pesquisa levantar o movimento de doentes do hospício/hospital de 1911 a 1950, com essa série histórica de permanências, entradas, saídas por altas e óbitos. Com isso, fizemos também a seqüência temporal das taxas de mortalidade e alta hospitalares.

Documento voluntário e involuntário

Para definir *documento*, Le Goff (1996b: 535) o distingue de *monumento* (“tudo aquilo que pode evocar o passado, perpetuar a recordação”) e ressalta o seu sentido de testemunho escolhido pelo historiador e não de prova por si mesmo.

“O documento que, para escola histórica positivista do fim do século XIX e do início do século XX, será o fundamento do fato histórico, ainda que resulte da escolha, de uma decisão do historiador, parece apresentar-se por si mesmo como prova histórica. (...) Além do mais, afirma-se essencialmente como um testemunho *escrito*” (*Ibidem*, p.536).

Outra distinção importante é entre os documentos históricos, que podem ser testemunhos *voluntários*, como a narrativa da guerra entre os gregos e os persas de Heródotos (1988), feita com a intenção explícita de preservar a memória dos acontecimentos, num olhar de grego, por mais isenta que tenha sido sua versão⁵; e os *involuntários*, como por exemplo, os ‘Guias de viagem para o Além’, nos túmulos egípcios; outro exemplo paradigmático são os registros dos interrogatórios dos heréticos cátaros feitos pela Inquisição, que possibilitaram um importante estudo histórico, o *Montaillou* de Le Roy Ladurie (1997).

Mais adiante citaremos exemplos dos dois tipos de testemunhos em nossa própria pesquisa. Em relação aos primeiros, relatos deliberadamente destinados para os contemporâneos ou leitores futuros, eles continuam a ser preciosos ao investigador, em especial para o enquadramento cronológico, mas devem merecer cuidados, pela sua

⁵ “Os resultados das *investigações* de Heródotos de Helicarnasso são apresentados aqui, para que a memória dos acontecimentos não se apague entre os homens com o passar do tempo, e para que feitos maravilhosos e admiráveis dos helenos e dos bárbaros [no caso, os persas] não deixem de ser lembrados, inclusive as *razões* pelas quais eles guerrearam” (Heródotos, 1988:19; g.n). Nas suas *investigações*, ele não esqueceu as *razões*.

intencionalidade. Sobre esses testemunhos voluntários, Bloch (1997: 112) nos sugere uma outra forma de examiná-los:

“aquilo que o texto expressamente nos diz deixou de ser hoje o objetivo preferido da nossa atenção. Atemo-nos, de ordinário, com interesse muito mais vivo, ao que o texto nos dá a entender sem ter tido a intenção de dizê-lo”.

Mas, se a investigação histórica foi levada a confiar cada vez mais no testemunho que não pretendia sê-lo, os involuntários, isto não significa que esses documentos estão isentos de erros e informações falsas. Também cabe aqui a investigação, uma história investigadora, que esteja livre dos preconceitos e possa identificar os equívocos que foram feitos sem premeditação, com o passar do tempo. É necessária, como diz Bloch, a vitória da inteligência sobre o dado, pois, apesar das dificuldades e desafios do conhecimento pelos vestígios, conseguimos em nossas pesquisas “saber muito mais a seu respeito do que aquilo que esse passado achou por bem dar-nos a conhecer” (*Ibidem*, p.113). Mas, para essa vitória, a investigação histórica tem que ter uma direção, porque “os textos, ou os documentos arqueológicos, mesmo os mais claros na aparência e os mais condescendentes, *só falam quando se sabe interrogá-los*” (*Ibid.*, p.60; ênfase nossa). Saber interrogar as fontes, depende da formação histórica do pesquisador, de sua base teórico-metodológica, que possibilitem um conhecimento crítico, logo, externo, ao documento em estudo.

Essa ênfase na *crítica* dos testemunhos, qualquer que seja ele, monumento ou documento, voluntário ou involuntário, está presente também em Le Goff (1996b: 545), autor da terceira geração dos *Annales*: “O documento não é qualquer coisa que fica por conta do passado, é um produto da sociedade que o fabricou segundo as relações de forças que aí detinham o poder”.

Essa relação entre saber e poder, presente na reflexão dos historiadores, é ampliada por Morin (s/d: 15) para todas as formas do saber:

Enfim, em toda a história humana, a atividade cognitiva se achou em interações ao mesmo tempo complementares e antagonistas com a ética, o mito, a religião, a política, e muitas vezes o poder controlou o saber a fim de controlar o poder do saber.

Etapas da pesquisa histórica

Comentaremos a seguir alguns elementos teórico-metodológicos das etapas de análise crítica e de síntese da pesquisa histórica.

1. Organização das fontes históricas: Já discutimos as características da observação histórica, os tipos de documentos e a importância do conhecimento através de vestígios, escritos ou não. Uma etapa importante do trabalho em história pertence ao campo da Heurística, disciplina auxiliar, onde se realiza o trabalho de parceria do historiador com o bibliotecário e o arquivista, atividade que consiste em localizar, reunir e classificar as fontes históricas.

Esta pesquisa enfrentaria obstáculos quase intransponíveis, se este trabalho prévio não tivesse sido feito competentemente pelos arquivistas e/ou bibliotecários da Santa Casa de Misericórdia, do Memorial de Medicina e do Arquivo Público do Estado da Bahia. Nessa primeira etapa do trabalho, conseguimos obter, a partir de fontes primárias, dados contidos em relatórios, ofícios, documentos diversos relativos ao asilo/hospital, que se completaram com informações extraídas de outras fontes, como jornais e revistas publicadas na Bahia, entrevistas com alguns dos agentes envolvidos, que possibilitaram a cronologia e periodização da prática psiquiátrica na Bahia, além de oferecer material para a análise das concepções prevalentes na prática asilar e da situação de saúde e condições de vida dos internados no asilo/hospital.

2. Análise crítica dos testemunhos: o primeiro nível dessa crítica é determinar a *autenticidade* e depois a *veracidade* do documento, ou de qualquer outro vestígio material. Nem todos os relatos são verídicos e os vestígios materiais podem ser também falsificados ou usados equivocadamente. Bloch (1997: 125-6) defende a dúvida metódica, que era considerada uma atitude mental puramente negativa e, não apenas para a metodologia cartesiana, ela se tornou um instrumento do conhecimento.

A *verificação da autenticidade* do documento é feita pela crítica de procedência, determinando, quando necessário, o lugar de origem - origem aqui geográfica e também social -, e a data do testemunho, importante para a cronologia. Às vezes, é preciso fazer a crítica autoral, identificando a autoria de um texto anônimo ou falsamente atribuído a alguém. A mentira e o equívoco podem ser quanto ao autor, a data ou quanto ao fundo,

ao contexto. Achar a impostura, o impostor e descobrir os motivos, pois uma mentira é, à sua maneira, um testemunho (Bloch, 1997: 132).

Não encontramos problemas desse tipo em nosso estudo. Mas, se não detectamos nenhum documento falso, encontramos erros e equívocos no conteúdo de alguns documentos autênticos, em especial nos documentos voluntários de dirigentes da instituição manicomial.

A verificação da veracidade, feita por uma crítica interna ao documento, foi mais relevante para nossa investigação. Todo documento autêntico é verdadeiro, de uma certa forma até mesmo o falso, pois é sempre um testemunho: quem falsificou? quando? por quais motivos? E, em geral, é falso também, porque o documento é sempre uma roupagem. Foucault, adotando o procedimento da dúvida sistemática, em sua obra *A arqueologia do saber*, considera “o questionar do documento” a tarefa primordial da História (Foucault, 1969: 13), pois tudo que ainda for duvidoso, deve merecer cautela. Considerando que a História, atualmente, transforma o documento em monumento, afirma: “a história, nos nossos dias, tende para a arqueologia, para a descrição *intrínseca* do monumento” (*Ibid.*, p. 15; ênfase nossa).

Um exemplo disso, dessa falsificação intencional, como veremos a seguir, no quarto capítulo, encontra-se num documento voluntário do diretor do Hospício São João de Deus, Mário Leal, que num documento voluntário altera a história do manicômio para omitir o papel do Governo de J.J. Seabra, seu adversário político.

Outro passo importante nessa crítica ‘intrínseca’ do documento é a *interpretação*. Aqui a hermenêutica tem o papel de apreender o conteúdo exato e o sentido do texto. Uma hermenêutica, como propõe Ricoeur (1977), que supere a dicotomia entre o compreender e o explicar, para além do traço psicologizante da tradição romântica e do caráter restritivo da vertente estruturalista. Isto requer um conhecimento lingüístico da época e do contexto cultural vigente. É nessa etapa que se dá a passagem para o código do pesquisador, sem deformar o texto, evitando, sobretudo, “o anacronismo: o mais imperdoável dos pecados, no entender de uma ciência do tempo” (Bloch, 1997: 181).

Aqui, foi fundamental superar a noção implícita de um sujeito racional completamente livre e consciente. As análises *marxianas* das ideologias e a descoberta freudiana do ‘inconsciente’ relativizaram o conhecimento desse ‘sujeito transparente’, introduzindo novos cuidados analíticos. Contemporaneamente, o texto passa a ser analisado não só pelo seu conteúdo, pelo que diz, mas também pelo que silencia, pelo que não diz. Um recurso auxiliar tem sido a psicologia do testemunho, muito usada na área jurídica. Como afirma Le Goff (1996b:548):

No limite, não existe um documento-verdade. (...) É preciso começar por desmontar, demolir esta montagem, desestruturar esta construção e analisar as condições de produção dos documentos-monumentos.

Por fim, tanto para verificar a autenticidade e a veracidade do documento quanto para a interpretação de seu conteúdo, um recurso metodológico importante é o de fazer a comparação sistemática de todos os testemunhos disponíveis para cada dado ou “fato” e o de estabelecer a genealogia, ou seja, as condições de sua produção. Com esse procedimento, já estamos na fase analítica do trabalho histórico.

3. *A análise dos dados históricos quantitativos*: às vezes não é só admissível, mas obrigatório, o pesquisador em história fazer uma apreciação quantitativa. Dizer ‘em geral’, ‘a maioria’, ‘uma pequena parcela’ é quantificar e, se isto é necessário, é bom fazer de modo adequado. A inclusão de valores numéricos no texto, a fim de apoiar certas afirmações, remonta aos gregos, porém, o uso sistemático da quantificação é bem recente, começando nos anos 30 deste século pelos historiadores de economia, com suas séries de preços, e se ampliando para a história demográfica, a social e aos outros ramos (Cardoso & Brignoli, 1990: 29-39).

Nossa análise é prioritariamente baseada em fontes de dados qualitativos, mas a orientação metodológica seguida nos permitiu estar abertos às novidades, sobretudo àquelas que só o manejo com os documentos pode proporcionar. Então, na consulta às fontes de dados primários, impôs-se a elaboração de tabelas com dados dispostos diacronicamente, que se revelaram importantes na análise, inicialmente concebida apenas no nível qualitativo, de análise de discursos. Este desdobramento metodológico serviu para refletirmos sobre a dicotomia qualitativo *versus* quantitativo e concluímos

como uma falsa questão, como veremos adiante, quando nos reportamos especificamente para a pesquisa do Hospital Juliano Moreira.

Com o princípio da História-problema, uma das lições dos *Annales* (Furet, s/d: 84), o pesquisador descobriu que uma série qualquer de dados só tem sentido quando é construída para responder a uma pergunta muito precisa. Em outras palavras, “a história sistematicamente quantificada pressupõe que as hipóteses de trabalho dos historiadores, dantes implícitas e inconfessadas, tornem-se explícitas, claramente colocadas” (Cardoso & Brignoli, 1990:30).

Em relação à análise crítica num estudo de série histórica, não é só a autenticidade e a validade das afirmações obtidas que importam, pois é também relevante demonstrar a homogeneidade e coerência interna das séries de dados, que são recolhidas e construídas pelo pesquisador, bem como sua pertinência em relação aos objetivos delineados.

4. *A cronologia e a periodização*: o historiador, inevitavelmente, vai selecionar, recortar, isto é, construir seu objeto. Um outro passo preliminar é a elaboração de uma cronologia, ou seja, a disposição de modo linear, contínuo, das informações. Vilar (1983: 98), analisando a obra histórica *marxiana*, identifica esse procedimento onde “ele se dedica a elaborar, para longos períodos antigos, longas cronologias”. É a partir daí que se torna possível a identificação dos movimentos, das “mudanças” e, assim, realizar a demarcação dos períodos a serem analisados. Para Walter Benjamin, “escrever história significa dar às datas sua fisionomia” (apud Benjamin & Osborne, 1997: 275)

Esse momento em que se deve passar da investigação para a exposição, para *escrever história*, é destacado por Marx (1975: 16), em uma de suas análises históricas:

a investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento, e de perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real.

Para realizarmos a periodização, ainda no momento da investigação, foi feito um estudo preliminar de dados (*copiã*) que possibilitou a organização de modo linear e

cronológico das informações relativas. Esse estudo panorâmico dos acontecimentos da história da prática psiquiátrica na Bahia e, em especial, do manicômio, elemento nuclear dessa prática, compreende desde registros do século XVIII, do Hospital da Santa Casa até a transferência do Hospital Juliano Moreira para Narandiba, na periferia de Salvador, em 1982. Depois desse levantamento inicial, tornou-se possível a elaboração da *periodização*, com o estabelecimento das diversas conjunturas, que nesta pesquisa abrange até os anos de 1947-50. O estudo da conjuntura de 1950 a 1982 ficará para um possível trabalho de pós-doutorado, caso esta investigação demonstre sua relevância e pertinência.

5. *O método de exposição e o estilo*: A exposição não é uma simples descrição dos fatos encadeados apenas pela ordem cronológica, e sim o momento de concatenar as conexões íntimas do objeto em investigação, que não é dado, mas construído de modo crítico:

o método de exposição não deveria ser determinado pelas fontes literárias dadas, mas deveria nascer e ser ditado pelas exigências críticas e culturais da atualidade, às quais se quer dar uma solução científica e orgânica (Gramsci, 1999: 322).

Assim como o pesquisador de laboratório oferece no seu item “material e método”, uma descrição detalhada que possibilite a outros verificar os resultados do experimento, por analogia - uma vez que em história não será um produto, mas uma fonte de dado -, na exposição de seu estudo, o pesquisador só tem o direito de fazer uma afirmação sob a condição de poder ser verificada. Logo, se um historiador utilizar um documento, ele deve indicar a sua procedência, garantindo assim a maneira de como outro pesquisador possa localizá-lo. Dever que, para Bloch (1997: 128), equivale a “submeter-se a uma regra universal de probidade”.

3.4 - Fontes e análise dos dados desta pesquisa sobre a prática psiquiátrica na Bahia

O objeto principal de investigação - o asilo/hospital Juliano Moreira, em Salvador-Bahia, com seus internos, seus agentes, com seus saberes e recursos terapêuticos, no período de 1874 a 1950 - tem sido redefinido historicamente, na dependência das orientações sofridas pela prática psiquiátrica em geral, e pela prática manicomial em particular, enquanto práticas técnicas e simultaneamente sociais. Diante disso, um

cuidado metodológico permeou todo o processo de investigação, qual seja, o de estudar o hospício sem esquecer a sociedade da qual ele é fruto, onde ele sempre esteve inserido e cujas determinações o ultrapassam. O equívoco metodológico desse “esquecimento” tem sido frequentemente apontado em estudos de casos. Como exemplo deste limite em estudos sobre o manicômio, encontramos no minucioso trabalho sobre as *instituições totais* de Goffman (1974), fruto de sua matriz teórica de referência, que ao privilegiar a microanálise institucional, praticamente ignorou os determinantes estruturais.

Na primeira parte, para elaborarmos o referencial histórico da prática psiquiátrica, utilizamos fontes secundárias, construindo uma cronologia e periodização dos movimentos psiquiátricos nas sociedades ocidentais e de sua assimilação na psiquiatria brasileira, em especial, na prática asilar/manicomial.

Para os movimentos de reformas psiquiátricas, apresentados no capítulo 1, utilizamos tanto uma historiografia tradicional, como os trabalhos de Rosen (1974), Alexander & Selesnick (1980) e Kaplan & Sadock (1990), quanto os estudos críticos de Foucault (1999) e Castel (1991), Guattari (1974), bem como de registros dos próprios agentes da prática psiquiátrica, sobretudo dos movimentos contra-hegemônicos, como Basaglia (1991), Jervis (1991), Rotelli (1992) e Laing (1973 a; b).

Em relação à Psiquiatria brasileira, abordada no capítulo 2, embora ainda mal conhecida, vem merecendo recentemente maior atenção por parte dos pesquisadores voltados para a temática histórica. Por um lado, recorreremos tanto a uma historiografia descritiva, rica em dados, como os trabalhos de Isaías Paim (1976), Tácito Medeiros (1977) e Darcy Uchôa (1981), bem como estudos baseados numa historiografia contemporânea, problematizadora, como os de Machado (1978), Costa (1981), Amarante (1995) etc.⁶ Por outro lado, facilitado pelos avanços que a informatização possibilita à pesquisa bibliográfica, utilizamos, na medida do possível, os próprios trabalhos de época (ver a bibliografia do capítulo), analisando os textos dos próprios agentes mais relevantes da prática psiquiátrica do período estudado, desde os primeiros

⁶ Como o manicômio ocupa um lugar central na psiquiatria brasileira e baiana, sobretudo neste período, de meados do século XIX ao início dos anos 50 do século seguinte, levamos em conta também alguns trabalhos, mais específicos, que tiveram como objeto de pesquisa uma determinada instituição manicomial. Entre esses estudos, cabe destacar a história do Hospício de Juquery, de Maria Clementina P. Cunha (1986), a do Hospital de Jurujuba, em Niterói, de João Kiffer Neto (1995) e do Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador (Manicômio Judiciário), de Maria Fernanda T. Peres (1997).

alienistas, como Teixeira Brandão, Juliano Moreira, os legistas voltados para a psiquiatria forense e as questões da assistência psiquiátrica, como Nina Rodrigues e Afrânio Peixoto, os psiquiatras higienistas, como Gustavo Riedel, Esposel, Fontenelle, Ernani Lopes, e os discípulos e seguidores de Juliano, como Franco da Rocha, Ulisses Pernambucano, Aduino Botelho, Lopes Rodrigues, entre outros.

À luz desse referencial histórico apresentado na primeira parte, estudamos a prática psiquiátrica na Bahia, no período delimitado, de quase cem anos. Para tanto, identificamos três conjunturas, correspondendo aos três capítulos dessa segunda parte. São elas:

- A primeira conjuntura (analisada no capítulo 3) abrange desde as formas de confinamento da loucura em prisões e nos porões do hospital da Santa Casa da Bahia, com destaque para o envio de alienados desse hospital ao único hospício do Império, em 1853, bem como o período iniciado pela inauguração, em 1874, do asilo de alienados na Província. O que unifica toda essa conjuntura é o papel hegemônico da Santa Casa de Misericórdia, responsável pelo hospital geral que internava os loucos, pelo envio deles ao Hospício Pedro II da Irmandade do Rio de Janeiro e pelo controle e direção do asilo de alienados da Bahia até 1912.

- A segunda conjuntura (no capítulo 4), que vai do afastamento da Santa Casa, quando, em maio de 1912 o manicômio se tornou uma instituição estatal, sob direção médica, até a crise de 1930, que determinou uma descontinuidade administrativa no hospital, com a mudança governamental no país e no estado. Esse foi um período de expansão pavilhonar do manicômio e de crescimento da população internada.

- A terceira e última (capítulo 5) é a do manicômio na conjuntura pós-30, onde o hospital sofreu as conseqüências da instabilidade tanto do governo provisório quanto do hiato constitucional de 35-37, e mostrou-se permeável em suas práticas ao contexto autoritário do Estado Novo. O período se estende até meados dos anos 40, no cenário do avanço redemocrático do país e do estado, onde uma grave crise institucional no hospício atingiu um nível político social insuportável, levando o governo eleito a realizar uma intervenção, que se concretizou com a presença de uma equipe vinda do Rio de Janeiro, então Distrito Federal, para dirigir o Hospital Juliano Moreira.

Para a investigação de cada uma dessas conjunturas, com base no nosso referencial teórico, utilizamos o recurso analítico de distinção dos elementos da *prática psiquiátrica*. A apresentação dos resultados da pesquisa será feita levando-se em conta essa distinção analítica, pois dividimos cada capítulo, referente a cada uma das conjunturas acima delimitadas, em três secções:

- Na primeira secção, estuda-se o *contexto político-social e institucional* das práticas, seja do relacionamento do governo provincial com a Santa Casa e o asilo de alienados, no caso da conjuntura inicial (capítulo 3), seja do Estado, enquanto governo, parlamento (quando for o caso) e aparato judiciário, com o manicômio avocado (capítulos 4 e 5). Sempre que possível, buscou-se identificar o papel das organizações da sociedade civil, como as entidades médicas, a imprensa ou mesmo personalidades importantes, que se relacionaram com a instituição de tal modo que ganharam um significado histórico, pois deu-se ênfase aos acontecimentos ou episódios relevantes que transcenderam, portanto, à vida cotidiana do manicômio.

- Na segunda secção, apresenta-se a análise dos *agentes*, intelectuais ou não, seus *saberes e técnicas* usados na prática manicomial. Na medida do possível, levantou-se dados da *formação* desses agentes, sobretudo do profissional médico especializado, inicialmente denominado de alienista e depois de psiquiatra.

- Na terceira secção, o elemento destacado é o *paciente*, objeto/sujeito da prática. Analisaremos a composição social dessa população manicomial, que, nos três períodos, não foi homogênea, descrevendo as principais características de cada categoria. Descreveremos as condições de saúde e de vida desses internados no manicômio, identificando sempre que possível as doenças mentais mais freqüentes, bem como as causas de mortes. Como identificamos a morte do asilado como umas das formas de violência contra o paciente, ousamos ir além do nível descritivo, buscando os elementos explicativos, os determinantes dessas tragédias – pequenas e grandes – na vida manicomial.

Definidos os períodos e os elementos de análise, apresentamos agora as fontes de dados e o modo como foram utilizadas nessa etapa do estudo. Ao contrário do estudo

panorâmico e do uso das fontes secundárias nos capítulos iniciais (1 e 2) da Parte I, o tempo priorizado nas Partes II e III (capítulos 3, 4 e 5) foi o da curta duração, o tempo conjuntural, e a prioridade foi para a pesquisa das *fontes originais* com dados primários, conforme o organismo responsável pelo manicômio (Santa Casa de Misericórdia ou Governo Estadual), além de outras instituições com vínculos com o manicômio, como a Faculdade de Medicina, órgãos da imprensa médica ou leiga etc. As principais fontes primárias dos dados utilizadas foram:

- *Gazeta Médica da Bahia*, revista médica baiana de grande valor histórico, que foi editada de forma ininterrupta desde 1866 até 1934. Contamos com um livro contendo o índice cumulativo de 1866-1976 da Gazeta (Sant'Anna & Teixeira, 1984), que muito facilitou a pesquisa bibliográfica sobre o asilo de alienados e a produção dos alienistas e psiquiatras baianos. *Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia*. Algumas revistas abordaram a questão da assistência psiquiátrica, especialmente os últimos números editados nas primeiras décadas deste século. *Tese inaugurais* dos estudantes da Faculdade de Medicina, com temas de psiquiatria e áreas afins. A Gazeta, a Revista e as Teses estão organizadas no Memorial de Medicina, no Terreiro de Jesus.

- *Relatórios Anuais dos Provedores da Santa Casa de Misericórdia da Bahia e dos Diretores do Asilo São João de Deus*, bem como *Ofícios Diversos* do Asilo, da Mesa e da Junta da Santa Casa, guardados nos arquivos dessa Irmandade, instituição que foi responsável pela administração do asilo no seu período inicial, que foi uma das conjunturas investigada nesta pesquisa.

- *Falas anuais dos Presidentes da Província*, no Império, e *Mensagens anuais dos Governadores*, no período republicano, em volumes que incluem também os *Relatórios dos Secretários e/ou dos Diretores do hospício/hospital*. *Ofícios expedidos e recebidos, memorandos, processos, pareceres, relatórios de inquéritos* etc., do hospício avocado pelo Estado. Todo esse material se encontra organizado em volumes ou caixas no Arquivo Público de Estado da Bahia – APEB.

- *Regulamentos* do Hospital Juliano Moreira, *Códigos sanitários, Portarias, Ofícios diversos* etc., encontrados na Biblioteca do Hospital Juliano Moreira e no Arquivo Público do Estado.

- Jornais diários da Bahia, desde o *Diário Oficial do Estado*, com dados dos três poderes, mas também a imprensa leiga, como os extintos *O Imparcial* encontrado no Instituto Histórico e Geográfico, o *Diário de Notícias*, o *Diário da Bahia* e, o ainda presente jornal *A Tarde*.

Identificadas as fontes primárias da segunda e terceira partes do estudo, cabe aqui detalhar como foi a sua utilização nos diversos períodos. Em relação ao período do asilo sob a administração da Santa Casa de Misericórdia (1874-1912), utilizamos os estudos já produzidos, como a dissertação que iniciou esta releitura do manicômio e da psiquiatria baiana no século XIX (Jacobina, 1982) e os trabalhos subseqüentes de Bastos (1985) e Sena (1996). Para as fontes primárias, destacamos os acervos do Memorial da Faculdade de Medicina e, principalmente, da Santa Casa.

No Memorial de Medicina, analisamos principalmente os artigos e informes da *Gazeta Médica da Bahia*, que já tinham sido usados como o material básico da nossa dissertação, bem como algumas “teses inaugurais” dos formandos de medicina da época, que abordavam temas de psiquiatria. A riqueza maior de dados ficou por conta da pesquisa do Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia (ASCMB), com os documentos surpreendentemente preservados e organizados, num país e estado de péssima memória histórica, sem tradição em sua preservação.

Usamos os *textos manuscritos* do século XVIII e XIX, tanto os organizados em volumes numerados, quanto os avulsos, ordenados por ano. São documentos predominantemente involuntários, feitos mais para as necessidades da organização burocrática da Irmandade, do que uma documentação voltada para divulgação aos contemporâneos ou como registro para o futuro. Em relação aos *impressos*, pesquisamos os regulamentos e, sobretudo, os relatórios anuais dos Provedores. Testemunhos voluntários, elaborados de modo muito parcial, pois como disse Nina Rodrigues, em sua famosa “Memória Histórica” de 1896, ninguém é capaz de falar com inteira isenção de sua própria gestão (Nina Rodrigues, 1976: 14-15). Ainda assim, esses relatórios foram muito importantes para a cronologia e como fonte dos acontecimentos relevantes.

Para a investigação do hospício estatal, ainda usamos os artigos e informes da Gazeta Médica, porém as fontes primárias estavam organizadas no Arquivo Público do Estado da Bahia. Lá encontramos as mensagens dos governadores, que traziam trechos ou muitas vezes o relatório completo do dirigente estatal responsável pelo setor ao qual o hospício estava vinculado. Uma forma de aferir a importância da instituição manicomial era o destaque que seu relato ocupava neste setor (Secretária de Justiça e Negócios Interiores, depois Educação e Saúde, Departamento de Saúde Pública etc) e na mensagem governamental.

Uma fonte fundamental, sobretudo pela opção teórico-metodológica de analisar *a vida cotidiana* do hospital, foram os documentos ordinários, testemunhos involuntários, como ofícios expedidos e recebidos, memorandos, pareceres etc. Eles estão razoavelmente ordenados em caixas, por ordem cronológica. Essa fonte preciosa de dados permitiu um confronto com muitas daquelas informações apresentadas nos documentos voluntários das “mensagens” dos governantes e dos “relatórios anuais” dos secretários e diretores. O mesmo aconteceu com os depoimentos nas entrevistas gravadas. Para esses testemunhos adotamos a dúvida sistemática proposta tanto por Bloch (1997: 125) quanto por Foucault (1969: 13), procurando, em relação aos dados fornecidos e acontecimentos narrados, mais de um registro e de fontes (e sujeitos) diferentes, como elemento de verificação, ainda assim relativo e merecendo cuidado.

Muito valioso foi também o uso do material encontrado sobre o manicômio em jornais, inclusive o Diário Oficial do Estado, e revistas, com destaque para a “Bahia Ilustrada”, do início do século XX. Sua utilização foi particularmente útil para a análise das concepções prevalentes na sociedade como um todo - parlamento, imprensa, opinião pública etc. -, sobre a questão da loucura e do cuidado ao louco.

Estivemos sempre conscientes que predominavam nessa *produção discursiva* aqueles sujeitos da prática que detinham o poder, mesmo entre os agentes. Era um limite e um desafio sempre presente na análise histórica, pois são os que detêm o poder (os *intelectuais* ou, para usar a linguagem encontrada nos documentos, o *pessoal superior*, sobretudo o diretor) os que mais facilmente deixam os monumentos e os documentos. Portanto, essas fontes mereceram um cuidado especial no momento da análise da produção discursiva institucional. Esse cuidado metodológico evitou um erro quase cometido. Ao encontrar uma pasta com um inquérito (o de 1925, no HJM), de início

fixamo-nos no relatório impresso pela comissão de sindicância, desprezando os “autos de pergunta”, em manuscrito. Mas, ao seguir a orientação metodológica, com muito esforço na leitura desse material, encontramos a voz de um sujeito quase tão silenciado quanto o paciente, o discurso do trabalhador manual ou *peçoal inferior* (ver capítulo 4).

Ainda em relação aos discursos dos agentes da prática, inspirando-nos no estudo de Peres (1997), buscamos identificar dois tipos de condutas: a) *as condutas terapêuticas*: aquelas voltadas para as finalidades clínicas de tratamento e alívio do sofrimento do paciente, onde havia uma escuta sincera do paciente, uma busca de compreensão da necessidade psicopatológica do internado e um compromisso com sua recuperação e reabilitação; b) *as condutas de exclusão*: aquelas adotadas em consequência de comportamentos dos pacientes considerados “desviantes”; as de caráter punitivo, de recriminação, ignorando as demandas dos internados e voltadas para as finalidades mediatas e não manifestas (de exclusão social). Em relação aos discursos dos dirigentes, observamos ainda sua relação com os dirigidos, sejam os pacientes, sejam também os agentes em relação subalterna.

Aprendemos com Foucault (1969; 1997) que o discurso produzido institucionalmente não é neutro nem transparente, sendo inclusive um dos espaços onde o poder se exerce. A análise visará identificar *o discurso interno da instituição - o que ela profere para si mesma e circula entre os que a fazem funcionar* (Foucault, 1997: 30).

Esses relatórios, boletins oficiais da instituição e artigos de seus dirigentes, em geral intelectuais de prestígio desse saber-poder psiquiátrico, além dos depoimentos em entrevistas autorizadas, representam *testemunhos voluntários*, que serviram inicialmente para a cronologia e periodização que elaboramos acima. Mas, se soubermos interrogá-los, como nos sugere Bloch (1997: 113), esses textos podem nos dizer algo sem que seus autores tivessem a intenção de dizê-lo. Sobre o que o passado nos legou, é preciso ter presente o que ele silenciou, como nos aconselha Foucault (1997: 30): “Não existe um só mas muitos silêncios e são parte integrante das estratégias que apóiam e atravessam os discursos”.

Apesar do documento ser expressão das relações de poder (Foucault, 1997; Le Goff, 1996b), o discurso não é monolítico. Portanto, nos testemunhos involuntários e mesmo nos voluntários, buscamos as fissuras, contradições, muito daquilo que escapou aos

mecanismos de exclusão discursiva e de interditos. O maior ou menor êxito nesta busca e a capacidade de interrogar os dados serão medidos no estudo empírico apresentado adiante, na segunda e terceira partes deste trabalho.

O discurso dos pacientes será ouvido de um modo muito indireto. Pois, como é um estudo do passado e numa relação de poder muito assimétrica, o dominado geralmente tem muita dificuldade de deixar os seus registros, como destacaram Cunha (1986) e Peres (1997) nas suas pesquisas com “instituições totais” manicomiais. Assim, mesmo fragmentado e submetido à triagem e seleção pelos dirigentes e seus agentes, vamos tentar escutar o discurso do internado citado nos relatórios, nos exames de sanidade mental, pois em todo este período estudado praticamente inexistem os prontuários, que foram organizados e preservados a partir de Oswaldo Camargo em 1947, marco final de nosso estudo. Às vezes, encontramos registros do próprio punho dos internos ou de familiares que deixaram com os agentes e, eventualmente, foram anexados aos documentos do hospital, na maioria das vezes como prova do estado mórbido e da necessidade de internação psiquiátrica (Cunha, 1986: 118).

Assim como fizemos na dissertação (Jacobina, 1982), procuramos fazer o internado falar, mesmo no silêncio dos óbitos, denunciando, quando fosse o caso, a violência institucional. Usamos o dado estatístico como suporte a muitas das teses detectadas na análise discursiva.

Finalmente, com respeito ao modo como apresentaremos os discursos, a opção foi conserva-los da forma mais fiel possível. E esse procedimento foi feito levando-se em conta a recomendação metodológica de Gramsci (1999: 355), já referida, segundo a qual a exposição não deve ficar ao sabor das fontes, mas ser determinada pela questão cientificamente formulada.

Desse modo, ainda que conservando as concepções literais dos agentes da prática manicomial, buscou-se reinterpretá-las à luz das discussões teórico-metodológicas que, além de expostas aqui e nos dois primeiros capítulos que apresentam o referencial histórico dos movimentos psiquiátricos de reforma e de sua assimilação no Brasil, como poderá ser observado a seguir, permeiam os capítulos que apresentam os resultados originais da pesquisa.

3.5 - *Conhecimento do passado: um processo ininterrupto*

Nesta introdução, inúmeros exemplos de uma nova forma de produzir conhecimento histórico foram citados, em especial dos autores do movimento dos *Annales*. Agora, é o momento de voltar a focar um pesquisador que dialogou com a História, entre outros vários campos, realizando, entretanto, uma obra muito pessoal: o filósofo Michel Foucault. Ele tinha muita clareza de que suas pesquisas apontavam para um rompimento com a tradição e construção de uma nova maneira de produzir conhecimentos:

“De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (Foucault, 1998: 13).

Esta atividade, que para o autor seria a de filosofar, pode ser estendida a todo trabalho crítico. E em que consiste tal prática? O autor reafirma, perguntando: “Se não consistir em tentar saber de que maneira e até onde seria possível *pensar diferentemente em vez de legitimar o que já se sabe?*” (*Idem, ibidem*; g.n.)

Esse estilo foucaultiano faz lembrar um comentário de Bloch (1997) defendendo o estilo contra a crítica de excessiva importância à forma, feita pelos especialistas do método, os metodólogos:

“Evitemos retirar à nossa ciência o seu quinhão de poesia (...) Seria espantosa tolice julgar que, pelo fato de exercer sobre a sensibilidade um apelo tão poderoso, a história fosse menos capaz de satisfazer também a nossa inteligência” (*Ibidem*, p. 78).

Uma história capaz de satisfazer a nossa inteligência, e com estilo, pode ser exemplificada, em nossa área temática, novamente recorrendo à história da loucura de Foucault (1999) que, entre outras contribuições, sem escrever uma história da psiquiatria, estabeleceu, entretanto, um contraponto a toda uma historiografia tradicional, presente nos manuais de psiquiatria, como no capítulo histórico do compêndio de Kaplan & Sadock (1990), ou mesmo em estudos especializados, como o de Alexander & Selesnick (1980).

Ambos os estudos fazem uma análise histórica linear e progressiva, sendo que o abrangente estudo de Franz Alexander e Sheldon Selesnick, historiadores da psiquiatria, comete o anacronismo, *o mais imperdoável pecado* do pesquisador em História, ao sustentar a seguinte tese: “A história da psiquiatria começou quando um homem tentou aliviar o sofrimento de outro homem, influenciando-o” (Alexander & Selesnick, 1980: 41). Essa é a história do cuidado à loucura, não a da psiquiatria, que se constituiu como saber médico especializado no final do século XVIII, nas sociedades ocidentais.

Ao estudar a história da loucura, de sua exclusão e identificar o momento em que a desrazão recebeu o estatuto de doença mental, objeto de uma prática médica especializada, Foucault (1999) rompeu com essa tradição historiográfica cumulativa e esta descoberta realizada pelo filósofo serve, aqui, para ilustrar a tese de que, se o passado é por definição algo que não se pode modificar, o *conhecimento* do passado pode ser modificado. A história da loucura e, conseqüentemente, da psiquiatria, não tem sido mais a mesma depois desta obra. No próximo capítulo, tentaremos demonstrar esse ponto de vista, contextualizando a descoberta foucaultiana sobre o cuidado à loucura.

Assim, por conceber o conhecimento como um processo que, de modo ininterrupto, transforma-se e se aperfeiçoa, e por acreditar que a *história* do Hospital Juliano Moreira e, através dela, de parte significativa da *história* da Psiquiatria baiana são assuntos para a *História*, esta pesquisa pretendeu aperfeiçoar os conhecimentos históricos de ambos – a psiquiatria baiana e seu manicômio - sem necessariamente legitimar o já sabido. Para essa tarefa, usamos muitos dos princípios e diretrizes metodológicos e de instrumentos que foram apresentados neste capítulo.

ESCLARECIMENTOS

I

A língua portuguesa nesses 500 anos desde o ‘achamento’ do Brasil, apresentou poucas mudanças nas suas estruturas morfológica e sintática. O mesmo não aconteceu, porém, com a ortografia, que vem sofrendo inúmeras modificações.

Diante disso, em 1940, foi elaborado em Lisboa, Portugal, o “Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa”, que, em 29 de janeiro de 1942, foi adotado pela Academia Brasileira de Letras (Ferreira, 1986:VIII). Este vocabulário ortográfico, de quase 60 anos, é o que está em vigor atualmente, tendo sofrido pequenas alterações, como as de 1971 (*Ibidem*, p.XIII).

Na transcrição dos documentos do século XVIII até os anos 40 do século XX, optamos por manter a ortografia e a pontuação originais. A leitura dessas transcrições foi testada por leitores tanto especializados quanto leigos no assunto e nenhum deles demonstrou qualquer dificuldade em fazê-la.

Os textos originais anteriores à reforma de 1942 serão apresentados em *itálicos*. Quando algum trecho for destacado pelo próprio autor, retiraremos o *itálico*. Quando o destaque for nosso, usaremos o sublinhador. Nas citações mais recentes usaremos o *itálico* como ênfase do autor ou nossa, conforme o caso (grifo do autor =g.a; grifo nosso = g.n).

II

As fontes primárias são apresentadas na **Bibliografia** e estão organizadas em ordem cronológica. Quando são exclusivas, leva-se em conta os arquivos onde elas foram encontradas. Nas citações feitas no corpo da tese, elas aparecem precedidas das seguintes abreviaturas:

APEB = Arquivo Público do Estado da Bahia.

ASCMB = Arquivo da Santa Casa de Misericórdia de Salvador da Bahia.

Por outro lado, as fontes primárias não exclusivas - artigos de revistas, teses inaugurais, memórias históricas, relatórios etc. -, encontradas em Bibliotecas ou obtidas pelo sistema de Comutação Bibliográfica - COMUT, estão citadas nas referências bibliográficas.

PARTE I

CAPÍTULO 1

O MANICÔMIO E OS MOVIMENTOS DE REFORMA NA PSIQUIATRIA: DO ALIENISMO À PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA

Há uma série de trabalhos que tem estudado a questão da loucura e da psiquiatria a partir de uma perspectiva crítica, buscando apreender seus determinantes sociais e históricos. Tomamos como referência, além da obra clássica de Rosen (1974), a inovadora história da loucura de Foucault (1999), defendida como tese nos anos 60, o estudo sobre o alienismo de Castel (1991), a partir da descoberta foucaultiana, e o testemunho da desconstrução manicomial de Basaglia (1991), obras que, com diferentes concepções, analisam a psiquiatria como prática social.

Esses estudos revelam que a história do manicômio é, pelo menos num primeiro momento, a história da própria psiquiatria. O primeiro ponto a ser discutido, portanto, é o da própria emergência e constituição da psiquiatria, enquanto prática que possui características específicas, decorrentes da forma como se articulam seus elementos a partir das funções que exerce na estrutura social.

A loucura tem sido historicamente objeto de diferentes concepções e, conseqüentemente, diferentes formas de cuidados. Na sociedade grega da Antiguidade, além das concepções mágicas, sob o *ethos* helênico de uma natureza trágica (loucura como *castigo dos deuses* e como *destino*), havia também concepções médicas, como a humoral hipocrática, que nada tinha a ver com a medicina mental do final do século XVIII (Pessotti, 1995; Laín Entralgo, 1978; Alexander & Selesnick, 1968).

Entre as contribuições pós-hipocráticas, destaca-se a de Areteu da Capadócia (*Araeteus*, séc. II-III d.C.), cujas observações sobre as diferentes formas de loucuras, em especial a distinção entre mania e melancolia, levaram dois estudiosos franceses da medicina mental do século XIX, Ball e Ritti, em 1882, a cometer um anacronismo, ao considerarem Areteu como um “grande alienista” (Pessotti, 1995: 63).

Estas concepções não desapareceram com o final do mundo antigo, a primeira, religiosa, que na Idade Média transformou os deuses em demônios e, sobretudo a

hipocrática, que ganhou outras contribuições como a da tradição galênica (Pessotti, 1995). Assim, no período medieval, mesmo com o predomínio dessa *visão de mundo* demoníaca, conviveram também outras formas de concepção e de cuidado sobre a loucura. Foi somente na época moderna, como em outros campos de conhecimento e de prática, que se consolidou um tecno-saber médico específico sobre a loucura, que se tornou hegemônico a partir do final do século XVIII, redefinindo a loucura como alienação, como doença mental.

Essas concepções resultaram em diferentes estratégias de lidar com o indivíduo louco, desde a expulsão da comunidade, os castigos públicos, a reclusão nas prisões, a segregação nos hospitais gerais do século XVII, dentro de uma indiferenciação dos excluídos e marginalizados, até o espaço específico materializado na constituição do asilo de alienados (Foucault, 1999; Pinheiro, 1980). Assim, do *cuidado eclesiástico* (não médico) prestado aos loucos ao interior da igreja, na sociedade feudal, como parte inclusive das funções ideológicas que exercia para a manutenção da ordem social, pouco a pouco foram surgindo as condições determinantes da especificação da prática psiquiátrica na sociedade moderna e contemporânea.

Durante o Renascimento, a *Stultifera Navis*, estranho barco que vagava pelos rios europeus, simbolizava uma importante forma de enfrentamento da questão da loucura, através unicamente de sua exclusão, levando o louco de uma cidade para outra (Foucault, 1999: 9). Porém, tal estratégia mostrou-se insuficiente, a partir das profundas transformações sócio-econômicas que ocorreram nos séculos XVI e XVII.

Nesse período de transição, desestruturou-se a economia feudal, resultando em deslocamentos de grandes massas humanas que, dissociadas dos meios de produção, em grande parte não conseguiram se inserir nas novas estruturas, formando uma população excedente, efeito desse processo conhecido por *acumulação primitiva*, assim descrito:

“marcam época na história da acumulação primitiva, todas as transformações que servem de alavanca à classe capitalista em formação, sobretudo aqueles deslocamentos de grandes massas humanas, súbitas e violentamente privadas de seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como levas de proletários destituídos de direitos” (Marx, 1975: 831).

Para Foucault (1999: 42), a *nau dos loucos* atracou no século XVII para ser retida e mantida já não como barco e sim como hospital, os famosos *Hospitais Gerais* ⁽⁷⁾. Esses não eram estabelecimentos médicos, mas uma instância de ordem da monarquia e da burguesia aliada (que se organizava no período), onde os loucos passavam a conviver com outros confinados: criminosos, vagabundos, mendigos etc., frutos em grande parte do processo social acima citado.

Essa *grande internação* (Foucault, 1999:46-78), esse *grande enclausuramento* em *hospitais gerais* (França) ou em *casas de correção* (Alemanha, Inglaterra), representou uma nova forma de controle social, como parte de uma estratégia geral de centralização do poder utilizada pelo absolutismo europeu, respondendo às exigências da acumulação, fundamental para que fosse consolidado o novo modo de produção. Apesar das diferenças assumidas nos diversos países europeus, tal recurso se constituiu num amontoamento das *classes perigosas* - criminosos, mendigos, loucos etc. - que foram homogeneizadas em uma única categoria, a de pobreza⁽⁸⁾, produto de uma desordem estrutural conseqüente da nova ordem.

Na segunda metade do século XVIII, novas formas de disciplinarização emergiram, substituindo a reclusão indiferenciada anterior, como exigência das profundas transformações, tanto econômicas quanto político-sociais, que estavam ocorrendo nas formações sociais européias.

Na Inglaterra, esse período foi marcado por um grande desenvolvimento das forças produtivas, constituindo-se numa verdadeira revolução - a *revolução industrial* (1760-1830). Tal processo possibilitou a hegemonia de capitalismo industrial nesse país. Na França, com a ruptura revolucionária de 1789, que representou a ascensão da burguesia ao poder político, rompendo o compromisso até então vigente com a monarquia reinante, bem como o desenvolvimento industrial, incipiente em relação ao inglês, foram produzindo mudanças profundas no mundo do trabalho. Os *excluídos* produtivos, progressivamente, foram incorporados à produção industrial nascente, enquanto que os

⁷ Ver Foucault (1999). Nesse estudo, cuja importância será comentada adiante, depois de descrever as práticas de expulsão da loucura, simbolizada na *stultifera navis*, o autor analisa a mudança para as práticas de confinamento, desde os *hospitais gerais* até o nascimento do asilo.

⁸ Deve-se salientar que tal homogeneização na categoria "pobreza" representa um mecanismo ideológico de deslocamento, pois o desemprego enquanto manifestação de efeitos negativos da nova estrutura social, é substituído pela incapacidade individual, cuja responsabilidade é também individual.

não-produtivos foram objetos de estratégias específicas: penitenciária, beneficente, psiquiátrica etc.

A história da prática de intervenção específica sobre os loucos assume coloridos diversos nos diferentes países. Como esta prática nasceu no espaço asilar, desse modo, pelo menos no seu início, a história da psiquiatria é a história de seu asilo - o *manicômio*.

Antes de iniciar esse traçado histórico, faz-se necessário precisar aqui a escolha de alguns termos. A forma de nomear um objeto não é neutra, pois uma denominação pode servir para a *desistoricidade* e a *despolitização* de seu significado (Barthes, 1982). Por exemplo, os donos das empresas de pesticidas chamam seus produtos de *defensores agrícolas*; em contrapartida, os estudiosos sobre os efeitos deles sobre a saúde humana os chamam de *agrotóxicos*.

Situação semelhante ocorre na saúde mental: nomeiam-se os estabelecimentos de “hospitais psiquiátricos” ou mesmo “clínicas”, tentando neutralizar as características específicas deles, sobretudo as de cronificação e iatrogenia que, por outro lado, levaram os estudiosos da questão a resgatar os termos originários de *manicômio* (do grego *manía* = loucura; *koméo* = lugar onde se cuida, se trata), *hospício* (do latim = *hospitiu*, lugar onde se hospedam os loucos) ou *asilo psiquiátrico* (do grego *ásylos* = casa de recolhimento de pessoas pobres ou desabonadas como mendigos, órfãos, loucos etc.).

O curioso é que, como foi visto aqui, o termo *hospital* (do latim = *hospitale*), não designava um estabelecimento originalmente médico, pois os *hospitais gerais* referiam-se a um local de confinamento indiferenciado dos excluídos da época do Antigo Regime (Foucault, 1999). Mesmo quando se tornou uma instituição específica de cuidados aos doentes, na sua primeira etapa, o hospital era um lugar onde se ia morrer, sendo o altar mais importante que a presença do médico (Foucault, 1993). Só com os avanços da medicina clínica, no final do século XVIII, o hospital passou a ser reconhecido como *máquina de curar* (Ibidem, p.99-101), consolidando definitivamente esse papel de instrumento terapêutico com a medicina flexneriana do início do século XX (Mendes, 1984: 29).

Não por acaso, portanto, o movimento social no Brasil em defesa dos direitos de cidadania dos loucos, entre os quais o de uma assistência digna e reabilitadora, incompatível com os macroasilos e suas práticas predominantemente repressivas, denominaram sua luta de *antimanicomial* (Amarante, 1995). O uso aqui do termo manicômio, como designação preferencial, também não será por acaso.

1.1 - O nascimento do Asilo psiquiátrico e o Alienismo

A psiquiatria francesa, além de oferecer um exemplo claro e bem estudado do processo de constituição da prática psiquiátrica, foi escolhida para um maior detalhamento também pelo fato da grande influência que exerceu sobre a psiquiatria brasileira, pelo menos na sua emergência e desenvolvimento inicial.

Para chegar ao poder político na França, a burguesia contou com o apoio das várias classes e frações de classe (o campesinato, a pequena burguesia urbana, o proletariado da manufatura etc). Este compromisso se expressou na ideologia da liberdade política e da igualdade social, garantido por um Estado que se dizia acima das classes, representando os interesses gerais do povo-nação. Tal ideologia, entretanto, permitiu a introdução das questões sociais (entre as quais a questão da loucura), inspiradas nos ideais jacobinos, embora esses ideais tenham sido progressivamente restringidos no processo que culminou com a completa hegemonia da classe burguesa e o alijamento dos outros grupos sociais da participação no processo político.

Logo no início da Revolução Francesa, toda a população que estava nos hospitais gerais foi desalojada, especialmente aqueles que serviam para o trabalho. Os estudos econômicos e políticos - Quesnay, Turgot - descobriram o homem como riqueza: era a passagem da economia mercantilista para o capitalismo industrial nascente (Foucault, 1999: 406-407). No entanto, dois grupos de confinados criavam dificuldades no desalojamento: os criminosos, que eram responsáveis em sua transgressão às regras e os loucos que, não sendo responsáveis pelos seus atos, eram, entretanto, potencialmente transgressores da ordem, além de improdutivos.

A loucura foi, portanto, um desafio à nova ordem liberal burguesa, no seu projeto de hegemonia, pois o louco subvertia o contrato social e ameaçava a ordem pública, porém

sendo considerado irresponsável, era defendido pela Declaração dos Direitos do Homem, não podendo ser punido arbitrariamente como acontecia no *Antigo Regime*. A importância dessa problemática pode ser demonstrada, conforme Castel (1991:36-46), pela antecipação dela em relação aos outros problemas sociais, como por exemplo o da assistência aos inválidos, aos menores, aos velhos etc., que eram numericamente muito mais significativos que o problema da loucura. As várias tentativas de solução da questão naquele período tão conturbado constituem outra indicação nesse sentido, tendo a loucura transitado por várias instâncias - a policial, a jurídica, a administrativa, a familiar - até chegar àquela que formalizou uma tentativa eficiente de solução: a instância médica.

Assim, vinculado a uma estratégia específica sobre a loucura e com a necessidade de um espaço especial para os insanos, nasceu, no final do século XVIII, o asilo. Para Foucault (1999:399), não por uma consciência *humanitária*, como costumeiramente tem sido representado, pois a presença do louco nas prisões apareceu como uma injustiça *para com os outros* confinados e não como uma injustiça para com o insano, pelo fato de estar segregado junto com os criminosos. Esse autor toma como referência para a emergência do asilo, inicialmente, duas reformas: uma na Inglaterra, outra na França. Na Inglaterra, a reforma tinha um caráter religioso, simbolizada na figura de Tuke e outros *quakers*. Na França, assumiu um caráter ético e médico, simbolizada em Pinel e outros alienistas. Esta última reforma tornou possível o reconhecimento da loucura como doença, doença mental. O nascimento do asilo possibilitou portanto o nascimento da Psiquiatria, enquanto saber e prática sobre a loucura; o asilo foi, então, o espaço através do qual operou-se a estratégia específica de exclusão dos loucos, já diferenciados dos outros confinados.

Através do alienismo e seu tratamento moral, realizado no espaço confinado do asilo, a psiquiatria assumiu como tarefa fazer o louco reencontrar o caminho verdadeiro da razão. Para Gauchet e Swain, segundo Bezerra Jr. (1992: 120), o que caracterizava o tratamento moral era a admissão da possibilidade de *comunicação* com o louco. Para eles, ao invés de signo de exclusão, o asilo refletiria a utopia igualitária dos revolucionários e, sob orientação médica, seu espaço interno seria terapêutico, baseado na noção de que o ambiente modelava o homem.

Quanto ao caráter terapêutico e de inclusão do manicômio, só o exame do que foi feito na prática dentro das suas “paredes terapêuticas”, nesses duzentos anos de existência, possibilita uma resposta adequada. Examinemos, porém, a tese do tratamento moral como uma técnica de comunicação com o alienado. O ponto de partida no tratamento moral era o louco reconhecer a si mesmo como doente, sendo que, para tanto, o alienista poderia usar algumas técnicas que, ao nosso olhar contemporâneo, seriam identificadas como práticas de tortura, mas que na época era um legítimo procedimento terapêutico. A maneira como o alienista francês Leuret realizava, em 1840, o tratamento moral de seu paciente (Foucault, 1994: 168-9), serve para ilustrar essa “comunicação”, feita não enquanto diálogo, mas um monólogo:

“Leuret não tenta persuadir seu paciente que suas idéias são falsas e desarrazoadas.

O que se passa na cabeça do Senhor A. é absolutamente indiferente a Leuret”

(*Ibidem*, p. 169).

Esse monólogo só terminava quando o outro, o louco, o alienado mental, reconhecia a verdade do médico alienista.

É importante assinalar que, quase na mesma época do nascimento do asilo e, em seu interior, da Medicina Mental, ocorreu também o nascimento da Clínica (Foucault, 1977). Esta, superando a fase classificatória (medicina das espécies), cujo estatuto teórico, oriundo das ciências naturais, tinha a doença como abstração, voltou-se para o doente, concreto e singular, possibilitando assim a experiência clínica, cuja permanência pode ser encontrada até hoje (‘O que existe é o doente e não a doença’. ‘Medicina se aprende na cabeceira do leito’). Essa referência à Clínica se prende ao fato de que a Psiquiatria emergiu como especialidade médica, com um referencial já superado, anterior à Medicina Clínica, o das classificações nosográficas, servindo portanto, para demonstrar que a *consciência da loucura* também não foi, no fundamental, uma *consciência científica*.

Não sendo, em sua essência, nem humanitário nem científico, fica a questão do principal plano no qual se deu essa consciência. Situada em seu contexto, a sociedade contratual burguesa, instaurada em 1789, na França, a emergência da Psiquiatria se deu, principalmente no nível político:

“já que ela respondeu a um problema do governo. Ela permitiu administrar a loucura. Mas deslocou o impacto diretamente político do problema para o qual propunha solução, transformando-o em questão puramente técnica” (Castel, 1991:19).

Em suas origens, portanto, a prática psiquiátrica opera a delimitação do seu objeto - o alienado, definido como irresponsável, passível de seqüestração e oriundo, em geral, da população excluída. Num mesmo movimento constitui um saber especificamente voltado para o reconhecimento desse objeto, ou seja, a Medicina Mental classificatória, ao lado de uma tecnologia de intervenção, o tratamento moral. Forma assim os seus agentes, os alienistas, através da criação difusa e reelaboração contínua desse saber e dessa prática, inicialmente num dispositivo institucional específico - o asilo.

O alienismo, entretanto, não era homogêneo. Havia pelo menos duas vertentes explicativas do fenômeno da alienação mental: *uma visão organicista*, que supunha uma lesão localizada no cérebro como a origem da doença e *outra moral*, referida a uma psicopatologia das paixões e a um ambiente social patogênico (Castel, 1991: 108). Segundo Birman (1978: 46), ao estudar o discurso moralista presente no alienismo, essa divisão era explicitada desde aquela época pelos próprios agentes, como por exemplo Falret (*Du traitement général des aliénés*, 1843, p.678), que referia a existência de duas escolas rivais dividindo os médicos alienistas: a “escola somatista” e a “escola psicológica”.

Até o terceiro quartil do século XIX predominou a corrente moral, sob a liderança inicial de Pinel e depois de Esquirol, que no seu *Des maladies mentales*, de 1838, formulou um dos axiomas alienistas mais famosos a respeito do objeto desta pesquisa e que teve muita influência na fase inicial da psiquiatria brasileira e, particularmente, baiana. Segundo Castel (1991: 61), em seu estudo sobre o alienismo, Esquirol considerava o asilo de alienados, em si, um instrumento de cura, o agente terapêutico mais poderoso contra a alienação, caso estivesse na mão de um médico hábil, o alienista, é claro.

A psiquiatria francesa, que nasceu num cenário social imediato à ruptura revolucionária, foi sofrendo reorientações na prática, tanto por modificações internas em seus elementos constitutivos, quanto por determinações políticas e econômicas. Assim, no terço final do

século XIX, com a burguesia tendo realizado seu projeto de hegemonia na França, nesse longo processo que vai de 1789 a 1870/71 (Gramsci, 2000b: 38-39), os ideais jacobinos de liberdade política e igualdade social, retomados pelo socialismo utópico e que tanto influenciaram os seus projetos sociais - entre os quais a *medicina social* ⁽⁹⁾ - estavam derrotados.

No âmbito da prática médica, a medicina bacteriana, que se consolidou no final do século XIX, rompeu com o passado e, segundo estudiosos das ciências biomédicas como o filósofo contemporâneo Georges Canguilhem (1994), inaugurou a medicina científica. Para usarmos a linguagem kuhniana, as descobertas de Pasteur e Koch, entre outros, provocaram uma revolução científica que instaurou um novo paradigma na medicina: o paradigma microbiano. Esse desenvolvimento da Bacteriologia, da “Medicina Científica”, possibilitou o deslocamento da discussão sobre a influência das condições sociais na gênese das doenças, priorizada pela Medicina Social (Rosen, 1994: 200-203), para o plano biológico, deslocando também a responsabilidade social para o âmbito individual.

Antes de relatar o impacto destas concepções na medicina mental, cabe aqui ilustrar esta luta no plano das idéias, simbolizada pela polêmica entre dois importantes médicos alemães: Emil von Behring (1854-1917), um dos mais destacados membros da bacteriologia; e Rudolf Virchow (1821-1902), criador da patologia celular e um dos formuladores do pensamento médico social.¹⁰ Para o primeiro, segundo a análise de Rosen (1980), o estudo das doenças infecciosas podia ser levado adiante “sem a necessidade de *um desvio* para considerações e reflexões sociais sobre política social” (*Ibidem*, p.78-79, ênfase nossa). Virchow, por outro lado, embora reconhecesse a importância das descobertas dos bacteriologistas, ele não aceitava uma relação causal absoluta entre bactéria e doença. “Para ele o bacilo da tuberculose não era idêntico à

⁹ Foucault (1986) considera que, sob o capitalismo, toda medicina é social, na medida em que se orienta para o conjunto da população. Nessa perspectiva o autor analisa a *medicina de estado* da Alemanha, a *medicina do espaço urbano* na França e a *medicina da força de trabalho* na Inglaterra. Essa abordagem, entretanto, apenas dá conta da orientação impressa à Medicina pelas classes hegemônicas, deixando de apreender as propostas que se articularam com a luta contra-hegemônica, como é o caso da Medicina Social francesa, assim denominada por Jules Guerin e a alemã de Rudolf Virchow, em meados do século XIX. Ver Rosen (1994:200-3; 1980) e a análise feita por Donnangelo (1976).

¹⁰ Além de Virchow e Solomon Neumann, destacou-se nesse movimento o psiquiatra Rudolf Leubuscher. Ele formulou um programa de proteção da saúde do trabalhador, onde defendia o limite da jornada de trabalho, a proibição do trabalho de menor de 14 anos, a proteção das mulheres grávidas, redução da jornada em ocupações perigosas, estabelecimentos de padrões de ventilação etc. (Rosen, 1983: 54).

tuberculose”(*Ibid.*, p. 88). O médico social alemão distinguia etiologia de causalidade de doença.

Assim, as descobertas e avanços científicos da medicina bacteriológica foram usados para caucionar uma posição ideológica: a reflexão social como um *desvio* no estudo da determinação e na distribuição das doenças infecciosas.

1.2 - O Organicismo na Psiquiatria

A medicina mental não ficou imune a esta revolução, pois esse movimento na medicina em geral repercutiu entre as concepções divergentes da doença mental, que naquele momento ganharam *locus* institucionais que permitiram o acirramento do conflito entre a psiquiatria asilar (alienista) e a das clínicas de faculdades, sedes do organicismo. Se o alienismo baseava-se na nosografia moral da desordem, remetendo ao terreno social patogênico - Pinel, Esquirol -, o organicismo supunha uma lesão localizada na origem da doença. A medicina “científica” ajudou a desequilibrar a balança em favor do organicismo, que se tornou no final do século passado a corrente prevalecente, recuperando obras anteriores de autores como Bayle e Morel e invadindo o hospício, antes reduto do alienismo.

Para ilustrar o conflito, tome-se a crítica aos alienistas feitas por A. L. Bayle (1799-1858), que identificou a relação de uma doença mental, a Paralisia Geral Progressiva, com uma causa física (encontrou lesões patológicas no cérebro desses pacientes), num período anterior à revolução microbiana.

“Esses sábios autores, [disse Bayle referindo-se a Pinel e Esquirol,] contentavam-se, em geral, *em observar os fenômenos sem procurar remontar à sua fonte, em descrever escrupulosamente os fatos sem querer ligá-los a nenhuma causa produtora*” (*Nouvelle doctrine des maladies mentales*,¹¹ em 1825, p. 8-9, *apud* Castel,1991: 107; ênfases nossas).

A descoberta de Bayle não significou uma questão relevante para o alienismo, baseado numa etiologia moral. Não podendo ser resolvida dentro deste modelo, a questão acabou

¹¹ As bibliotecas não atendem à solicitação de reprodução de artigos ou capítulos de obras como esta de Bayle, ou as de Esquirol, Morel etc. por estarem na categoria de obras raras. Aqui, o *apud* foi inevitável.

obscrecida pela grande discussão da época sobre o papel do desenvolvimento da *civilização* no aumento dos distúrbios mentais (Castel, *ibidem*). Só posteriormente essa descoberta foi revalorizada, quando Fritz Schaudinn identificou, em 1905, o agente etiológico da sífilis e, em 1913, Hideyo Noguchi e J.W. Moore acharam o *Treponema pallidum* no cérebro de pacientes que sofriam de paralisia geral (Alexander & Selesnick, 1968: 217).

Com o agente infeccioso identificado, os “psiquiatras de mentalidade neurológica” (*Idem, ibidem*) julgaram ter obtido o procedimento *exemplar*, no sentido paradigmático estrito: uma psicose - paralisia geral - devido a uma doença - sífilis - causada por um micróbio, o treponema. No entanto, a busca de micróbios como causa produtora de outras formas de ‘doença mental’, apesar da euforia inicial, logo se mostrou limitada na medicina mental.

Uma outra concepção teórica predominantemente organicista, embora não microbiana, exerceu grande influência nas práticas asilares, impulsionando a progressiva superação da concepção moral e social do alienismo. Essa novidade foi a *teoria da degenerescência* de B. A. Morel (1809-1873), segundo a qual as doenças mentais eram hereditariamente transmitidas. Aproximar a medicina mental do tronco comum da medicina era uma perspectiva claramente assumida por Morel, quando escreveu na introdução do seu *Tratado (Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humanine)* de 1857, que sua idéia predominante era “a de vincular, de maneira mais vigorosa do que se tinha feito até então, a alienação mental à medicina geral (Castel, 1991: 261).

Para essa doutrina organicista, a alienação mental, na maioria dos casos, não podia ser curada ou recuperada. Morel buscou superar essa *profilaxia defensiva* do isolamento do degenerado, propondo uma *profilaxia preservadora* para combater as causas das doenças e prevenir seus efeitos.

Castel (1991: 263) ressalta o fato de Morel ser representante da corrente mais liberal entre os alienistas, partidário do *no-restraint*, ou seja da restrição dos meios coercitivos no tratamento. Entretanto, Amarante (1996:58) sustenta que é na obra desse alienista que está a origem da noção de eugenia em psiquiatria. Posteriormente, esta noção acabou servindo para caucionar práticas extremas, em especial a da *interrupção de*

linhagens degeneradas de doentes mentais e deficientes (*Ibidem*), como aquelas que foram implementadas no século XX pelo nazismo (Arendt, 2000: 124).

Essa concepção heredobiológica das doenças mentais foi ampliada pelos estudos e experiências de Magnan, Griesinger, Lombroso, Ribot etc. e se mostrou orgânica com as finalidades sociais exigidas naquele momento histórico da psiquiatria: a de referendar cientificamente, ou seja, com o discurso competente, os processos de exclusão dos pobres, dos imigrantes vagabundos e desordeiros, vítimas já não mais das suas lamentáveis condições de vida, mas de taras e degenerações individuais e raciais (Resende, 1994: 29). Era mais uma vez o uso do velho e eficaz mecanismo ideológico de culpar as vítimas. Segundo Castel (1991), não foi por acaso que Morel construiu sua concepção a partir da observação do proletariado superexplorado da região de Ruão e das populações agrícolas da periferia, chegando a *propor um verdadeiro plano de vigilância das populações miseráveis* (*Ibidem*, p.263).

Enfim, esse movimento penetrou no asilo, não para transformá-lo e sim para instrumentá-lo com seus saberes e técnicas na função de exclusão-reclusão. O organicismo rompia com a noção de recuperação do alienado implícita no tratamento moral e, com a irrecuperabilidade do psicopata e do degenerado, fundada agora em supostas bases científicas, racionalizava o fracasso terapêutico e os altos índices de cronicidade apresentados pela psiquiatria manicomial, com conseqüente incapacidade social dos asilados.

Há uma contribuição, na segunda metade do século XIX, do neurologista francês Jean Martin Charcot (1825-1893) que, embora vinculada ao paradigma organicista, teve efeitos inesperados, pois sua obra clínica, sobretudo sobre a histeria, muito favoreceu a uma outra concepção que valorizava os fatores psicológicos na gênese dos distúrbios mentais.

Em 1862, Charcot foi nomeado médico-chefe da Salpêtrière, que, na época, abrigava mais de cinco mil doentes de moléstias nervosas e mentais (Alexander & Selesnick, 1968:232). Desde então, esse eminente neurologista ganhou fama mundial, com destaque para a qualidade de suas observações clínicas. Ele se interessou por um conjunto heterogêneo de doentes que não se enquadravam nas categorias tradicionais,

grupo que ele classificou de *neurose* ou *histeria*. Charcot usou a hipnose (a sugestão hipnótica) no tratamento desses pacientes com histeria, reabilitando uma técnica que estava desacreditada na medicina da época. Apesar de Charcot detectar um problema que desafiava a concepção organicista, ele não rompeu com este paradigma, buscando explicar o fenômeno no âmbito do próprio organicismo, ao defender a tese de que a histeria era uma fraqueza básica e orgânica do sistema nervoso. Sua obra e sua prática clínica, no entanto, abriram caminho para as descobertas mais originais da psicanálise de Freud (*Ibidem*, p.234).

A superação do alienismo pelo organicismo significou também a consolidação da tradição alemã, em relação à influência francesa, mesmo tendo presenças francesas na matriz organicista, como Charcot. Este processo de globalização cultural se verificou inclusive no Brasil, pois a hegemonia francesa na medicina mental até final do século XIX, simbolizada na figura do alienista João Carlos Teixeira Brandão, foi substituída no início do século XX pela escola organicista alemã, representada na liderança emergente de Juliano Moreira (Amarante, 1998:76-77).

O destaque do organicismo alemão no período foi Emil Kraepelin (1856-1925), que elaborou o sistema nosológico das doenças mentais, em especial sua síntese para a “demência precoce”, que extraiu de Morel, e incorporou como formas clínicas a “catatonía” usada por Kahlbaum e “hebefrenia” sugerida por Hecker. Usou o termo grego pré-hipocrático de “paranóia” para um quadro de delírio de perseguição, usado em 1852 por Laségue.

Outra contribuição foi a distinção da demência precoce da psicose maníaco-depressiva, feita com base no prognóstico menos reservado nessa última. Alexander e Selesnick (1968: 223) comentam que Kraepelin conseguiu introduzir em uma acumulação caótica de observações clínicas “um sistema de entidades de doenças distintas que se manteve notavelmente bem na era presente”. Mas reconhecem que aquela contribuição inicial tornou-se subsequente um obstáculo, em especial a sua concepção fatalista para a “demência precoce” .

“Afixado o rótulo de demência precoce em uma pessoa, esta se tornava um caso numerado, aguardando o destino final da deterioração. Assistência custodial, ainda

que fosse humana, não modificava a atitude niilista do pessoal que cuidava da infeliz vítima” (*Ibidem*).¹²

Com o organicismo, bem como o alienismo que o precedera, a psiquiatria permaneceu fiel a uma tradição médica de cuidado à loucura muito anterior a essa especialidade, que remonta, por exemplo, ao médico Areteu, com sua referida capacidade de classificar os loucos com base, especialmente, no seu comportamento manifesto. A rigor, os nomes que se destacaram nesses primeiros momentos do tecno-saber psiquiátrico - de alienistas morais como Pinel e Esquirol aos alienistas organicistas como Morel e Kraepelin - têm em comum o fato de serem essencialmente criadores ou aprimoradores de sistemas nosográficos.

1.3 - Movimentos de Expansão: Psicanálise e Higiene Mental

No final do século XIX, o modo de produção capitalista, já consolidado nas formações sociais européias, saía de sua fase competitiva para entrar numa nova fase de expansão - o imperialismo. Firma-se a hegemonia das frações industrial e financeira da burguesia. Esse período marca também o retorno à cena política do proletariado, viabilizado pelas novas condições que, contraditoriamente, facilitavam suas organizações - associações, sindicatos, partidos -, tornando mais complexas as relações entre o Estado e a sociedade civil nessas formações sociais.

Nesse contexto e compreendida como um processo contraditório, a hegemonia burguesa foi progressivamente substituindo as medidas coercitivas iniciais pelas mais consensuais, embora as medidas repressivas tenham permanecido na retaguarda, caso os mecanismos predominantemente ideológicos não respondessem satisfatoriamente às questões colocadas pelo contínuo enfrentamento de interesses entre os grupos sociais.

No âmbito da saúde, as legislações de seguro social e previdência, por um lado, e as campanhas sanitárias, por outro, além de seus determinantes econômicos imediatos, marcam a nova direção tomada pela política de saúde nas sociedades européias.

¹² Eugene Bleuler (1857-1937), ao discordar de Kraepelin, que enfatizava a demência prematura dessa doença, e ao considerar a divisão da personalidade como o aspecto central da doença, mudou o nome para “esquizofrenia” (Alexander & Selesnick, 1968: 333-34).

Em relação à Psiquiatria, no fim do século XIX e início do século XX ocorreu o surgimento de um processo de extensão do campo da normatividade. Ou seja, a expansão do objeto de intervenção da prática psiquiátrica, com o desenvolvimento de saberes que buscam dar conta não apenas da *grande loucura* mas, fundamentalmente, dos desvios e distúrbios ou transtornos psíquicos.

Para além da grande loucura: as descobertas da psicanálise freudiana

Nesse período, como um contraponto à hegemonia do organicismo psiquiátrico emergiu uma inovadora teoria - a psicanálise - e sua revolucionária (e ainda polêmica) descoberta - o inconsciente (enquanto processos psíquicos até então insuspeitos).

Freud demonstrou que o psiquismo não se reduz ao consciente e que certos conteúdos latentes da vida psíquica só podiam se tornar acessíveis, superando resistências. No seu trabalho “Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise”, com base nas observações de casos sob hipnose e, principalmente, em suas experiências clínicas, conclui: “A mente do paciente histérico acha-se cheia de idéias ativas, porém inconscientes; todos os seus sintomas procedem de tais idéias” (Freud, 1976 [1912]: 329). Antecipando-se a uma possível objeção, a de se aplicar à psicologia normal conclusões tiradas do estudo de estados patológicos, ele citava exemplos dessas idéias ativas e latentes, que eventualmente afloravam em pessoas sadias, tais como em lapsos de linguagem, erros de memória, esquecimentos de nomes etc. (*Ibidem*, p. 331) e, sobretudo, no material obtido na interpretação dos sonhos (*Ibid.*, p.332), que evidenciavam o *inconsciente*, não apenas no sentido descritivo, mas dinâmico, o inconsciente reprimido. No final dessa obra, ele chegou a apontar um terceiro sentido, o sistêmico, do inconsciente como uma noção tópica: “O sistema assinalado pelo fato de seus atos isolados serem inconscientes é chamado ‘O Inconsciente’, por falta de termo melhor e menos ambíguo” (*Ib.*, p.334). Era o prenúncio de sua divisão do aparelho psíquico em “id”, “ego” e “superego”, tópica que ele elaborou nos anos 20.

Em “O Ego e o Id”, por exemplo, Freud reconhecia que a psicanálise era obrigada a encarar a consciência como uma qualidade do psíquico, mas não poderia situar a essência da vida psíquica nela e afirmava categoricamente:

“A divisão do psíquico em o que é consciente e o que é inconsciente constitui a premissa fundamental da psicanálise, e somente ela torna possível a esta compreender os processos patológicos da vida mental” (Freud, 1976 [1923]: 25).

Essa principal descoberta freudiana (Laplanche & Pontalis, 1970: 307), como toda descoberta obtida fora dos paradigmas vigentes, encontrou resistências. O seu autor tinha plena consciência desses obstáculos, chegando a reconhecer que para muitas pessoas “que foram educadas na filosofia, a idéia de algo psíquico que não seja também consciente é tão inconcebível que lhes parece absurda e refutável simplesmente pela lógica.” (Freud (1976 [1923]: 25).

A obra freudiana, ampliada pelos seus inúmeros seguidores, abriu uma ferida no indivíduo, concebido no iluminismo como um ser racional, completamente livre, pois, como visto acima, para a psicanálise os processos inconscientes atuam sobre a conduta do indivíduo e escapam à sua dimensão consciente e volitiva.

Essa abordagem fez o caminho inverso ao dominante: do orgânico (neurológico) para o psíquico, o mental. A última coisa que seu fundador gostaria de ver era “a psicanálise ser devorada pela medicina e encontrar seu último lugar de repouso num livro de texto de psiquiatria, sob a epígrafe ‘Métodos de Tratamento’ ” (Freud, 1976 [1926]: 280).

Por limites de inteligência e/ou formação, como diria Bloch, e também para nos mantermos no estudo panorâmico da trajetória do tecno-saber psiquiátrico, não abordaremos o movimento psicanalítico, rico em crises e dissidências¹³. Porém, devemos registrar que esse movimento, que se expandiu, e cuja doutrina progressivamente se difundiu em diferentes campos de saberes e práticas, pôs às claras a estrutura de poder do asilo, embora, para Foucault (1999: 502), tenha dado ao psicanalista todos os poderes que se encontravam repartidos na existência coletiva do manicômio.

¹³ O confronto entre a posição da corrente anglo-saxônica de legalizar a profissão de analista com base no modelo médico e a oposição do próprio Freud a esta medicalização (Roudinesco, 1989) talvez dê pistas para a crescente influência da psicanálise nas práticas psiquiátricas institucionais, muito além do consultório, como será visto a seguir.

O que importa aqui não é esse aspecto polêmico, analisado recentemente por Derrida (1994)¹⁴, mas o fato de que o manicômio, com seu racionalizador *isolamento terapêutico*, estava sendo questionado enquanto instituição fechada, pois a Psiquiatria começava a se abrir para o espaço social mais amplo, possibilitada seja por estatutos teóricos mais consistentes como o psicanalítico, que começava a permear seus saberes e práticas, seja por estratégia como a Higiene Mental (Rosen, 1974: 326), que prescrevia normas para todas as etapas da vida do ser humano em sociedade.

O movimento de Higiene Mental

Centrada na ideologia liberal, a Higiene Mental afirmava as responsabilidades individuais perante a saúde, tomando a própria vida, e não mais a doença, como seu objeto. Igualmente se propôs como totalidade interdisciplinar e prescreveu quase sem limites as medidas normativas, devido ao sentido impreciso e difuso que pode ter a denominação *higiene ou saúde mental*. Era parte do movimento da Higiene que, desde o final do século XIX, visava a aplicação de todo um conjunto de saberes para a manutenção da higidez. Para Arouca (1975), esse movimento caracterizou-se pelo sentido ideológico, na medida em que operava sobre o eixo alusão/ilusão:

“Alusão na medida em que discursa sobre o valor de uso da própria vida na amplitude de suas vinte e quatro horas diárias; (...) Ilusão, enquanto centra nas medidas higiênicas e em uma cultura higiênica a solução dos problemas que estão nas próprias condições de existência e, portanto, representando uma visão de mundo ideológica que, no conjunto de suas representações, abstrai as causações para afirmar uma solução normativa, vindo da unidade das ciências” (p.39).

Inicialmente, o movimento de Higiene Mental esteve voltado para reformas nos estabelecimentos psiquiátricos, mas, progressivamente, transformou-se numa estratégia de penetração social, fundamentada na noção de prevenção, sem contudo ter sido significativa a expansão dos serviços psiquiátricos, exceto no que se refere às clínicas de orientação infantil (Alexander & Selesnick, 1968: 346; Musto, s.d.).

O início do movimento nos EUA se deve a uma atuação inovadora na história moderna do cuidado à loucura: a de Clifford Beers, um ex-internado que teve graves episódios

¹⁴ Neste livro, *História da loucura*, Foucault (1999) pouco fala da psicanálise e quando faz referência a ela, como demonstra Derrida (1994), sua fala é ambivalente: ora Freud restituiu o diálogo do pensamento médico com a loucura, ora ele a aprisionou, sem muros, dentro da situação analítica

psicóticos e conheceu as atrocidades do tratamento manicomial. Com formação universitária, Beers narrou em livro seu sofrimento, vivido nas experiências das medidas coercitivas como a da camisa de força e, sobretudo, de ser assistido sob custódia, com a quase absoluta restrição de seus direitos. Recebeu o apoio do psiquiatra Adolph Meyer, que defendia uma psiquiatria que valorizasse o senso comum. Assim, em 1908, ele fundou em Connecticut (EUA) o Comitê Nacional de Higiene Mental, com o objetivo de melhorar a vida dos internados em manicômios.

O movimento cresceu e se difundiu, criticando o tratamento custodial e aumentando a consciência pública das necessidades dos doentes mentais. (Alexander & Selesnick, 1968: 345-46). Beers é sem dúvida um precursor dessa modalidade contemporânea de organização social na saúde, onde os próprios pacientes se organizam para lutar pelos seus direitos de cidadãos.

O auge dessa estratégia se deu principalmente após a Primeira Guerra Mundial, com a criação de Ligas de Comitês de Higiene Mental em quase todos os países do mundo ocidental, inclusive no Brasil. Em 1919, formou-se um Comitê Internacional de Higiene Mental (*Ibidem*, p.345). Nesse período, o *Movimento de Higiene Mental* passou a sofrer uma influência muito grande da psicanálise nos EUA, pois, após a visita de Freud, em 1909, houve uma extraordinária expansão da psicanálise em todos os setores da vida social daquele país (Castel, 1980:32).

Entretanto, na Europa e em muitos países periféricos ainda sob sua influência, pelo menos no plano ideológico-cultural, tal estratégia foi absorvida pelo organicismo, particularmente pelo organicismo alemão, cujas concepções eugênicas caucionaram logo depois a psiquiatria nazista. Aqui, já que referimos ao senso comum, serve para ilustrar o dito popular segundo o qual ‘de boas intenções o inferno está cheio’. Da dedicação de Beers pela reforma da assistência nosocomial e pela busca de alternativas, uma das vertentes da higiene mental resultou no programa nazista de eutanásia para doentes mentais.¹⁵

¹⁵ Cumpre ressaltar que, entre nós, as idéias da Higiene Mental se difundiram, inicialmente, através do modelo norte-americano, inspirado em Beers, mas, na década de 30, o movimento se consolidou tomando como base o organicismo alemão, inclusive nazista. Ver Costa (1981).

1.4 - Reformas no Manicômio: racionalidade e reabilitação

No período entre as guerras mundiais do século XX, a psiquiatria se encontrava polarizada: de um lado, caracterizava-se pela maior difusão da psicanálise, com suas diferentes correntes e dissidências (que se desdobram até hoje), suporte de uma prática fundamentalmente liberal, voltada às classes e frações de classe de alto poder de compra; por outro lado, o predomínio do organicismo, tanto na prática que se desenvolvia nas academias quanto na prática assistencial, instrumentalizadas pelas várias técnicas biológicas e dirigidas às parcelas da população que não dispunham de outros meios de tratamento.

Terapêuticas biológicas

Um dos primeiros recursos da tecnologia biomédica no tratamento psiquiátrico desse período foi a malarioterapia, desenvolvida por Wagner von Jauregg, em 1917, um tratamento de choque infeccioso obtido com a inoculação do agente etiológico da malária, o *Plasmodium vivax*¹⁶, para tratamento das diversas formas de sífilis nervosa, inclusive a paralisia geral progressiva (Alexander & Selesnick, 1968: 353). A inoculação era feita preferencialmente pelas vias intramuscular ou endovenosa, mais seguras. Porém, havia o uso das vias intracerebral e liquórica, mais raramente utilizadas (Madalena, 1977: 13).

A malarioterapia está incluída entre os choques piretogênicos (pireto = febre), cuja hipertermia, base do tratamento, pode ser provocada por outros meios, como injeção de enxofre, uso de vacina etc (*Idem, ibidem*).

Houve outros avanços nessa relação entre microbiologia e neuropsiquiatria. Com a pandemia da influenza (gripe espanhola), em 1917, várias vítimas adquiriram encefalite viral que resultou não somente em graves lesões neurológicas, mas também em alterações psíquicas, fortalecendo essa vertente organicista. As pesquisas de Fleming, em 1928, e de Gerhart Dogmak, em 1932, que resultaram respectivamente na síntese da penicilina e das sulfas, respectivamente, foram armas poderosas contra muitos dos

¹⁶ No Brasil, alguns médicos como Alves Garcia inocularam uma outra espécie do agente etiológico da malária, o *Plasmodium falciparum*, com registro de sucesso (Madalena, 1977:11). É pioneiro do uso da malarioterapia no país o psiquiatra Waldomiro Pires (*Ibid.*, p.16).

agentes microbianos, inclusive de alguns com capacidade de produzir distúrbios neuropsiquiátricos (Alexander & Selesnick, 1968: 353).

Avanço técnico na terapia orgânica de condições psicóticas foram as descobertas da relação entre as deficiências nutricionais, em especial do complexo vitamínico B, como o beribéri e a pelagra, com o metabolismo cerebral, sobretudo pelas relações metabólicas, como as relações das vitaminas com as enzimas (*Ibidem*, 354). Essas doenças carenciais ganham uma maior importância pela sua prevalência em “instituições totais”, como no caso dos manicômios. Algumas das descobertas e reflexões realizadas na segunda parte deste pesquisa estão relacionadas com essas doenças carenciais e seu impacto na vida manicomial.

O estudo da fenilcetonúria, feito por Folling, na década de 30, mostrou a relação de uma deficiência enzimática com um quadro de retardo mental. Outros estudos mostraram o caráter multifatorial, identificando também o papel dos hormônios e, sobretudo, de alterações cromossômicas, em muitos dos casos de transtornos mentais.

Em 1929, Hans Berger demonstrou que as variações das atividades elétricas do tecido cerebral podiam ser registradas em gráficos, inventando a eletroencefalografia (EEG) (*Ibid.*, p.355), um exame complementar válido para o diagnóstico de distúrbios cerebrais, em especial as epilepsias.

Além da malarioterapia ou impaludização, outros tratamentos de choque foram desenvolvidos e utilizados nesse período. Com o isolamento da insulina, Manfred Sakel (1900-1957) teve a idéia de empregá-la em pacientes psicóticos, em especial com esquizofrenia. Com uso de doses elevadas para produzir coma nesses pacientes, Sakel relatou, em 1935, os resultados positivos de suas experiências (Madalena, 1977: 22-23).

Com sua larga aplicação na psiquiatria manicomial, ficaram claros os limites do tratamento, com melhores resultados obtidos apenas nas fases iniciais da psicose e com graves riscos na aplicação. Para obtenção do efeito desejado era necessária uma carga horária elevada do paciente em coma, com o risco do coma se tornar irreversível. Os pacientes precisavam tanto de uma equipe psiquiátrica bem treinada, como de um

cuidadoso acompanhamento pelo corpo de enfermagem, pois sua alimentação era por via parenteral (Alexander & Selesnick, 1968: 364).¹⁷

Os riscos, resultados incertos e alto custo levaram a insulinoterapia a ser substituída por outras modalidades de choque, ainda nos anos 40. Outro tipo de choque que também entrou em desuso foi o cardiazólico. No ano de 1932, em Budapeste-Hungria, Ladislaus von Meduna (1896-1964) tratou internados esquizofrênicos provocando neles crises epiléticas, baseado num possível antagonismo biológico entre esquizofrenia e epilepsia, referido desde 1929 por Niyroe e Jablonski. Ele utilizou uma suspensão oleosa da cânfora, mas em vista dos acidentes vasculares, como embolias, por exemplo, ele substituiu por um sucedâneo sintético – o cardiazol ou metrazol (pentametenotetrazol) (Madalena, 1977: 44).¹⁸

Entre os inconvenientes do choque cardiazólico estava a imprevisibilidade entre o tempo de aplicação da droga e a convulsão, as possíveis fraturas em decorrência das convulsões, os resultados incertos e, sobretudo, o temor que o paciente apresentava nas sessões após a primeira experiência. O terror referido pelos doentes levou um dos apologistas dos métodos biológicos a fazer a seguinte afirmativa:

Realmente, é o mais brutal de todos os métodos biológicos concebidos. A vivência angustiada que precede a perda da consciência é relatada pelos doentes de uma forma, às vezes, terrível” (Madalena, 1977: 43; grifo nosso).

O tratamento de choque com maior aceitação entre os psiquiatras organicistas foi o da eletroterapia convulsiva, que se tornou o principal recurso terapêutico nos anos 40-50, substituindo os choques insulínico e cardiazólico.

O uso da eletroterapia na medicina remonta ao primeiro século (47 d.C.), onde o médico romano Largus tratou a dor de cabeça de seu imperador com uma enguia elétrica (peixe-elétrico) (Alexander & Selesnick, 1968: 366). Outros precursores do tratamento e de experimentos eletroconvulsivos foram a aplicação da técnica pelo médico francês J. B.

¹⁷ O psiquiatra brasileiro Caruso Madalena, nos anos 70, defendia o método, referindo que o coma profundo de longa duração (de 50 a 60 minutos) não se fazia mais, como fora preconizado pelo próprio Sakel. Mas o próprio autor reconhecia a elevada frequência do coma irreversível, quando afirmava ter observado que “o coma irreversível é *mais comum* nos pacientes crônicos já submetidos a tratamentos anteriores” (Madalena, 1977: 25; grifo nosso).

¹⁸ Há registros do uso da cânfora aplicada a indivíduos com loucura, como a mania, desde o século XVIII (Alexander & Selesnick, 1968).

LeRoy, em 1755, num louco cego (*Idem, ibidem*), os estudos de epilepsia experimental feitos em coelhos pelo seu conterrâneo Leduc, em 1890, e os do argentino Viale, em cães, em 1929 (Madalena, 1977: 35).

Esses experimentos não tiveram seguimento, sendo a eletrochoqueterapia (ECT) aplicada à psiquiatria atribuída a Ugo Cerletti (1877-1963), com a colaboração posterior de Lucio Bini. Eles desenvolveram uma técnica, considerada mais segura, tendo sido utilizada num paciente com esquizofrenia em abril de 1938 (Alexander & Selesnick, 1968: 366; Madalena, 1977: 36).

O tratamento consistia na passagem de corrente elétrica (70 a 130 volts durante um a cinco décimos de segundo) por eletrodos ligados à cabeça do paciente. Geralmente eram de 2 a 3 aplicações semanais, num total de 5 a 12, podendo chegar a 35 sessões. O paciente perde a consciência imediatamente após a aplicação do choque, daí não ter aquele temor dos pacientes submetidos ao choque cardiazólico. Essa amnésia pode perdurar dias ou meses, mas é reversível. A ECT mostrou-se menos perigosa, causando uma convulsão mais branda, além de ter sido reduzido, com o uso da anestesia, o perigo das lesões ósteo-articulares (fraturas e luxações). Na década de 40, essa técnica substituiu tanto o cardiazol quanto a insulino-terapia no tratamento antipsicótico.

A Eletrochoqueterapia, em particular aquela realizada no paciente sob anestesia, parecia oferecer a identidade buscada pelo psiquiatra organicista com o modelo biomédico. O psiquiatra italiano Catalano-Nobili, citado por Madalena (1977:34), chegou a considerar a ECT “a única terapêutica na qual o psiquiatra deva ser realmente um médico e não um elegante conversador ou simples distribuidor de pílulas”. Ao desqualificar outras abordagens terapêuticas nas práticas psiquiátricas, esse autor revelava a sua incapacidade de retirar os antolhos colocados pelo seu compromisso com o paradigma biomédico adotado, em especial, pela sua visão unidimensional – biológica - dos transtornos mentais.

Essa busca de identidade com o paradigma médico tradicional se aprofundaria mais ainda com o uso da psicocirurgia, uma parceria da psiquiatria com a neurocirurgia.

Há registro do uso dessa cirurgia desde o final do século XIX. O exemplo mais famoso é o do psiquiatra suíço Burckhardt que, em 29 de dezembro de 1888, realizou a extração de parte do lóbulo frontal do cérebro de um paciente psicótico (Madalena, 1977: 47). Mas a técnica não teve prosseguimento, na época, por possíveis questionamentos éticos (Alexander & Selesnick, 1968: 370). A psicocirurgia como uma técnica psicobiológica se firmou quase meio século depois, já no período entre as duas guerras mundiais.

O neurologista português Egas Moniz (1874-1955) observou intrigado que alguns doentes mentais apresentavam um círculo vicioso, no qual um ciclo limitado de idéias dominava as outras e se intensificava, se elas não fossem refreadas, com destaque especial para os casos obsessivos e melancólicos (Alexander & Selesnick, 1968: 369). Observou ainda que, nos macacos, quando as fibras do lóbulo pré-frontal eram seccionadas, os animais pareciam aceitar melhor a frustração e eram mais fáceis de lidar. A literatura médica lhe ofereceu outro dado: devido aos acidentes cirúrgicos na retirada de tumores cerebrais, quando seccionavam o lóbulo frontal, os pacientes pareciam mais tranquilos e sem sofrer deterioração intelectual (*Ibidem*).

A partir dessas observações, ele desenvolveu sua técnica psicocirúrgica, a “leucotomia pré-frontal”. A primeira leucotomia de Egas Moniz em um paciente psiquiátrico foi em 1935 e ele contou com o auxílio do neurocirurgião Almeida Lima. Com sua monografia, publicada em 1936, ganhou adeptos em todo o mundo, sendo introduzida nos Estados Unidos, em 14 de setembro daquele mesmo ano, com Freeman e Watts. A difusão foi tão grande, que chegou a realizar, em Lisboa, no ano de 1948, a primeira conferência mundial sobre psicocirurgia (Madalena, 1977: 48).

Durante as décadas de 1940 e 50, essa cirurgia foi utilizada amplamente para tratar pacientes psicóticos com resistência às terapias com choques e “casos rebeldes de psicose epiléptica com impulsividade homicida frequente” (*Ibidem*, p. 47). Era uma operação de baixo índice de mortalidade (1 a 2%), mas os protestos se intensificaram, não tanto pelas complicações, como hemorragias cerebrais e ataques epiléticos iatrogênicos, mas pelo danos irreparáveis com graves alterações da personalidade. Os pacientes não ficavam apenas calmos, eles perdiam a capacidade de empatia e eram muito afetados na esfera da imaginação e do respeito próprio (Alexander & Selesnick, 1968: 370).

Como síntese, os principais recursos diagnóstico-terapêuticos psicobiológicos, em especial os tratamentos de choques, desenvolvidos no período entre as duas grandes guerras mundiais, podem ser apreciados, no seu conjunto, observando o quadro 2 abaixo.

QUADRO 2 - PRINCIPAIS MARCOS NO DESENVOLVIMENTO DAS TÉCNICAS BIOLÓGICAS EM PSIQUIATRIA NO PERÍODO INTERGUERRAS (1917-1938)

Autor	Ano	Tecnologia
WAGNER VON JAUREGG	1917	Malarioterapia no tratamento da PGP
JACOB KLASI	1922	Sonoterapia no tratamento da esquizofrenia
HANS BERGER	1929	Aplicação da eletroencefalografia
MANFRED SAKEL	1935	Choque insulínico no tratamento das psicoses
EGAS MONIZ	1935	Início da realização das leucotomias
LADISLAU VON MEDUNA	1936	Choque cardiazólico na terapia das psicoses
UGO CERLETTI - LUCIO BINI	1938	Eletrochoqueterapia

Fonte: Alexander & Selesnick, 1968; Madalena, 1977; Kaplan & Sadock, 1990

Reformas intramuros: psicoterapia institucional e comunidades terapêuticas

A maioria dessas inovações técnicas foi desenvolvida e aplicada nos manicômios. Durante a Segunda Guerra Mundial, surgiram tanto na França quanto na Inglaterra, propostas de reformas ao interior dessas instituições fechadas, tentando humanizá-las e torná-las *verdadeiramente* espaços terapêuticos.

Antes de se analisar cada um dos movimentos de reformas intramuros, é necessário que se coloquem os seus principais determinantes, que podem ser situados analiticamente em três níveis: a) no nível econômico imediato - havia, por um lado, grande número de casos para tratamento e recuperação devido à falta de mão-de-obra e, por outro, à relativa escassez de psiquiatras e enfermeiros, além da racionalização geral imposta pela guerra; b) no nível político - uma maior participação dos trabalhadores na política, particularmente na Inglaterra, com o Partido Trabalhista chegando ao governo no pós-guerra, o que levou à aprovação de importantes projetos de seguridade social (como o *National Health Service* e o *Disabled Persons Act*), nos quais, em relação aos doentes

mentais, pela primeira vez, estes eram incluídos no programa de reabilitação fora do hospital; c) e no nível ideológico - com a guerra, os psiquiatras foram forçados a sair do mundo fechado dos asilos e da tranquilidade dos estudos psicoterápicos, para entrar no caso dos campos de recrutamento, ou mesmo a ter experiência pessoal de exclusão nos campos de prisioneiros (Basaglia, 1972:31-33). As condições concretas e históricas impuseram uma maior consciência da importância desses determinantes sociais aqui assinalados.

Na França, a estratégia foi chamada de Psicoterapia Institucional, organizando-se a partir do trabalho de uma equipe de psiquiatras e enfermeiros, sob a coordenação de Tosquelles que, da própria experiência sofrida dos campos de concentração sob a ocupação nazista, iniciou uma transformação coletiva em alguns asilos, como o de Saint-Alban. Essa nova abordagem recebeu contribuições dos surrealistas, dos marxistas e, principalmente, dos psicanalistas. Esses últimos, superando a cisão com a psiquiatria, penetraram no hospício e tomaram o encargo de realizar a *análise da instituição* para, através dessa análise, obter a cura psicoterápica daqueles que, até então, representavam um obstáculo, os psicóticos (Guattari, 1974:72-86).

Segundo Castel (1978: 187) a psicoterapia institucional divide-se em duas correntes: a mais antiga de Tosquelles, Daumezon, Bonnafé, entre outros, nascida da prática clandestina dos anos 40, amadurecida pela tomada de consciência sócio-política gerada pela guerra; e a outra, mais recente, representada pelos psicanalistas adeptos de Lacan, como Roger Gentis e Maud Mannoni. A Clínica de *La Borde* na França é um exemplo de permanência desta reforma (Vertzman et al., 1992:22).

Na Inglaterra, no mesmo período, emergiu outra estratégia de reforma no confinamento, a das Comunidades Terapêuticas, na qual se destacaram, entre outras, as figuras de Main, Bion e Maxwell Jones. Este último, trabalhando num serviço de reabilitação social, desenvolveu as principais concepções dessa proposta, não em bases psicanalíticas, e sim sociológicas, ou melhor, psicossociológicas, inspiradas nas idéias de Lewin, Moreno e outros. Elaborando procedimentos técnicos para modificar a prática psiquiátrica, tal projeto colocava sempre entre parênteses o problema de suas finalidades sociais (Castel, 1978: 149-194).

Em síntese, o pragmatismo imposto pela guerra levou a um rompimento dessas duas concepções com o organicismo germânico, que via o doente mental como entidade irrecuperável e, mesmo em bases diferentes, colocaram também o problema da *institucionalização* como causa do fracasso terapêutico. Entretanto, como solução, propuseram reformas que, sem estarem articuladas com os setores organizados da sociedade civil, foram reabsorvidas sem terem alcançado as repercussões pretendidas pelos iniciadores, ou mantiveram-se reduzidas a algumas experiências de vanguarda como, por exemplo, a psicoterapia institucional de linha lacaniana (Castel, 1978: 162; 186).

Essas estratégias, particularmente as comunidades terapêuticas, se estenderam a outros países do mundo ocidental, inclusive a países periféricos como o Brasil, sendo, na maioria das vezes, esvaziadas e absorvidas sem conduzirem a mudanças substantivas nas práticas institucionais. Em nosso país, a noção de comunidade terapêutica deu lugar a algumas experiências no âmbito da psiquiatria empresarial que visavam basicamente a racionalização dos custos de manutenção do hospital, utilizando-se pacientes como força de trabalho não remunerada, sob o rótulo de terapia.

1.5 - Muito além do Asilo: a Psiquiatria na comunidade

Quase ao mesmo tempo em que surgiram estas reformas intramuros, surgiram também propostas marcadamente ideológicas, como a psiquiatria social (Inglaterra) e a psiquiatria preventiva (EUA). Baseadas principalmente na noção de prevenção, de multicausalidade e instrumentalizadas tanto pelo otimismo da intervenção precoce quanto pelos recursos da psicofarmacoterapia, tais propostas desdobraram-se numa estratégia extra-hospitalar, a psiquiatria comunitária.

Antes de abordarmos essa nova estratégia psiquiátrica extra-asilar, vamos retrair, em suas linhas gerais, os avanços do paradigma organicista, na produção das diversas classes dos psicofármacos, que definiremos, genericamente, como substâncias de origem sintéticas ou naturais que modificam o comportamento através de sua ação nervosa central.

Psicofarmacoterapia: a “calma serena” nos manicômios e para além deles

Após a Segunda Guerra, especialmente com a introdução do neuroléptico *clorpromazina*, deu-se o desenvolvimento acelerado da psicofarmacoterapia. Esta droga contribuiu para o tratamento sintomático das psicoses, tornando-se o instrumento privilegiado de contenção e controle do paciente, subjugando a *agitação psicomotora* - que se constituía no grande desafio a uma prática fundamentalmente repressiva e disciplinar - e, com os antidepressivos e tranqüilizantes (ansiolíticos), entre os mais usados, esses medicamentos possibilitaram uma atuação massiva fora do manicômio.

Muito antes da emergência de uma medicina mental, algumas drogas já eram utilizadas em estados emocionais alterados. Do uso de plantas pelos feiticeiros, passando pelo ópio e outras substâncias psicoativas, bem como pelo uso psiquiátrico de sedativos, como o hidrato de cloral e brometos, sintetizados na segunda metade do século XIX, algumas drogas vinham sendo utilizadas em distúrbios mentais, embora sem uma especificidade, que só foi obtida em meados do século XX.¹⁹ Drogas sintéticas, como os derivados das anfetaminas (benzedrina, dexedrina), foram utilizadas para tratar depressão, mas os efeitos colaterais levaram ao desuso delas.

Em 1922, Jacob Klasi desenvolveu a sonoterapia com barbitúricos, pois considerava a excitação como um processo inflamatório do cérebro, que poderia ser tratada com o repouso induzido quimicamente (Alexander & Selesnick, 1968: 371). Essa técnica tem o uso de um psicofármaco, mas é considerada como um tratamento precursor das terapias de choque, em especial dos choques químicos (ver quadro anterior). Na Segunda Guerra Mundial, a narcoterapia foi utilizada em pacientes com neuroses traumáticas (*Ibidem*).

O principal marco da psicofarmacoterapia moderna, como já referido, foi a obtenção de uma droga antipsicótica potente, derivada da fenotiazina, a *clorpromazina*, descoberta a partir de experiências de sedação feitas com a prometazina pelo cirurgião francês Laborit para reduzir o estresse cirúrgico dos seus pacientes (Oliveira, 1994:73), mas obtida em meticulosa investigação de laboratório por Jean Delay, contando com a

¹⁹ Nos EUA, os brometos foram recomendados pela Associação Psiquiátrica Americana até a década de 1920-29 e no Brasil até os anos 50 (Madalena, 1977).

colaboração de Pierre Deniker, em 1952. Delay chamou essa terapêutica neuroléptica de “ataráxica”, numa referência à calma serena ou tranqüilidade dos epicuristas (*Ibidem*, p.373; Madalena, 1977: 54).

Ainda nos anos 50, foram sintetizados outros psicofármacos, como o neuroléptico trifluoperazine, um derivado da *Rauwolfia serpentina*, planta oriental de uso milenar contra mordida de cobra, usada posteriormente como anti-hipertensivo e para tratamento de insanos excitados (Alexander & Selesnick, 1968: 373). Depois foram sintetizados os antidepressivos, como a iproniazida, usada inicialmente na tuberculose, e depois, em 1957, em pacientes deprimidos, bem como a imipramina, cujas propriedades psicofarmacológicas já estavam bem estudadas no ano seguinte (Oliveira, 1994). Só depois apareceram os sais de lítio interferindo no curso das psicoses afetivas. Depois vieram os tranqüilizantes ou ansiolíticos, como o meprobamato e, sobretudo, os benzodiazepínicos.

Para os discursos apologéticos da psicofarmacoterapia, essas drogas - chamadas até de “drogas de libertação” - mudaram a “atmosfera hospitalar psiquiátrica”, com o desaparecimento do “quarto-forte”, bem como “o melhoramento e a humanização da assistência psiquiátrica” (Madalena, 1977:54). Afastada essa postura acrítica, característica dos agentes apologéticos, é inegável, porém, que os psicofármacos possibilitaram a ampliação do tratamento extramuro dos cidadãos-usuários dos serviços psiquiátricos, inclusive aqueles com transtornos psicóticos, muitos deles considerados impossibilitados de uma atenção em serviço aberto, mantendo-se vinculados à sua família e comunidade. Essa contribuição da psicofarmacoterapia não deve, entretanto, obscurecer um de seus aspectos críticos, resultante de sua ampla difusão, fomentada pela indústria farmacêutica: o abuso dos psicofármacos. Esse abuso conduz freqüentemente às dependências químicas, sobretudo no caso dos ansiolíticos que, em grande parte, tem origem iatrogênica (Jacobina & Nery Filho, 1999).

Psiquiatria Comunitária: muito além dos muros.

A Psiquiatria Comunitária surgiu inicialmente nos EUA, nos primeiros anos da década de sessenta (Governo Kennedy), como alternativa ao tratamento asilar. Os

asilos/hospitais representavam um atendimento de alto custo, implicando em pesados encargos ao Estado. No plano político-ideológico, significavam um espaço de atuação muito restrito nas tensões sociais, além de funcionarem predominantemente pela violência (Pinheiro *et al.*, 1977).

Em decorrência disso, o movimento da psiquiatria comunitária, ao propor práticas extramuros (como ambulatorização, maior articulação com a medicina em geral, com atendimento psiquiátrico por generalistas etc.), significou não só uma resposta crítica ao tratamento asilar, possibilitando, pelo menos nas Metrôpoles, a desativação dos hospitais tradicionais²⁰, mas também um projeto de racionalização de custos, concomitante com a expansão do controle social através dos chamados *serviços externos*. Esta última característica é fundamental, tendo sido possível pela prévia ampliação do âmbito da psiquiatria, no qual tanto as concepções psicanalíticas quanto as psicossociais contribuíram para que não só a loucura, mas outros distúrbios e desvios, mais sutis, passassem também a ser objetos de intervenção da prática psiquiátrica.

Essa tendência, seguindo a direção mais geral imprimida às políticas sociais de Estado, sob o capitalismo monopolista, situava-se no interior do projeto do *Welfare State*. Tal estratégia também foi estendida aos países periféricos, chegando ao Brasil no final da década de 60, onde ganhou certas especificidades.²¹

De modo semelhante a Donnangelo (1986), que usou o termo “medicalização”, extraído da obra de Ivan Illich “A Expropriação da Saúde”, usaremos o termo “psiquiatrização” para definir esse processo de ampliação do campo de normatividade e, conseqüentemente, pela extensão progressiva das ações e serviços psiquiátricos e áreas afins. Como o fenômeno foi mais abrangente, ele talvez seja melhor definido na expressão “cultura psicológica”, ao se levar em conta a grande difusão na mídia dos saberes e técnicas “psi”, a grande procura por terapias psicológicas e a “psicologização”

²⁰ Apesar dessa possibilidade, a desativação hospitalar ocorreu apenas parcialmente na Inglaterra, EUA e Canadá, permanecendo um número significativo de hospitais/asilos tradicionais. Cf. G. Bennet (1973) e E. Cumming & J. Cumming (1965). Para uma análise crítica da Psiquiatria Comunitária ver Pinheiro *et al.* (1977).

²¹ Aqui, essa proposta foi incorporada ao discurso da política estatal de Saúde Mental, dando origem à Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), no final da década de 60, e no Projeto Integrado de Saúde Mental (PISAM) na década de 70 (Pinheiro *et al.* 1977).

de profissões como a pedagogia e o serviço social, além de servir na compreensão de diversos fenômenos da vida sócio-cultural cotidiana (Russo, 1993: 2).

As estratégias então desenvolvidas, caracterizadas não apenas pela ampliação do objeto de intervenção, como foi o caso da Higiene Mental, mas também pela expansão da produção/consumo de serviços psiquiátricos, constituíram-se em uma efetiva transição do confinamento às estratégias extensivas ou de “penetração”²², nesse longo processo de expansão da prática psiquiátrica. Em tal processo, não só comunidades inteiras foram consideradas potencialmente enfermas e passíveis de atuação psiquiátrica (por exemplo, os guetos norte-americanos), como também outros espaços microssociais (fábricas, escolas, prisões, etc.) foram “penetrados” por esse saber/poder, respondendo às funções político-ideológicas e econômicas colocadas historicamente pelas formações sociais concretas.

Concomitante com a expansão dessa cultura psicológica e, de modo particular, do processo de psiquiatrização, surgiu nos anos 60 do século XX uma produção crítica ao paradigma psiquiátrico hegemônico, crítica tanto externa, onde se destaca a obra foucaultiana, quanto interna nos movimentos da Antipsiquiatria anglo-saxônica e da Psiquiatria Democrática italiana.

1.6 - Negação ou Reforma: a contra-hegemonia na Psiquiatria

A psiquiatria não ficou de fora da agitação cultural e política dos anos 60, nas sociedades ocidentais. Antes de discutirmos esses movimentos políticos, mas também científico-culturais, realizados tanto pela antipsiquiatria quanto pela psiquiatria democrática ou territorial, cabe retomarmos a análise foucaultiana, que ofereceu elementos teóricos e históricos cruciais para esse rompimento com o tecno-saber psiquiátrico vigente.

História da Loucura: a contribuição foucaultiana

²² Pinheiro (1980) utiliza a expressão “estratégia de penetração”. Os termos “extensão” ou “expansão” nos parecem mais adequados para nomear as estratégias psiquiátricas que priorizam as ações que se estendem para um espaço social mais amplo, “extramuros”, mas que pressupõem necessariamente o espaço “intramuros”. Retomamos este aspecto mais conceitual ao final deste capítulo.

A obra foucaultiana, apesar de ser de temática bastante diversificada, articula-se pela sua construção teórico-metodológica inovadora: o método arqueológico/genealógico. Já abordamos, no item referente às questões metodológicas que, em um de seus últimos trabalhos - *História da Sexualidade*, ao refletir sobre o conjunto de suas pesquisas, Foucault (1998:13) deixa claro que elas buscavam perceber o aparentemente conhecido de modo diferente, significando muitas vezes um rompimento com a tradição.

Agora, interessa destacar o impacto da contribuição foucaultiana em seu estudo histórico sobre a loucura, pois sua análise fez uma descoberta que só foi possível de ser obtida pelo caráter também inovador de sua construção teórica. Essa descoberta está presente no seu livro *História da Loucura na Idade Clássica* de 1961, avaliado por um de seus críticos, Jacques Derrida (1994:53), trinta anos depois, como um “grande livro”, “um acontecimento que nem mesmo tento identificar, e muito menos medir, no fundo de mim, a repercussão”. Na época, ele já tinha destacado o ‘estilo’ e o ‘poderoso fôlego’ da obra (Pereira Neto, 1994:1). Para discutir, a seguir, as suas teses mais relacionadas com nossa análise, levar-se-á em conta não só alguns de seus exegetas, bem como alguns de seus inúmeros críticos, o que já revela o caráter polêmico, mas também fecundo, dessa pesquisa.

A loucura, segundo Foucault (1999), embora fosse percebida desde a Antigüidade como *diferença*, era uma experiência humana dotada de positividade e sentido e que circulava mais ou menos livremente no espaço social. Com a hegemonia do pensamento racionalista e universal, que se iniciou no Renascimento e se consolidou nas sociedades burguesas dos séculos XVIII e XIX, a loucura foi duplamente expropriada: quando concebida como negatividade da razão e quando foi socialmente excluída, de início de modo indiferenciado, como nos Hospitais Gerais do século XVII e depois, numa estratégia específica - a da Medicina Mental ou Psiquiatria. Analisemos os dois aspectos: a loucura como desrazão e o seu confinamento num asilo depois de concebida como alienação mental.

1. A Loucura como desrazão

Foucault, depois de analisar a loucura na Renascença, inicia a reflexão da loucura no século XVII, época da “grande internação”, interpretando a primeira das “Meditações”

de Descartes. Este filósofo reconhece que os erros dos sentidos podem ser corrigidos pela razão, diferentemente das idéias e percepções alteradas na loucura:

E como poderia eu negar que estas mãos e este corpo sejam meus? A não ser, talvez, que *eu me compare a esses insensatos*, cujo cérebro está de tal modo perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bile que constantemente asseguram que são reis quando são muito pobres; que estão vestidos de ouro e de púrpura quando estão inteiramente nus; ou imaginam ser cântaros ou ter um corpo de vidro. Mas quê? *São loucos e eu não seria menos extravagante se me guiasse por seus exemplos* (Descartes, 1979: 86; gn).

A ausência de um tratamento específico de Descartes sobre a loucura, citada apenas como exemplo de *extravagância* em relação aos erros e ilusões que podem ter o homem que racionalmente duvida, foi interpretada por Foucault como um signo de uma exterioridade absoluta entre esta - a loucura - e a razão. E assim a loucura teria sido banida, expropriada de sua positividade²³. Esta interpretação recebeu uma das críticas de Derrida, onde segundo este último, Foucault teria retirado mais do que o texto de Descartes permitia (Bezerra, 1992:119). Não é relevante para os objetivos deste trabalho entrar no mérito desse debate, onde o próprio Derrida (1994:54), em seu texto “*Fazer justiça a Freud*”, recusou-se a reabrir essa discussão.

Uma outra divergência mais vinculada com nossa temática é aquela feita por Glads Swain e Marcel Gauchet (*La Pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*), citados tanto por Bezerra Jr. (1992: 119-121) como por Roudinesco (1994: 21-29), sobre a tese foucaultiana a respeito do sentido social da loucura na época pré-moderna. Para Swain & Gauchet, as sociedades modernas se constituíram sob a lógica da integração, subentendida no postulado do igualitarismo, portanto, não poderiam ser pensadas segundo um modelo de exclusão da alteridade. A tolerância demonstrada pelas sociedades tradicionais em relação ao louco não é indicação de respeito à diferença e à singularidade, pois a diferença não se constituía num problema. O louco era tolerado, mas ou era considerado infra-humano (animal insano) ou supra-humano (a possessão divina) (Roudinesco, 1994: 23).

O famoso estudo *Homo hierarchicus* de Dumont (1993) fortalece a tese acima, pois, numa sociedade hierarquizada, não igualitária, a diferença seria ‘natural’, constitutiva

²³ Cf. Foucault (1999:46): “a loucura é excluída pelo sujeito que duvida”.

dela, como, por exemplo, a sociedade de castas da Índia, ou, podemos aduzir, o Antigo Regime pré-moderno na França.

Embora a tolerância não significasse respeito à singularidade, no que Swain e Gauchet estão certos na crítica, porém, no essencial, eles acabam concordando com Foucault: a diferença apresentada pela loucura era tolerada nas sociedades hierarquizadas. O louco passou a incomodar, como diferente, numa sociedade que se proclamou igualitária. A resposta a esse incômodo só foi dada quando o membro *diferente* de uma comunidade passou a ser encarado como um indivíduo *doente* e foi confinado não mais nos espaços indiferenciados dos excluídos, mas no espaço medicalizado do asilo de alienados.

2. O confinamento do louco como alienado mental no asilo

Conforme análise anterior, a nova ordem social, a partir de 1789, não tolerou mais o confinamento indiferenciado dos hospitais gerais, símbolo do regime antigo, o que possibilitou a criação de dispositivos específicos para os diversos grupos amontoados. Assim, diante da necessidade de um espaço especial para os insanos, nasceu, no final do século XVIII e início do XIX, o asilo. Como foi descrito antes, Foucault descobriu que o nascimento do asilo e, através dele, a criação de uma medicina mental, recebeu um mandato político. O filósofo francês teve consciência da novidade dessa descoberta, quando comentou a temática de sua *História da Loucura* (in Roudinesco, 1994: 7; ênfase nossa):

Este livro não pretendeu contar a história dos loucos ao lado dos indivíduos racionais, diante deles, nem a história da razão em sua oposição à loucura.(...) *Não foi a medicina que definiu os limites entre a razão e a loucura, mas, desde o século XIX, os médicos foram encarregados de vigiar a fronteira e de guardá-la. Ali assinalaram 'doença mental'. A indicação significa interdição.*

A figura do médico alienista aparece então, não tanto como um agente da ciência, mas, antes de tudo, como um homem da ordem. Embora a *História da loucura* não seja uma história da psiquiatria, investigando seus conceitos, métodos e técnicas, ao centrar na época clássica, possibilitou, entretanto, identificar essa viragem no cuidado à loucura na época moderna: o louco passou a ser considerado doente mental e, desse modo, sua exclusão (o isolamento) se tornou “terapêutica”. A psiquiatria emergiu como um tecno-

saber capaz de dar uma resposta racional a um dilema da sociedade burguesa emergente: o do louco como irresponsável, mas potencialmente transgressor.

A novidade dessa descoberta, a sua ruptura com a tradição historiográfica anterior é destacada por Machado (1986: 58):

Histoire de la folie analisa as características, as verdadeiras dimensões e a importância dessa ruptura de tal modo que, depois dela, não é mais possível falar rigorosamente de doença mental antes do final do século XVIII.

Além de historicamente datar a psiquiatria e a doença mental, evidenciando o anacronismo da historiografia tradicional, esta obra é revolucionária diante de uma outra ‘verdade’ consagrada: Foucault revelou na *História da Loucura* o mito que havia no humanismo pineliano, tão mítico como era o gesto da abolição das correntes, inventado por Esquirol. Ainda nas palavras de Machado (*Ibidem*):

Destrói em uma psiquiatria atemporal a postura ufanista dos historiadores da psiquiatria, dando as reais dimensões do propalado gesto libertador de Pinel e do humanismo terapêutico que o caracteriza.

Assim como foi preciso uma nova forma de percepção para Watson e Crick descobrirem a estrutura helicoidal do DNA (Jacobina, 2000: 622-23), fundamental para a revolução genética, foi esse novo olhar foucaultiano que, sem os antolhos da historiografia psiquiátrica vigente, pôde realizar esta extraordinária descoberta²⁴. E, se hoje é percebida sem novidade, isso se deve à força de sua evidência e difusão, pois, na época, suscitou forte resistência entre os psiquiatras, historiadores da psiquiatria, psicólogos etc.

Machado (1986) relata um episódio que serve para nos transportar ao início da década de 1960 e sentir o impacto dessa novidade: Foucault procurou o famoso epistemólogo Georges Canguilhem, trazendo sua tese de doutoramento, praticamente pronta, pedindo que o mestre, autor de *O Normal e o Patológico*, o orientasse. Quando expôs o objeto de estudo, suas hipóteses e suas conclusões, Canguilhem, surpreso, o interrompeu: ‘Se

²⁴ Roudinesco (1994: 16-17) num livro de leituras da *História da Loucura*, organizado por ela quase trinta anos depois, destaca a força dessa descoberta: “Porque ele tinha visto algo que os historiadores da psiquiatria não podiam ver e, para fazer com que esse algo aparecesse, tinha literalmente inventado aquela famosa ‘cena primitiva’ da divisão entre desrazão e loucura.”

isso fosse verdade já se teria sabido!’ Levou, no entanto, o texto para ler e, no encontro seguinte, disse: ‘O senhor tem razão: é verdade!’ (*Ibidem*, p.58).

Mais uma vez constatamos que, como refere Kuhn (1996: 225), uma importante descoberta, capaz de gerar uma crise paradigmática, pode ser feita não só pela comunidade dessa disciplina, mas também por um pesquisador externo a ela. São exemplos: a descoberta do raio X e a construção do microscópio eletrônico pela física e suas repercussões na área biomédica, bem como o impacto da descoberta dos micróbios por um bioquímico, Louis Pasteur, no *saber fazer* da medicina.

Assim, as descobertas do filósofo Michel Foucault tiveram um grande impacto no saber psiquiátrico, assinalando também a necessidade de mudanças nas suas ações e serviços. Derrida (1994:57), ao reconhecer a audácia do ‘gesto de pensamento’ em *História da loucura*, assinalou que, naquele momento, “uma certa liberação da loucura começou, que a psiquiatria, por pouco que seja, se abriu (...)”. Algumas dessas propostas de mudanças, de abertura já estavam em curso na década de 50 (1950-59), mas ganharam força no contexto dos anos 60, sobretudo no final, que inaugurou um período de inquietação intelectual e agitação cultural.

Antipsiquiatria: a estratégia de negação

Comentaremos inicialmente e de modo breve o movimento antipsiquiátrico, que teve um desdobramento restrito, mas foi muito importante naquele momento de crise e ruptura.

A Antipsiquiatria, originária da Inglaterra e dos EUA²⁵, no final dos anos 50 e início da década de 60, caracterizava-se por sua natureza radicalmente crítica, não só à prática manicomial, mas à toda psiquiatria e à psicanálise também.

Essa crítica deslocou o lugar de emergência da loucura do indivíduo para a constelação familiar e criou instituições (*homes*), onde o sujeito podia levar até o fim a "viagem" de sua loucura. Negando a doença mental, cuja chave de compreensão encontrava-se

²⁵ Na Inglaterra destacam-se os trabalhos de Laing (1973a; b) e Cooper (1973). Nos EUA, os trabalhos de Szasz (1976; 1977).

simplesmente na noção de alienação social: “A analogia entre alienação social e alienação mental transforma-se em homologia” (Bezerra Jr., 1992), a Antipsiquiatria, embora tenha dado importantes contribuições nesse processo de *desconstrução* do paradigma psiquiátrico tradicional (Amarante, 1996: 12), permaneceu na generalidade do "político" e, pelos seus pressupostos, não foi capaz de se articular no todo social (Castel, 1978), como foi possível com a Psiquiatria democrática italiana, cujos sujeitos defendem, apesar de pontos em comum, uma especificidade em relação ao movimento anglo-saxônico.

Diante do traçado histórico realizado até aqui, podem-se identificar alguns elementos que se destacam nesse momento de crise do tecno-saber psiquiátrico. Em primeiro lugar, ficam evidentes os limites de reformar a psiquiatria tradicional *por dentro*, ao interior de seu paradigma, como foram as estratégias intramuros de Psicoterapia institucional e Comunidade terapêutica e as extensivas, da Psiquiatria preventiva e comunitária. Outro sintoma da crise foi a eclosão do anarquismo iconoclasta dos antipsiquiatras anglo-saxônicos e norte-americanos, que, embora não realizando uma alternativa viável, apontou um caminho novo. Concomitante com a prática antipsiquiátrica, mas num nível de ruptura conceitual, temos as descobertas foucaultianas, que revelaram a gênese e os objetivos originários da psiquiatria tradicional. Ainda falta uma peça para montar o quebra-cabeça nesse traçado histórico da psiquiatria de final do século XVIII até final do século XX.

Psiquiatria Democrática: a contribuição basagliana

O movimento inovador surgido na Itália, nos anos 60, tem sido nomeado de diferentes maneiras: Psiquiatria democrática, italiana, territorial, da desinstitucionalização (Amarante, 1996: 26). Optamos pela primeira denominação por considerarmos que a característica mais fundamental desta proposta é uma ruptura com o poder autoritário e excludente da psiquiatria tradicional, simbolizada no manicômio, velho ou mesmo reformado.

Basaglia (1991), o principal sujeito da práxis nesse movimento, analisando sua experiência manicomial, reconhecia que eram várias as interpretações da doença mental, “mas o que foi feito do doente real, isso só pode ser visto no interior dos nossos

manicômios” (*Ibidem*, p.104). Nessa mesma análise, mais adiante, chegava à conclusão de que foi “por trás dos muros dos manicômios, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência” (*Ibid.*, p.120).

A Psiquiatria Democrática se destacou, portanto, por surgir do interior do manicômio, ultrapassar seus muros e vincular-se a vários segmentos sociais, sensíveis às mudanças, em busca da construção de uma estratégia contra-hegemônica que promovesse a redefinição da própria prática psiquiátrica.

Desenvolvida com base nos princípios das "comunidades terapêuticas", a psiquiatria democrática realizou uma severa crítica a tais noções, apontando seu caráter domesticador, por limitarem-se à adaptação aproblemática dos pacientes. Schittar (1991), por exemplo, criticou as técnicas de readaptação social do doente nas Comunidades Terapêuticas, identificando-as como modalidades de controle social do comportamento patológico, utilizando-se dos métodos aperfeiçoados no decorrer dos últimos 40 anos pelos sociólogos, administradores e técnicos de comunicação de massa para o mundo da produção.

Em suas análises das práticas institucionais, os psiquiatras italianos constataram que o que há de mais característico nos asilos é a separação entre os que detêm o poder e os que não o detêm. É uma conclusão semelhante à de Goffman (1974) que, com uma abordagem sócio-antropológica bem diferente da gramsciana dos psiquiatras democratas, afirmou:

Nas instituições totais, existe uma divisão básica entre um grande grupo controlado, que podemos denominar o grupo dos internados, e uma pequena equipe de supervisão; ('equipe dirigente') (p.18). (...)

A mobilidade social entre os dois estratos é grosseiramente limitada; geralmente há uma grande distância social e esta é freqüentemente prescrita (p.19).

Em ambas as análises - Goffman e Basaglia - constata-se que essa relação entre internados e dirigentes, entre esses dois pólos, expressa-se em opressão e violência, que se transforma na exclusão dos que não detêm o poder, os pacientes. Porém, os italianos, amparados pelo seu referencial teórico, avançaram na análise, ligando esta relação do poder intramuros aos poderes externos da sociedade, do exterior do asilo, que já

determinam a segregação de um indivíduo como doente mental (Basaglia, 1991; 1972; Jervis, 1991).

A análise foucaultiana, nesse ponto, foi mais longe, pois o autor não ficou satisfeito com a tradição marxista sobre o poder, centrada na tese da contradição (a luta de classe), que não a nega, mas critica sua externalidade (o poder como algo, seja o Estado, os indivíduos, as classes) e defende uma concepção relacional do poder, em particular para o nosso tema, a relação poder-saber (Foucault, 1993: 7-8; 167-177).²⁶

Mas, como vimos, enquanto Foucault era um militante da *coisa intelectual*, os psiquiatras italianos eram agentes da prática, atuando em instituições psiquiátricas. Ao contrário de outras estratégias, a proposta basagliana proclamou a recusa de qualquer política de melhoria e de consolidação dos asilos públicos e hospitais privados. Por um lado, significou uma resistência ao autoritarismo psiquiátrico - que nega a dimensão social e política do doente - e uma recusa ao instrumento dessa negação do louco - a instituição asilar. O asilo como *instituição negada*, negada por ser negação (Basaglia, 1991: 103-10). Por outro lado, representava a possibilidade de constituição de uma psiquiatria alternativa, a "psiquiatria democrática".

Este movimento se iniciou no final dos anos 60 quando uma equipe de profissionais de saúde mental, sob a liderança de Franco Basaglia, realizou uma polêmica e inovadora experiência de transformação do hospital psiquiátrico de Gorizia num espaço de problematização da prática psiquiátrica (Basaglia, 1991) e, depois, iniciou o processo de desativação do hospital de Trieste, restituindo ao asilado a sua condição de sujeito político, reinserido na vida social. Para tanto contou com o apoio de vários setores organizados da sociedade civil - associações, movimentos femininos, sindicatos e partidos políticos.

Posteriormente, no bojo de uma luta mais ampla, inclusive no campo da saúde, numa conjuntura política onde prevalecia a chamada "solidariedade nacional" das forças populares italianas (1968-78), conseguiram levar ao Parlamento a problemática do

²⁶ Uma análise recente sobre a questão do poder em Foucault, confrontando-a com a teoria marxiana, encontra-se em Giddens (1998), que coincide com esse ponto de vista acima, já apresentado na Introdução desta tese.

doente mental (Rotelli, 1992). A Lei 180 da Reforma Psiquiátrica foi aprovada, propondo em relação à política de saúde mental - com a proibição da construção de novos asilos e a orientação para a desativação dos existentes - o fim da era manicomial na Itália, pelo menos no plano jurídico (Basaglia, 1979).

Esses reformadores radicais (no sentido literal, o de ir às raízes da questão) encontraram sérias dificuldades, pois aprovaram maior responsabilidade do poder público numa conjuntura de crise do “estado de bem estar social” em todo o mundo, inclusive na Itália (Vasconcelos, 1992: 51). Para citar as dificuldades encontradas, além das resistências comuns em qualquer processo de mudanças, sobretudo radicais, não havia, por exemplo, um financiamento específico para garantir as estruturas alternativas, bem como uma política de contratação de pessoal (Basaglia, 1989). Em relação a este último problema, crucial numa mudança, ficou congelado o recrutamento de pessoal, não só em relação ao ingresso daqueles agentes com um novo perfil para ocupar postos-chaves nos dispositivos alternativos criados, mas até para preencher vagas existentes.²⁷

As forças conservadoras, dentro e fora do “setor”, tentaram reverter essas conquistas alcançadas:

“Logo após a aprovação da lei pelo Parlamento italiano surgiram muitas propostas de contra-reformas oriundas dos setores universitários mais conservadores e de prestação de serviços privados. Tais propostas jamais alcançaram o *quorum* mínimo para colocar em risco a Lei 180 e mais recentemente já não existem propostas de contra-reforma e sim projetos de melhoria” (Rotelli, 1992: 46).

Ou seja, as forças contrárias tentaram se aproveitar do desgaste resultante das dificuldades na implementação de uma proposta nova e ousada, que mexia em interesses poderosos e combatia preconceitos arraigados em bases pretensamente científicas. O movimento reformista foi capaz não só de enfrentar coeso a contra-reforma, como reconhecer o caráter esquemático das propostas contidas na Lei 180 e

²⁷ Em Trieste, Vasconcelos (1992:50) pôde testemunhar que, dos 400 funcionários do manicômio desativado, remanejados para os novos dispositivos comunitários, só restava metade, pois os postos de trabalhos que ficaram vagos - com aposentadorias, auto-demissão, óbitos etc. - não foram preenchidos.

realizar modificações qualificadoras do processo, buscando responder *na prática* aos desafios da *desconstrução* do velho e *invenção* do novo (Rotelli & Amarante, 1992).²⁸

Reconhece-se aqui o papel desmistificador deste contradiscurso²⁹, que desmontou internamente a pretensão de neutralidade da prática psiquiátrica e contestou o quadro institucional - asilo/hospital - encoberto por racionalizações terapêuticas, desnudando como nunca o exercício repressivo da prática manicomial. Entretanto, ficou e ainda fica o questionamento levantado há mais de duas décadas por Castel (1980: 29):

hoje pode-se perguntar se ela [a psiquiatria democrática] não recalca um certo número de perguntas que se tornam cada vez mais insinuantes, à medida que se instalam novos dispositivos cada vez mais afastados da organização tradicional da medicina mental.

Para enfrentar essa questão, retomemos Basaglia que, em sua visita ao Brasil, consagrou a famosa tese gramsciana: “Pessimismo da inteligência, otimismo da vontade”, numa tradução pessoal: “o pessimismo da razão ou o otimismo da prática” (Basaglia, 1979: 25). Assim, para ficar como uma obra aberta, como um processo e não apenas um projeto, coerente com a postura de seus fundadores, enumeram-se a seguir alguns desafios para os novos dispositivos, além do citado acima por Castel, que foram identificados pela *razão* para serem enfrentados na *prática*:

- Os formuladores da Psiquiatria democrática consideraram que os problemas não estão nos instrumentos. Nos termos de seu principal formulador:

“O problema não está nos instrumentos. Para que servem os novos hospitais projetados, as novas técnicas que continuaremos descobrindo;[...] se a violência, a exclusão e o abuso, continuam sendo o único meio de classificação entre privilegiados e oprimidos?” (Basaglia, 1972: 38-39).

Estamos de acordo que uma questão de caráter político-social não pode ser resolvida com base em meras considerações técnicas, para usar uma tese weberiana (Weber,

²⁸ Essa experiência italiana, em continuidade aos trabalhos de Basaglia, deu e ainda continua dando contribuições práticas, servindo de inspiração para as mudanças em vários centros inovadores em todo o mundo, inclusive o Brasil. Na Bahia, inclusive, inspirou a desativação do antigo asilo estatal, em 1979-81.

²⁹ No sentido dado por Chauí (2000: 2), de uma *outra fala*, crítica ao discurso competente, o discurso hegemônico, fundado não no saber instituinte, negador e histórico, mas no discurso que usa o conhecimento científico para sustentar posições ideológicas e tecnocráticas (*Ibidem*, p. 13).

1993: 112) ou, dito de modo mais adequado ao caso, em meras modificações técnicas. O problema pode não estar *fundamentalmente* nos instrumentos, mas, a nosso ver, também está, ou seja, numa proposta de mudança eles não podem ser desconsiderados. “Ora, os instrumentos não são outra coisa senão teorias materializadas” (Bachelard, 1978: 96). A leucotomia e as diversas terapias de choque foram concebidas a partir de uma teoria organogenética reducionista. A psicofarmacoterapia pode ser útil para intervir nos mecanismos psicoquímicos para aliviar a dor ou diminuir a ansiedade, mas é absolutamente secundária na estratégia de assegurar a reinserção nos laços sociais de quem vive a experiência-sofrimento da loucura (Bezerra Jr, 1992: 123). À luz dos novos saberes, cabe materializá-los em novos instrumentos.

- A questão dos instrumentos remete à daqueles que os manejam - os agentes. Pode ser desinformação, mas a experiência italiana que questionou a onipotência médico-psiquiátrica, ainda não a superou, e, embora tenha apontado para o trabalho de equipe profissional interdisciplinar, não parece ter ido além de um trabalho multidisciplinar, por justaposição, ficando longe do desafio da transdisciplinaridade, ou seja, da elaboração de uma linguagem comum que possibilite uma ação unitária na diversidade das formações profissionais pregressas, cujos aportes não seriam abolidos.

- A crítica pertinente ao paradigma tradicional do tecno-saber psiquiátrico pelo seu reducionismo biológico de fenômenos com a complexidade que os indivíduos loucos exibem, não pode levar a um erro semelhante de um reducionismo sociológico ou psicológico. A crítica do reducionismo organicista não deveria fazer-nos ignorar a importância das pesquisas psicobiológicas. A noção de complexidade, a nosso ver muito pertinente para a questão da loucura, requer não só um pensamento analítico, dando conta das distinções (e não separações) entre as dimensões biológicas, psicológicas e sociais, mas também uma construção sintética do fenômeno da loucura, que se traduz concretamente numa individualidade.

Enfim, esses são alguns dos desafios que só uma proposta inovadora pode colocar para si mesma, rompendo com a prática anterior, recriando seus saberes e técnicas e modificando o papel dos agentes. Mas, a grande contribuição, senão a maior desse movimento de *negação* da violência manicomial e da psiquiatria tradicional como um todo, foi uma *afirmação* para com o objeto da prática em saúde mental. Os psiquiatras

democratas afirmaram o “doente mental” como um sujeito, um cidadão portador de deveres e direitos - civis, políticos e sociais, entre os quais, o de recuperação.

Nesse momento atual, onde se consagra o indivíduo voltado para seu próprio umbigo, uma proposta solidária parece cada vez mais utópica. Utopia, aqui como horizonte, logo não é atopia, nenhum lugar. A noção de indivíduo, construída nos séculos XVII e XVIII, portanto, histórica, como demonstram os estudos de Dumont (1991) e Senett (1988), pode ser repensada e recriada.

Nessa construção nova, está o desafio do lugar social do louco, como *ego*, onde sua dimensão psicológica encontre alívio ou mesmo abolição do sofrimento; como *pessoa*, enquanto dimensão moral, para enfrentar os desafios éticos de seu tempo e de sua condição especial; e como *cidadão*, onde sua dimensão política o permita exercer plenamente os direitos civis, políticos e sociais e, para além do paradoxo aparente, tenha o louco reconhecida a sua condição plena de *sujeito*, com espaço garantido na vida social para a participação ativa e livre de sua singularidade.

1.7 - As modalidades do sistema psiquiátrico

Pela análise acima, constata-se que, historicamente, a Psiquiatria veio responder a uma das contradições da sociedade contratual moderna, visto que sendo o louco considerado núcleo de desordens, mas legalmente irresponsável, era preciso excluí-lo de forma diferenciada em relação aos criminosos, responsável por seus atos (Foucault, 1999; Castel, 1991).

Chamaremos a Psiquiatria, enquanto conjunto de instituições onde se realizam as práticas psiquiátricas, de *sistema de cuidado psiquiátrico*. Às vezes usaremos como sinônimo o termo *aparelho*. Na medicina eles são usados de modo equivalente, como, por exemplo, sistema ou aparelho digestivo. Na psicanálise usa-se o termo aparelho psíquico. Os termos sistema e aparelho têm sempre o sentido de estrutura, logo com um significado mais estático. Em seu sentido mais abrangente, sistema é “um conjunto de elementos relacionados entre si funcionalmente, de modo que cada elemento do sistema é função de algum outro elemento, não havendo nenhum elemento isolado” (Ferrater Mora, 1984: 3062). A opção pela idéia de sistema psiquiátrico difere da noção oriunda

da teoria geral de sistemas, pois aqui não se entende que a realidade se apresenta naturalmente como um “sistema”. O uso é conceitual, como uma ferramenta para ajudar no ordenamento possível dos fenômenos sociais.

O sistema de cuidado psiquiátrico se constitui de diferentes *modalidades*, conforme o predomínio das finalidades presentes nas diversas práticas psiquiátricas. O uso do conceito de prática, como elemento nuclear do sistema, visa dar conta do movimento no seu devir histórico. E, como prática técnica e simultaneamente social, a prática psiquiátrica encerra entre os seus elementos o trabalho, a atividade laboral. Assim, como já visto no capítulo anterior, ela é necessariamente processual e teleológica, responde a determinadas finalidades, imediatas e mediatas, historicamente definidas.

Retornando à síntese, depois de toda a análise precedente, e tomando como referência a França, na virada do século XVIII para o XIX, o sistema de cuidado psiquiátrico, na sua emergência, assumia uma *modalidade predominantemente coercitiva*. O alienismo, estratégia firmada através da repressão física ou moral, e depois o organicismo psiquiátrico, com sua noção de irrecuperabilidade da doença mental, tentaram responder no plano técnico a um problema eminentemente político, além de ideológico, numa época em que a técnica funcionava de maneira muito pouco sutil.

Com o desenvolvimento teórico e técnico da Psiquiatria, foram elaboradas também práticas mais sutis que, se por um lado, ampliavam o conhecimento e domínio de seu objeto, por outro, poderiam garantir um controle social mais eficaz, assumindo assim uma autonomia em relação às práticas claramente repressivas. A Psicanálise e as outras técnicas psicoterápicas, ao serem incorporadas, em geral de modo acrítico e descontextualizado³⁰, permitiram uma ampliação da atuação do aparato psiquiátrico, não se limitando apenas à “grande loucura”, passando a funcionar como um cuidado mais individualizado e centrado na relação terapeuta-paciente. Essa modalidade do sistema de cuidado psiquiátrico funcionava predominantemente pelos mecanismos persuasivos, que possibilitam o auto-consentimento da exclusão.

³⁰ Através de uma metáfora, chamamos a resultante dessa incorporação, desse abuso das categorias psicanalíticas, usadas como rótulos, mas esvaziadas de seu conteúdo, de *noção bambu*. Por fora, atraente; mas oca, por dentro.

Nesse processo, a psiquiatria passou a ser um campo mais susceptível às contradições. Apesar de tentativas anteriores, como a do *no-restraint*, do *open door*, somente no século XX, destacaram-se duas diferentes estratégias psiquiátricas extensivas, “abertas”, de não confinamento. Como descrevemos anteriormente, a Higiene Mental, dita “liberal”, nas primeiras décadas do século, dirigiu-se principalmente para normatizar as classes subalternas, caucionada na noção de eugenia, enquanto que a outra, a psiquiatria “comunitária”, já na segunda metade do século, dirigiu-se para controlar os excluídos, seja nos guetos das sociedades desenvolvidas, seja a chamada "população excedente" nas formações sociais periféricas. Vale ressaltar que, mesmo em estratégias “abertas” como a psiquiatria comunitária, esteve sempre pressuposto, em sua retaguarda, o aparato repressivo manicomial.

Em período mais recente, uma das modalidades da instituição psiquiátrica vem se constituindo num verdadeiro aparato *econômico*, no sentido amplo que procuramos dar a este termo, isto é, não só de produção de bens materiais, mas também de produção de serviços, sob a lógica de mercado, e não das necessidades de saúde mental.

Esta modalidade econômica da psiquiatria, na qual a sujeição excludente pela repressão, combinada ou não com procedimentos mais sutis, se dá concomitante com a obtenção de lucro e a acumulação de capital nas empresas psiquiátricas. Tal modalidade não é nova: “é preciso datar o nascimento de um mercado da loucura no começo do capitalismo triunfante”(Castel, 1991: 159). Mas a importância de estudar essa dimensão econômica da instituição psiquiátrica prende-se ao fato de que, no Brasil, nas últimas décadas, ela tem sido dominante, retirando a prioridade até então dada aos grandes manicômios estatais.

Embora nossa análise tenha se limitado até final dos anos 40, período anterior à hegemonia dessa modalidade no Brasil, encontramos indícios desse processo que só em meados dos anos 60 se tornaria hegemônico, quando passaram a predominar os manicômios privados lucrativos. Isso veio a acontecer no nosso país, porque houve uma expansão acelerada do número das empresas psiquiátricas, através do financiamento de compra de serviços pela Previdência Social e, mesmo com as medidas racionalizadoras adotadas, no momento atual ainda é o subsistema que predomina na cobertura e nos gastos da política setorial (Brasil, 1987; Brasil, 1992).

O reconhecimento da modalidade econômica ilustra o caráter aberto, instável do modelo. O sistema de cuidado psiquiátrico pode acolher novos problemas e novas orientações e se modificar continuamente. Outra possibilidade de mudança está nos movimentos contra-hegemônicos conseguirem consolidar uma modalidade que funcione predominantemente pelas ações reabilitadoras e emancipadoras dos cidadãos-usuários nos novos dispositivos de saúde mental.

Descritas como foram, na parte inicial do capítulo, as diferentes *estratégias* psiquiátricas, nesse movimento quase pendular, ora de contração (ênfase no confinamento), ora de expansão (ênfase na extensão comunitária) e identificadas as *modalidades* - coercitiva, persuasiva e econômica – do sistema de cuidado psiquiátrico, convém buscarmos, agora, ao final, uma aproximação com o nosso objeto principal de estudo: o manicômio.

O asilo, núcleo central da Psiquiatria no período de sua constituição, encontrava-se estritamente vinculado ao controle do Estado, como ramo do aparato repressivo, sendo o suporte institucional de uma estratégia de confinamento. Essa estratégia se caracteriza pelo privilegiamento dos espaços institucionais fechados, através de medidas mais coercitivas, predominando as funções de segregação e exclusão social. O Alienismo e o Organicismo exemplificam tal estratégia ao privilegiarem o espaço asilar e as técnicas de disciplinarização e biológicas. No século XX, as tentativas de reformas no confinamento, possibilitadas pelo desenvolvimento da psicofarmacoterapia e pelas medidas mais sutis de exclusão, inclusive até, de readaptação, quando a psiquiatria teve de responder às exigências econômicas e político-ideológicas em conjunturas específicas de determinadas formações sociais, mostraram possibilidades reabilitadoras, mas também seus limites, não conseguindo superar o modelo manicomial.

Com o desenvolvimento das sociedades capitalistas, a prática psiquiátrica passou a sofrer uma série de reorientações, redefinindo sua estratégia inicial de confinamento para a de penetração ou extensão. Vimos que as estratégias extensivas ou “de penetração” (Pinheiro, 1980) são aquelas que se expandem para o espaço social mais amplo, embora não fiquem excluídas as medidas repressivas.

A Psiquiatria desloca-se, portanto, dos asilos para a intervenção sobre o conjunto social, não se limitando a exclusão e cronificação de pacientes. O hospício, entretanto, transformado em hospital, mantém sua função de retaguarda das funções extramuros, mesmo em suas formas mais tradicionais e arcaicas, oscilando entre a segregação e as tentativas de reabilitação, redefinindo-se no plano dos saberes e das práticas.

Para concluir, é preciso deixar claro que, ter o manicômio como objeto de análise, não significa esquecer ou não levar em conta os *novos dispositivos* da Psiquiatria. Pelo contrário, implica em conhecer o seu lugar na articulação com esses novos espaços institucionais, pois, como foi aqui analisado, o asilo, apesar de reformado, criticado ou negado, permanece como um dispositivo institucional no cuidado aos pacientes psiquiátricos, além de muitas de suas práticas de exclusão reaparecerem nos novos aparatos de saúde mental.

Pensar o manicômio, sem esquecer o que diz um psiquiatra italiano menos famoso que Basaglia, porém não menos lúcido, quando explicita o sentido mais abrangente da crítica à psiquiatria tradicional nos manicômios, compreendida como um sistema de poder fundado na necessidade de supervisionar e tornar inofensivos os excluídos:

Os hospitais psiquiátricos podem nos ensinar uma série de coisas sobre uma sociedade em que o oprimido está cada vez mais longe de perceber as causas e os mecanismos da opressão (Jervis, 1991: 271-72).

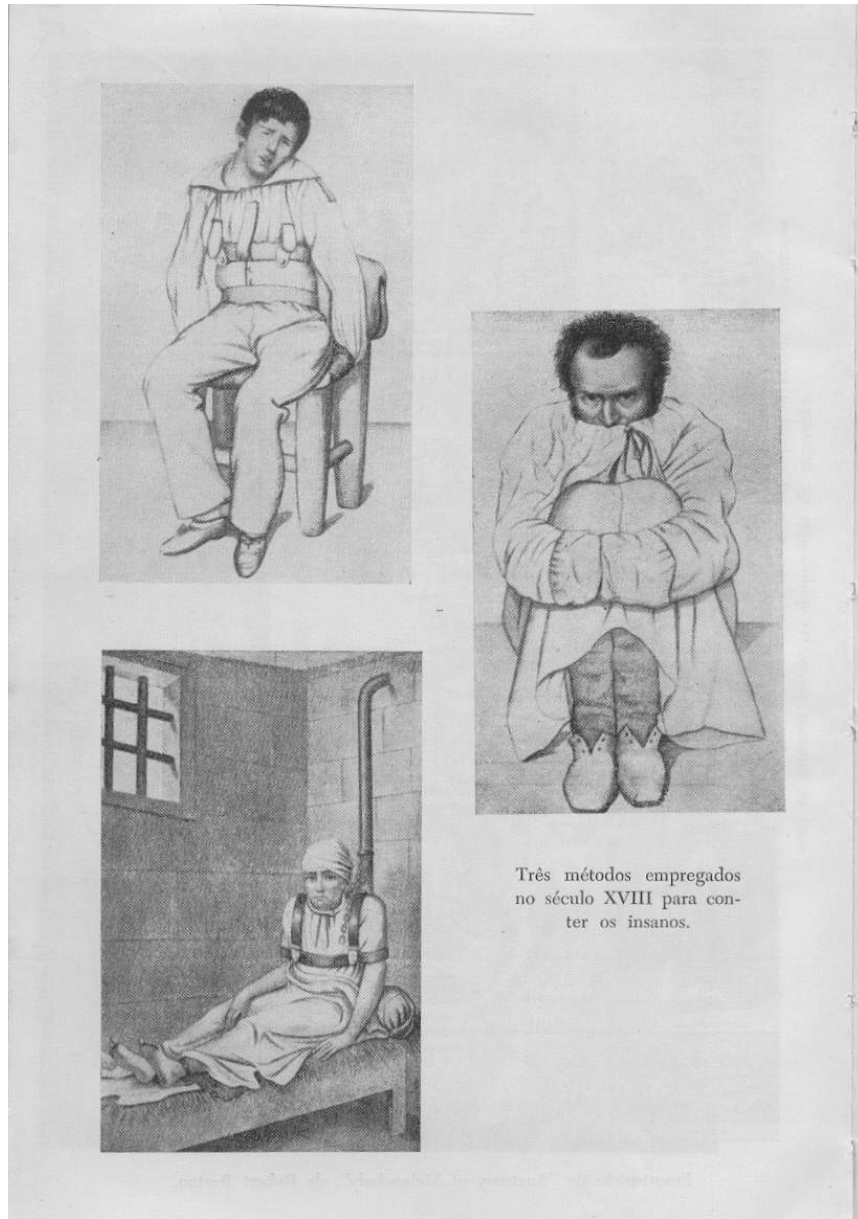


Fig 1 – Três métodos para conter insanos no século XVIII (Fonte: Alexander & Selesnick, 1980).



Fig 2 – Philippe Pinel (1745-1826) um dos principais formuladores do alienismo francês. Professor da Faculdade de Medicina de Paris, ele contribuiu para o estabelecimento de uma classificação médica da alienação mental e dedicou-se ao tratamento moral da loucura (Fonte: Acervo de Maria de Fátima Vianna de Vasconcelos).

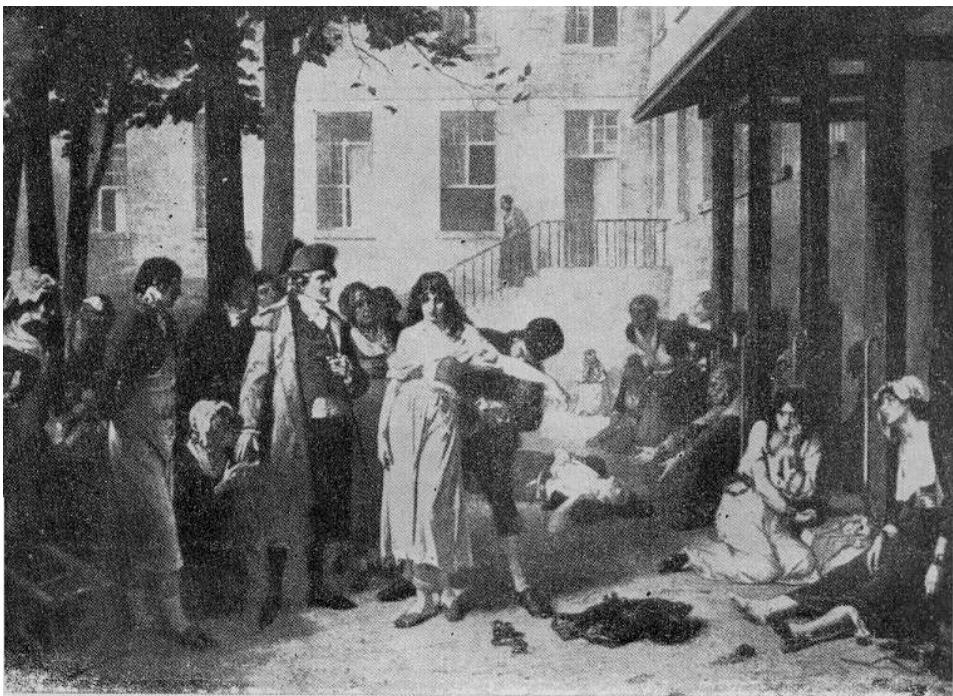


Fig 3 – Quadro com o ato mitológico de Pinel desacorrentando os insanos no Hospital da Salpêtrière (Fonte: Alexander & Selesnick, 1980).

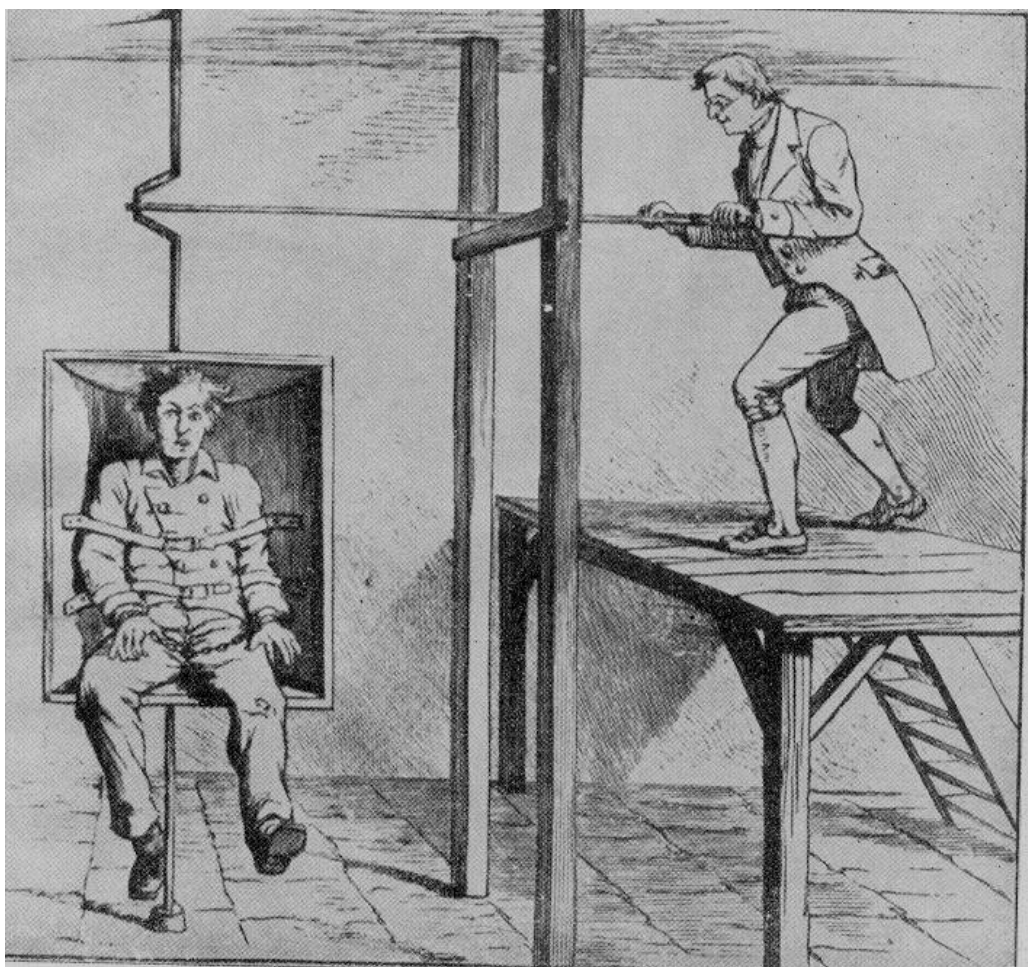


Fig 4 – Cadeira giratória para aumentar o suprimento de sangue à cabeça
(Fonte: Alexander & Selesnick, 1980).

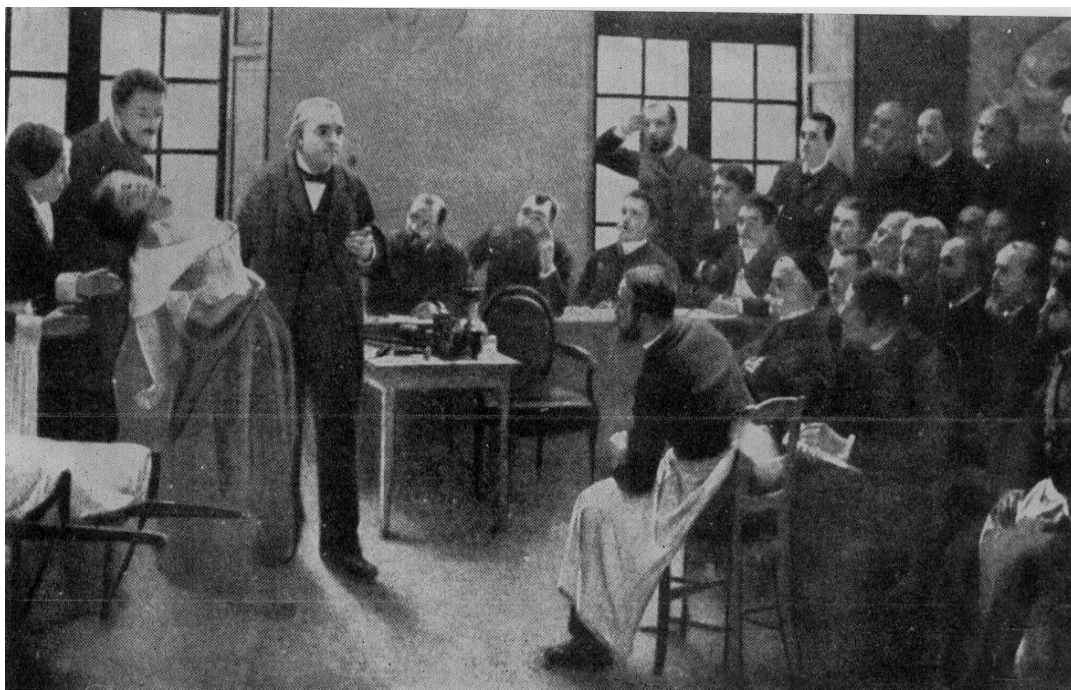


Fig 5 – A clínica de Jean Martin Charcot (1825-1893). Quadro que retrata o famoso neurologista francês, juntamente com um aluno famoso, Sigmund Freud (de avental). Charcot foi homenageado no Hospício São João de Deus, com o nome de um Pavilhão (Fonte: Alexander & Selesnick, 1980).



Fig 6 – Emil Kraepelin (1856-1925), psiquiatra organicista alemão, responsável por um duradouro sistema nosológico das doenças mentais. Foi homenageado no Hospício São João de Deus, depois Hospital Juliano Moreira, com o nome de um Pavilhão (Fonte: Acervo de Maria de Fátima Vianna de Vasconcelos).

CAPÍTULO 2

BREVE HISTÓRIA DO ASILO PSIQUIÁTRICO BRASILEIRO (1852-1952)

Para escrever a história do mais antigo manicômio baiano, fez-se necessário retratar, em suas linhas gerais, a constituição e o desenvolvimento da Psiquiatria asilar no Brasil, conhecendo o cenário político-social e os agentes principais – coletivos e individuais - que se destacaram nesse processo.

Nessa perspectiva, retomaremos algumas informações já sistematizadas em diversos autores, buscando interpretá-las à luz da discussão teórica feita nos capítulos anteriores. Alguns desses estudos (Amarante, 1998; Machado *et al.*, 1978; Medeiros, 1977) constataram que a história da psiquiatria brasileira é fundamentalmente a história de seu asilo, cenário nuclear do exercício profissional e da formação em saúde mental.

Este trabalho, que tem entre seus objetivos valorizar o estudo histórico da psiquiatria no Brasil e, em particular, na Bahia, inspira-se na tese de Costa (1981: 15), segundo a qual, mesmo não tendo formulado teorias originais, a nossa prática psiquiátrica, inclusive o seu saber, guarda uma singularidade no seu processo de assimilação cultural, que precisa ser conhecida.

Seguindo o recurso cronológico, estudaremos, de início, o período da luta médica pela construção do asilo psiquiátrico, que resultou, entretanto, no controle religioso da instituição, na Corte, Rio de Janeiro, e, posteriormente, em algumas Províncias do Império, nesse momento de constituição da própria psiquiatria brasileira. Identificaremos os principais marcos da formação do sistema psiquiátrico no país e analisaremos as principais características de sua prática no asilo sob direção “leiga”, o processo de criação da especialidade para cuidar das “Moléstias Mentais” nas Faculdades de Medicina, até a aprovação da legislação específica em nível nacional da assistência aos alienados, ocorrida já no período republicano.

No segundo momento, identificaremos as mudanças que resultaram na prática psiquiátrica, com a hegemonia médica no manicômio, garantida com o controle estatal da instituição e o monopólio do poder médico no cuidado aos alienados, ou melhor, aos psicopatas, ou melhor ainda, aos doentes mentais.

2.1 - A hegemonia da Santa Casa no hospício e o processo de constituição da Psiquiatria no Brasil

Em primeiro lugar deve-se registrar que, embora a loucura no Brasil-Colônia fosse concebida como “doença do cérebro” e “depravação de entendimento”, sendo às vezes submetida a tratamento físico para “livrar os cérebros dos maus vapores” e regular os “humores alterados”, segundo dados de autores do século XVII, como por exemplo Morão (Machado, 1978: 404-409), em geral o louco não recebia qualquer cuidado específico. Esse, quando existia, já se diferenciava conforme a situação social do indivíduo.

O psiquiatra baiano Juliano Moreira (1955:66) sintetiza bem o cuidado ao louco nesse período pré-asilar:

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

Percebe-se, desde então, um fenômeno que antecedeu e que perdura ao interior da prática psiquiátrica: homogeneizados pelas categorias da loucura e, em seguida, pelas suas sucessivas redefinições, os indivíduos são, entretanto, heterogeneamente tratados conforme o grupo social a que pertencem. O louco “rico” era contido no âmbito familiar ou tratado no exterior (neste último caso, apesar da citação de Juliano Moreira, não conseguimos obter nenhuma evidência empírica e estamos de acordo com o questionamento de Medeiros³¹), enquanto o “pobre” era abandonado à própria sorte ou encerrado em prisões, se fosse violento, onde em geral morria por fome ou violência física.

³¹ O psiquiatra, em comunicação pessoal, questiona: “existe história de alguma pessoa que tenha sido enviada para a Europa para tratamento psiquiátrico no período colonial? Se você descobrir, mande me dizer.”

No início do século XIX, além desse confinamento indiferenciado nas prisões e asilos de mendicância, que abrangiam outros “desvalidos” além de criminosos e indigentes, os insanos passaram a ser recolhidos também em “celas” ou “enfermarias” dos hospitais da Santa Casa de Misericórdia (SCM). Há registro que, desde 1706, no Hospital de São Cristovão da SCM da Bahia, com as reformas que sofreu, foram construídos pequenos quartos para abrigar os loucos, conhecidos como “*casinhas de doudos*” (Russell-Wood, 1981: 217). Há inclusive um registro *médico* de um louco numa instituição hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de São João Del’Rei, o de Guilherme Gonsalves, 80 anos e referido como de “*muito pouco cizo*”, datado de 24 de janeiro de 1817. Essas celas e enfermarias eram ocupadas em sua maioria por escravos (Medeiros, 1977: 26).

A importância da Santa Casa, nesses primórdios da constituição do aparato de cuidado psiquiátrico, decorria da própria função que esta instituição de inspiração religiosa detinha no processo de reprodução da sociedade brasileira da época. De fato, a Igreja esteve presente desempenhando um papel ideologicamente significativo nesse período do Brasil-Colônia ao Império. Além de atuar diretamente, sua influência se ampliava em instituições como a Santa Casa de Misericórdia que, embora nem sempre dirigida por pessoas do clero, inspirava-se na doutrina e nas práticas da Igreja Apostólica Romana.

Desde a Idade Média, as Irmandades ou Confrarias se constituíram em importantes instituições de filantropia social, ficando sua administração com “uma junta governativa cujo mandato expirava depois de um ano. A junta atribuía deveres aos membros, que executavam diversos serviços de caridade num sistema rotativo” (Russell-Wood, 1981:2). Em meados do século XV, a Coroa Portuguesa, no reinado de Afonso V, buscou diminuir o poder eclesiástico das Irmandades, como, por exemplo, a mudança da tramitação dos processos de legados, que passou para tribunais civis. De qualquer modo, o vínculo com a Igreja permaneceu dominante na sua política social, para usarmos uma expressão moderna.

A prestação dos cuidados a doentes, enjeitados, famintos, presos e loucos era tarefa primordial da SCM desde antes do descobrimento do Brasil, na metrópole - Portugal. A Irmandade de Nossa Senhora, Virgem Maria da Misericórdia, depois Casa da Santa Misericórdia e, finalmente, Santa Casa de Misericórdia, foi fundada em 1498, por iniciativa do Fr. Miguel de Contreiras e com a proteção de D. Leonor, rainha do falecido D. João II (reinado de 1481 a 1495) e Regente do Reino, pois o sucessor, seu irmão D.

Manuel I, que reinou de 1495 a 1521, encontrava-se com a esposa, D. Isabel, na Espanha. D. Leonor, que tinha no frade seu confessor, deu o apoio inicial que a confraria necessitava, concedendo privilégios e favores, que foram mantidos por D. Manuel I e sucessores. O Fr. Miguel foi o primeiro provedor da SCM de Lisboa, formada por nobres e plebeus. Há outra versão da fundação da Irmandade por um grupo de leigos, onde D. Leonor teria sido apenas patrocinadora (Russell-Wood, 1981: 11). As fontes documentais não possibilitam uma análise conclusiva sobre essa origem.

Essa Irmandade esteve presente no Brasil desde o processo de colonização, tendo sido fundada, em Santos, a primeira Santa Casa em território brasileiro, com a criação de um hospital na Capitania de S. Vicente, em 1543, ao qual se agregaram, posteriormente, asilo de órfãos, de mendigos, casas de expostos etc. A segunda foi a de Pernambuco e depois vieram as Misericórdias da Bahia, fundada em meados do século XVI, do Espírito Santo, de 1551, e assim foram se espalhando por toda a Colônia (*Ibidem*, pp. 30-31). Embora não tenha sido a primeira, “a filial mais importante da Misericórdia no Brasil era a da Bahia” (*Ibid.*, p.32), provavelmente em função de ter sido criada juntamente com a fundação da primeira capital da Colônia. Há controvérsias na definição do ano, entre 1549 e 1552, mas, segundo um respeitado estudioso dessa Irmandade (Russell-Wood, 1981: 66), muito provavelmente o ano de criação o de 1550.

A estrutura político-administrativa da Misericórdia baseava-se num estatuto firmado em confiança mútua, chamado de “Compromisso”, sendo o primeiro de Lisboa datado de 1516 e reformado em 1618. O Provedor era o cargo mais elevado e juntamente com doze membros, chamados de “mordomos”, formavam a “Mesa Administrativa”, seu órgão administrativo principal (*Ibid.*, pp.15-16). Em 1618, introduziu-se um órgão consultivo, a “Junta”, formado por vinte irmãos (*Ibid.*, p. 81). O Compromisso impresso de 1618 refere a formação com seiscentos irmãos, sendo trezentos nobres e outros trezentos plebeus ou “officiaes”, homens de ofício, além de vinte “letrados” (Compromisso, 1977 [1618: 3]; Damasio, 1862: 10).

No Vice-Reinado e no Império, as Santas Casas continuaram a desempenhar importante papel político-ideológico, tendo até Ministros e Conselheiros do Império como seus “provedores” e “mordomos”. Isso estava de acordo com a própria Constituição de 1824, cujo artigo 5º determinava “a união do trono e do altar”. Baseados nisso, os governos

provinciais, representantes do poder imperial, buscavam nomear os dirigentes das Santas Casas e, dessa forma, tentar controlar suas atividades, porém esta relação entre a instituição filantrópica e os governos provinciais foi, em geral, muito conflituosa.

Os hospitais das Santas Casas, que não tinham o significado moderno, aproximavam-se mais dos “hospitais gerais” franceses (Rosen, 1974: 139; Foucault, 1997: 49-50 e 533-543), sendo mantidos por doações através de subscrições públicas ou de testamentos. Eram locais de abrigo e de cuidados aos necessitados, sendo a atividade médica precária e secundária, tendo para a população a imagem de “um simples depósito” de miseráveis. Como já referido, foram nesses hospitais que surgiram as primeiras “celas” ou mesmo “enfermarias” para os insanos, que se ampliaram a partir das primeiras décadas do século XIX, respondendo às demandas oriundas de uma sociedade não mais colonial, pois com o Vice-Reinado e depois o Império, foi-se tornando cada vez mais complexa.

Com a transferência da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808, desencadearam-se transformações não só nas relações econômicas com o exterior - com a abertura dos portos colocando as cidades portuárias brasileiras nas rotas comerciais inglesas - mas, também, nas relações políticas e ideológicas. Após a transformação do Brasil em Reino Unido de Portugal e Algarves, inicia-se um processo de crescimento dos centros urbanos, notadamente os litorâneos, que prossegue no Império e se acelera no período republicano (Albuquerque, 1981).

Até então, segundo Buarque de Holanda (1999), as cidades eram entrepostos de serviços, habitadas pelos pobres, trabalhadores de ofício, desprovidos de terras. Geralmente ficavam vazias, pois os senhores viviam nas fazendas, só vindo às cidades nos períodos de festas ou para ultimar negócios. Progressivamente, as cidades se dinamizaram, intensificando o comércio e se tornando lugar de vida política e cultural. Assim, no século XIX, a sociedade brasileira já apresentava uma estrutura relativamente complexa, ampliando-se as funções e ramos do aparelho de estado e dinamizando-se a sociedade civil. Como exemplos desse processo no plano institucional, temos a criação da Academia Real Militar, a Intendência Geral da Polícia, a Provedoria de Saúde, entre outras, bem como o surgimento da Biblioteca Real, do Museu Real, as Escolas de Cirurgia e Medicina na Bahia e no Rio de Janeiro, tudo isso no curto período do Brasil Reino. No Império surgem as várias instâncias parlamentares, a imprensa, as faculdades e várias entidades profissionais, entre as quais as dos médicos.

A criação de entidades médicas, como a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, é fruto de um processo de enfrentamento dos médicos com outros setores e categorias, em busca da consolidação da Medicina “científica” (Machado, 1978). Como parte do processo de diversificação das tarefas supraestruturais do período, dá-se a articulação ou subordinação dos médicos enquanto intelectuais à procura de organicidade com a estrutura dominante. Utilizando-se dos novos conhecimentos e técnicas oriundas das formações sociais européias, tendo como principal centro irradiador a medicina francesa, a categoria médica buscava legitimar-se e consolidar seu monopólio face a adversários “externos”, como a Igreja, e “internos”, como a homeopatia, a medicina popular e o próprio charlatanismo (Machado, 1978).

A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ) traz na sua constituição bem marcada a inspiração francesa: a presença de médicos franceses entre seus fundadores, como Faivre e Sigaud, sendo que esse último tinha sido secretário da Sociedade Real de Medicina de Marselha; a formação francesa de vários de seus membros, como, por exemplo, o Dr. Joaquim Cândido Meirelles, doutorado em Paris e do qual partiu a idéia da criação da Sociedade no Brasil; mas, acima de tudo, o projeto “médico social” concebido pelas Sociedades de Medicina daquele país (Machado, 1978). No preâmbulo de seu estatuto, publicado no primeiro número do “Semanário de Saúde Pública”, órgão oficial da Sociedade, fazia o seguinte destaque, entre suas finalidades: “O fim da Sociedade é melhorar o exercício da medicina e esclarecer as questões numerosas que respeitem à salubridade das grandes cidades e do interior das províncias do Império” (*apud* Paim, 1976:5).

Era um projeto que pode ser caracterizado como uma “medicina do espaço urbano”³², num momento em que os médicos ainda lutavam por sua hegemonia, utilizando como estratégia tanto o fortalecimento das condições “científicas” no âmbito da sociedade civil, através dos jornais, escolas, suas corporações etc., como ao interior do próprio Estado, através dos políticos médicos (deputados, senadores, ministros etc.).

³² Machado *et al.* (1978) utiliza tal expressão, inspirado em Foucault (1986, pp.85-93), para caracterizar o projeto institucional médico do período. Também de modo semelhante à Foucault (*Ibidem*) atribui a designação “Medicina Social” a esse projeto como um todo.

Essa Sociedade médica, depois denominada de Academia de Medicina no Império, realizou uma assimilação acrítica dos saberes e técnicas elaborados pelos médicos e outros intelectuais europeus, sobretudo franceses, ao não atentarem para um traço essencial da realidade brasileira inexistente na Europa - o escravismo. O curioso é que os estudos contemporâneos e pioneiros, baseados na análise foucaultiana da realidade européia, como o de Machado *et al.* (1978), acabam cometendo um equívoco semelhante ao dos intelectuais das sociedades e academias médicas do século passado, seja por esclarecer pouco a respeito da população urbana e das relações sociais do período examinado, seja, sobretudo, por elaborar o argumento teleológico, segundo o qual os médicos usaram o poder disciplinar para produzir um indivíduo necessário ao capitalismo industrial antes mesmo de sua emergência e consolidação no Brasil (Carvalho & Lima, 1992).³³

Retornando ao eixo da análise, constata-se que, ao interior desse processo de fortalecimento da medicina, num espaço urbano mais complexo e com novas exigências, no que já pode ser identificado como “raízes da medicalização”³⁴ na sociedade brasileira, é que, segundo Machado (1978), surgiu o projeto da *psiquiatrização*, ou seja, a delimitação da loucura como objeto da medicina, dando-se origem à nova Medicina Mental.

Em 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro lançou uma nova palavra de ordem: aos loucos os hospícios. Apresentou um relatório, tendo como relator o Dr. Cruz Jobim, onde se analisava o tratamento dos loucos nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, considerando-o “o cúmulo da barbaridade”, onde eles se tornam “ainda mais loucos”, estando o alienado “*ligado a um tronco*, deitado no chão e cercado de outros, que a cada passo o podem acometer e maltratar horivelmente.” Concluía com a sugestão do asilo:

³³ Segundo Machado *et al.* (*op. cit.*), transpondo a análise foucaultiana da medicina social nas sociedades européias para a realidade brasileira, o poder médico buscou controlar as populações e seus indivíduos, “tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos” (p.156). Apesar das críticas feitas acima, esse trabalho, baseado em um estudo minucioso e interessante de fontes primárias, é um marco da historiografia da medicina social e da saúde pública brasileiras.

³⁴ Entendemos aqui, a partir de Donnangelo (1976), “medicalização” como um processo de reorientação histórica da prática médica sob o capitalismo, caracterizado pela expansão do campo de normatividade da Medicina, ou seja, pela ampliação de seu objeto, concomitantemente à progressiva extensão dos serviços a contingentes cada vez maiores da população.

“Estamos persuadidos de que só tem falta de *um coração benfazejo, e com bastante influência* para fazer sentir a necessidade de um *asilo de alienados nas vizinhanças da cidade*, onde eles gozem de todas as *comodidades que exige o seu estado e tratamento.*” (apud Paim, 1976: 6-7; grifos no original).

Alguns trabalhos, entre os quais se destacam o de Sigaud e o de Simoni³⁵, criticavam o descaso e o perigo dos loucos transitarem pelas ruas (ausência de uma estratégia), a violência sofrida nas prisões (a estratégia policial de confinamento), a fracassada e “desumana” tentativa de confiná-los nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia (a estratégia religiosa, caritativa) e, por fim, propuseram a construção de um local específico para os insanos - o asilo de alienados (a estratégia médica).

No momento, portanto, em que o hospital deixa de ser exclusivamente um local de assistência à pobreza e se transforma em lugar de cura, os médicos defendem a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. Em outras palavras, “o que se exigia era que os loucos, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente” (Costa, 1981: 21-22).

Em busca de levar adiante esse projeto, os médicos, através de suas entidades, aliam-se num primeiro momento à própria Santa Casa de Misericórdia, representada na sede do Império pela figura do provedor José Clemente Pereira, que era também um filantropo e político eminente, ou seja, era o personagem perfeito reclamado por Cruz Jobim: “*um coração benfazejo e com bastante influência*”. Contando ainda com o apoio da opinião pública, conseguiram exercer certa pressão junto ao governo imperial para a construção de um hospício para os alienados “*nas vizinhanças da cidade*”, ou seja, na chácara do Vigário geral, na Praia Vermelha (Machado, 1978; Paim, 1976), para a qual a Santa Casa arrecadou fundos públicos, através de doações e outras contribuições voluntárias.

Configurava-se, assim, o momento oportuno para a síntese asilar, que na França e depois em quase toda a Europa já vinha demonstrando eficiência no controle social desse “núcleo de desordem”, que a loucura representava para a ordem pública.

³⁵ Os principais argumentos em defesa da construção de um espaço específico para os loucos encontram-se em J.F. Sigaud, “Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro, etc”. *Diário de Saúde* 1, 1835; e L.V De-Simoni, “Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados” *Revista Médica Fluminense*, set. de 1839.

A criação do asilo teve ainda um significado político imediato, o de ajudar a compor para D. Pedro II a imagem de um imperador humanista e justo, tendo o decreto de fundação sido assinado em 18 de julho de 1841, data de sua maioridade. Para Clemente Pereira, construir o asilo de alienados seria um “ato que eternizará o fausto dia da sagração e coroação” do Imperador (*apud* Paim, 1976: 12). Nesse mesmo ofício ao Ministro dos Negócios do Império, Cândido Vianna, o provedor não deixou de sugerir a SCM para dirigir o hospício, uma vez que estava fornecendo o terreno e assumindo a garantia de sua subsistência futura, “além de gozar do conceito de administrar bem seus estabelecimentos” (*Ibidem*).

O Hospício de Pedro II, entretanto, só foi inaugurado onze anos depois, em 1852, com uma suntuosidade que o colocava como “o mais belo edifício da América do Sul”, mas, em “*Os alienados no Brasil*”, de 1886, o Prof. Teixeira Brandão denunciava que essa monumentalidade atendia “mais às exterioridades que às conveniências dos doentes”. Três décadas depois a monumentalidade da obra não escondia mais os seus defeitos, como a situação de desconforto e as condições insalubres a que estavam expostos os asilados (Teixeira Brandão, 1956a[1886]: 79). O autor cita, como exemplo mais dramático de contraste ao esplendor aparente do hospício, a persistência dos “*quartos dos imundos*” (*Ibidem*, p.80).

O *nascimento do hospício* foi, então, o primeiro e fundamental passo na constituição da Psiquiatria no Brasil, através do qual especifica-se e fortalece-se a estratégia de confinamento da loucura.

A Psiquiatria brasileira, centrada basicamente no confinamento, vai apresentar momentos de expansão, através da criação de asilos e outras formas manicomiais. O primeiro surto de expansão do confinamento asilar ocorreu ainda na segunda metade do século XIX, após a construção do Hospício de D. Pedro II. Assim como aconteceu na capital do Império, em outros centros urbanos foi exigida a construção de asilos, tanto pelos reclamos públicos contra a presença dos loucos nas ruas, quanto pelos protestos de setores organizados da sociedade civil. Dentre estes, destacavam-se as organizações médicas que, através das associações civis ou pela imprensa, se pronunciavam contra a reclusão dos loucos em prisões e contra o tratamento dado nas enfermarias dos hospitais da Santa Casa.

Os manicômios foram surgindo, obedecendo à orientação de serem construídos em locais arejados e afastados dos centros urbanos.³⁶ Assim tinha acontecido com o próprio Hospício de D. Pedro II, na Praia Vermelha no Rio de Janeiro, com o Asilo São João de Deus, no Solar da Boa Vista em Salvador, em 1874 (Jacobina, 1982), o Hospício no Sítio da Tamarineira em Recife, em 1883 (Medeiros, 1977), o Hospício São Pedro em Porto Alegre, em 1884³⁷ (Wadi, 2000) e o Juqueri em São Paulo, em 1898 (Cunha, 1986)), entre outros. Uma seqüência cronológica mais detalhada da criação dos asilos no Segundo Reinado e na República, até meados do século XX, é apresentada no quadro 3 em anexo.

O grande problema apresentado por esses primeiros manicômios foi a superlotação de asilados. Tomando como exemplo o Hospício de D. Pedro II, inaugurado em 1852 com 144 alienados para uma capacidade total de 350, em menos de dois anos (setembro de 1854) ele já estava lotado, o que levou a que fossem adotadas medidas restritivas quanto ao internamento. Apesar dessas medidas, em 1886, Teixeira Brandão (1956a: 81) registrou uma população de 400 internados, inclusive 50 órfãos “*cujas admissões e permanência foram abusivamente permitidas pelas administrações passadas*”, ou seja, pelas administrações leigas da Santa Casa. Esse autor teceu críticas também a um outro “depósito de alienados do Rio de Janeiro”, para onde os loucos eram enviados diante da superlotação do Hospício Pedro II - o Asilo da Mendicidade, que o autor denominou de “antecâmara do cemitério” (*Ibidem*, p.86), com 350 alienados e os 50 restantes de vagabundos, velhos e crianças, abrigados num espaço para menos de 100, “*onde os loucos agitados são mettidos em caixões de madeira onde permanecem nus e expostos às intempéries*” (*Ibid.*, p. 85).

A indignação de Cruz Jobim, em 1830, diante do abandono e maus tratos dos “loucos” nos porões das prisões e do “hospital” da Santa Casa, era repetida por Teixeira Brandão,

³⁶ Isto de acordo com uma série de princípios que norteavam a própria organização das cidades, tanto em função de aspectos econômicos quanto políticos. Um interessante estudo dos determinantes da escolha do local de construção de asilos segundo critérios que poderiam ser englobados numa “psiquiatria do espaço urbano”, encontra-se em Saide (1981 a, b).

³⁷ Enquanto na Corte e na Bahia o asilo de alienados nasceu como uma reivindicação médica, no Rio grande do Sul, o movimento pela sua construção do hospício separado do hospital de caridade nasceu no interior da própria Santa Casa. Naquela Província, ao contrário dos outros dois centros urbanos, não havia nem Faculdade de Medicina, criada em 1898, nem qualquer associação médica (Wadi, 2000:662).

em 1886, ante a situação dos “alienados” no “hospício” da Santa Casa, criticado pelo alienista por ainda não ter uma direção médica com formação especializada.

Depois de criado o asilo, o segundo elemento no processo de constituição da nossa psiquiatria foi a *institucionalização do ensino* da medicina mental, ocorrida em 1881. Ao contrário do conflito entre os alienistas dos asilos com os organicistas das Faculdades de Medicina, na França, na primeira metade do século XIX (ver cap. 1), aqui no Brasil houve uma compatibilização realizada no espaço do asilo, daí termos utilizado o termo *asilismo*, em trabalho anterior (Jacobina, 1982:72), para expressar esta síntese cultural, que assimilou harmonicamente o que era conflitivo nos centros ideológicos difusores³⁸. Como ilustração dessa assimilação local, o primeiro médico a ocupar a cadeira de Moléstias Mentais e Nervosas, o professor Nuno de Andrade, era também o diretor do Hospício de Pedro II (Uchôa, 1981: 30). Um registro relevante: o Dr. Nuno de Andrade foi também um dos primeiros nomes com prestígio e representação acadêmica a propor, ainda no período imperial, a separação do Asilo da Santa Casa de Misericórdia, recomendando que a direção ficasse a cargo do governo, argumentando que sua autoridade de clínico era tolhida pelas irmãs de caridade (Machado *et al.*, 1978: 438).

A consolidação desse processo de institucionalização da psiquiatria como especialidade médica se deu, efetivamente, com o concurso, em 1883, quando o Dr. Nuno de Andrade, que era médico generalista, foi substituído pelo médico alienista João Carlos Teixeira Brandão e o ensino se tornou regular para os estudantes de medicina (Costa, 1981: 22).³⁹ Em 1886, Teixeira Brandão se tornou também diretor do Hospício Pedro II, preenchendo os requisitos que ele mesmo traçara no seu livro “Os alienados do Brasil” publicado naquele mesmo ano: direção médica e com formação especializada (Teixeira Brandão, 1956a: 79). Ele criou em sua gestão do Hospício Nacional a primeira escola de

³⁸ O fato de ter sido uma assimilação tardia deve ter facilitado essa síntese não conflitiva, mas isso não significou uma ausência de domínio. No período que vai da luta pela criação do asilo até o final da liderança de Teixeira Brandão, predominou o alienismo francês na psiquiatria brasileira. Com a ascensão de Juliano Moreira, no início do século XX, o domínio passou para o organicismo alemão.

³⁹ Amarante (1998: 76) considera que foi Teixeira Brandão que criou “a primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina”, porém tanto Costa (1981: 22) quanto Uchôa (1981: 30-1) afirmam que a “cadeira de doenças nervosas e mentais” foi criada em 1881, sendo que o último afirma de modo mais preciso que em 12 de março de 1881 foram criadas nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro, confiada ao Prof. Nuno de Andrade, e da Bahia, ao Prof. Maia Bittencourt, ambos médicos generalistas.

enfermagem, tendo assim um papel mais amplo na formação de profissionais para o setor (Amarante, 1998: 76).

A criação da instituição onde concretamente as práticas seriam exercidas, e a garantia da formação dos agentes, bem como da produção e reprodução dos saberes e técnicas, foram conquistas realizadas mesmo estando o espaço nuclear da medicina mental sob a direção de uma organização religiosa. No dia a dia, cada vez mais essa convivência se mostrava uma relação contraditória, cuja superação para os médicos significava, além da hegemonia médica na direção do manicômio, o rompimento com essa orientação leiga da Santa Casa, que se tornou possível com o novo cenário republicano, onde a razão médica era portadora de uma racionalidade mais orgânica com a nova ordem social. Os outros dois elementos necessários na composição institucional da psiquiatria brasileira - a autonomia e direção médica no manicômio e o instrumento legal definidor de funções e competências - só foram conquistados, portanto, nesse outro cenário, com a participação de novos atores ou que até então estavam em papéis subalternos.

Apesar do hospício ter sido uma conquista obtida pela atuação dos médicos através de suas organizações e lideranças, sensibilizando o poder monárquico e mobilizando a imprensa e, com ela, a opinião pública, até então a Medicina Mental ocupou um lugar secundário, subordinada por uma direção “leiga” e convivendo inclusive com a atuação direta dos religiosos sobre os doentes, que tinham freqüentemente outras orientações assistenciais. Em função desse controle administrativo exercido pela Santa Casa, várias lideranças médicas, com destaque para Teixeira Brandão⁴⁰, começaram a questionar, responsabilizando essa direção leiga pela “anomalia hospitalar lastimosa” em que se transformara o Hospício de Pedro II (Machado, 1978). Segundo o psiquiatra Isaías Paim (1976: 14), a cláusula presente no decreto de fundação, que anexou o hospício à Santa Casa, aparentemente simples e coerente, determinou um atraso de quarenta e cinco anos no desenvolvimento da psiquiatria em nosso país. Quarenta e cinco anos depois, ou seja, 1886, foi o ano em que um médico, Dr. Teixeira Brandão, assumiu a direção do Hospício, embora a instituição ainda estivesse sob o controle da SCM.

⁴⁰ Segundo Medeiros (1977:9), esse alienista chegou a criticar não apenas a direção religiosa, mas o próprio Estado monárquico neste aspecto em particular, afirmando que a “autoridade” não se importava com o louco, senão quando ele perturbava a tranqüilidade pública, sendo a enfermidade de que padecia coisa de menos importância, pois o essencial seria sua reclusão.

A *laicização*⁴¹ do asilo e, assim, do cuidado ao alienado, foi o terceiro componente desse processo de constituição da nossa psiquiatria e só se efetivou na República, quando se redefiniu a relação entre a Igreja e o Estado. Somente após a Proclamação da República em 1889, tal fato se concretizaria no bojo das reformas por que passou o próprio Estado. Entre as inúmeras medidas de caráter social, o Estado republicano, sob inspiração positivista (Albuquerque, 1981: 430-438), assumiu a responsabilidade direta da atenção aos alienados, separando a Santa Casa dos asilos psiquiátricos, que passaram na sua maioria a se chamar “Hospícios ou Hospitais para Alienados”. Esse processo iniciou-se em 1890 de modo precursor no Rio Grande do Sul. As autoridades sul-riograndenses adiantaram-se ao movimento deflagrado na capital federal, quando decretaram a separação do hospício São Pedro da Santa Casa imediatamente após a proclamação da República, em 28 de novembro de 1889 (Wadi, 2000:669). A encampação do Hospício D. Pedro II pelo poder federal, na Capital, deu-se em 11 de janeiro de 1890, prolongando-se em diversos lugares por quase toda a Primeira República.

Após a laicização republicana, o problema da superlotação dos manicômios continuou, chegando inicialmente a piorar. No antigo Hospício de Pedro II, agora denominado Hospício Nacional, a superlotação se agravou com a transferência dos alienados que estavam no Asilo da Mendicidade. Assim, tanto pela elevada taxa de mortalidade, causada principalmente pela fome e por doenças infecto-contagiosas, quanto pela situação de cronicidade dos pacientes e a conseqüente superlotação, surgiu um movimento de críticas e propostas de reformas, iniciado pelo próprio Teixeira Brandão, que fora mantido na direção do Hospício Nacional e se tornou o primeiro diretor no Serviço de Assistência aos Alienados do Distrito Federal, criado logo no início do período republicano, em 15 de fevereiro de 1890.

Com dez anos na direção do Hospício, em 1897, Teixeira Brandão deixou-a sob uma bateria de críticas na imprensa e no Congresso, comandadas, segundo ele, pelos aliados da Santa Casa que desejava reaver a posse do Hospício, tendo sido apresentado um projeto no Senado com tal finalidade (Medeiros, 1977:17). Em 1902, um inquérito

⁴¹ Por “laicização” estamos entendendo a substituição da ideologia caritativa de uma instituição de inspiração religiosa - onde o cuidado piedoso aos desvalidos, loucos etc., tem uma importante função de controle social - pela racionalidade “científica” do cuidado médico com as mesmas funções numa forma de governo laica.

levado a cabo pelo governo Rodrigues Alves, através de uma comissão especial de médicos e farmacêuticos⁴², concluiu: “*O Hospício Nacional é simplesmente uma casa para detenção de loucos, onde não há tratamento conveniente, nem disciplina, nem fiscalização*”(Nina Rodrigues, 1906: 365).

A indignação de Jobim, em 1830, com os doidos no hospital da Santa Casa, repetida por Brandão, em 1886, com os loucos no hospício ainda da Santa Casa, era novamente repetida pela Comissão de Inquérito, em 1902, com os alienados no hospício médico e republicano.

Novos clamores de reformas e surge assim o quarto e último elemento na constituição do aparato psiquiátrico brasileiro. Naquele mesmo ano, em 22 de dezembro, foi promulgada a Lei Federal de Assistência aos Alienados (Decreto Legislativo nº 1132, regulamentado pelo Decreto Executivo nº 5.125, de 01.02.1904), *instrumento jurídico* que marcou a consolidação da hegemonia médico-psiquiátrica no cuidado à loucura.

Essa lei foi defendida politicamente pelo médico Teixeira Brandão, eleito deputado naquele mesmo ano, enfrentando-se no Parlamento com os representantes da Santa Casa, que acusaram o projeto de lei de estatizante. Elaborada sob influência da lei francesa, foi a última contribuição de Teixeira Brandão para a Psiquiatria brasileira, mas já contando com o apoio daquele que, formado em outra doutrina, exerceria grande influência na nossa psiquiatria, pelo menos nas três primeiras décadas do século: Juliano Moreira⁴³. A lei recebeu críticas também de republicanos, como a de Nina Rodrigues (1906: 346) que, num exame crítico minucioso, identificou o “*pouco estudo com que ela foi feita, limitando-se o legislador a querer condensar e resumir a lei francesa de 1838*”.

⁴² Comissão de inquérito sobre as condições da Assistência a alienados no Hospício Nacional e Colônias da Ilha do Governador, formada pelos Drs. Silva Araújo, A. M. Teixeira, F. Enéas e Salles Guerra (Nina Rodrigues, 1906: 365).

⁴³ “São as seguintes as datas memoráveis da psiquiatria brasileira consagradas pelo psiquiatra baiano Juliano Moreira: 18 de julho de 1841, fundação do Hospício D. Pedro II; 30 de outubro de 1882, criação do ensino da psiquiatria nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro; 11 de janeiro de 1890, a volta do antigo Hospício D. Pedro II à administração do Estado; 22 de dezembro de 1903, promulgação da Lei federal de assistência aos alienados” (Passos, 1975: 35). Entretanto, mais que memoráveis, estes *acontecimentos* destacados por Moreira (1927:130) guardam relação, pois fizeram parte de um mesmo processo - a constituição do sistema ou aparelho psiquiátrico no Brasil.

No seu artigo primeiro ela estabelecia a população-alvo que deveria ser internada no hospício: “*Art. 1º. O individuo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados*” (apud Nina Rodrigues, 1906: 343; grifo nosso). O mandato social da psiquiatria, discutido por Foucault (1999) e Castel (1991) desde o seu nascimento, não poderia ser mais explícito. A estratégia alienista no Brasil, assim como foi a francesa para os autores acima, mostrava-se mais uma estratégia de controle e exclusão social para a manutenção da ordem, do que uma ação médica para o tratamento de doentes. E isso não passou despercebido a um dos críticos das deficiências da lei de 1903. Diz Nina Rodrigues (1906: 343), comentando justamente este artigo da Lei nº 1.132, copiado do artigo 18 da lei francesa de 1838: “*Os fundamentos legais do internamento não são, não podem ser apenas as garantias da ordem publica e da segurança das pessoas*”. Mais adiante, depois de criticar vários aspectos da lei, afirma Nina:

“Por tudo isto, em nenhum outro ponto mais do que neste, do typo de organização da Assistencia a alienados, se tornam sensiveis os defeitos que provieram para a lei brasileira nº 1132, de ter o legislador tomado por modelo a lei franceza de 1838, sem reflectir que a organização de taes serviços num regimen administrativo fortemente centralisado como era o da França de Luiz Felipe, e continúa a ser o da Republica de 1871, jámais poderia convir a um paiz que, como o Brazil, foi copiar a sua fôrma de governo num regimen das mais amplas liberdades locaes” (Ibidem, p.367).

Não é por acaso, portanto, que as análises críticas de Foucault e Castel, citadas acima, ambas centradas no alienismo francês, aplicam-se de modo tão pertinente à realidade psiquiátrica brasileira, pelo menos nesse momento inicial de sua história.

2.2 - A hegemonia médica no manicômio. Crises e reformas da Psiquiatria na primeira metade do século XX

A Psiquiatria brasileira inicia, portanto, o século XX com uma conquista jurídica, que garantiu sua autonomia em relação à instituição religiosa e ao aparelho jurídico no cuidado ao alienado, pois a Lei Federal de 1903 legitimou a competência médica na intervenção sobre a alienação mental. Essa lei representou também a explicitação da responsabilidade do Estado na organização dos serviços de assistência aos alienados. Criou uma fiscalização para os estabelecimentos particulares e garantias legais para a

que já existia nos hospitais públicos. A seqüestração arbitrária do louco, muito praticada no Império, foi um pouco mais limitada e redefinida, buscando proteger os alienados contra as reclusões carcerárias vigentes. O Estado brasileiro passou, no plano legal, do *direito* de punir para o *dever* de dar assistência. O próprio Nina Rodrigues (1906:386) que criticou as insuficiências e equívocos da lei, não deixou de apontar seus méritos. Agora, livre da ingerência “leiga” e com o monopólio legal, os agentes da prática médica prometiam um futuro promissor no cuidado aos *psicopatas* (termo que, inicialmente, significou, de acordo com sua etimologia, os doentes mentais em seu conjunto), que passariam a ser tratados exclusivamente pela racionalidade da “ciência médica”.

No período republicano, entretanto, os hospícios continuavam apresentando seus crônicos problemas, apesar das promessas da “ciência” sob a direção médica especializada. Nesse cenário de crise, a psiquiatria, através de seus principais agentes, respondeu com inúmeras reformas.

Se, no início do século, os psiquiatras comemoraram, em 1903, a obtenção de um instrumento jurídico específico para seu setor, por outro lado, um ano antes, sob o Governo Rodrigues Alves, amargaram o resultado do inquérito oficial já citado, onde o hospício voltou a ser comparado com uma prisão. Não era mais o hospício sob a direção da Santa Casa e a ingerência dos religiosos no cuidado aos alienados. É uma dura crítica ao hospício sob a orientação médico-psiquiátrica. O médico legista e escritor Afrânio Peixoto chegou a fazer esse paralelo com o regime anterior do manicômio, porém ainda encontrou uma intromissão “leiga” que impedia o psiquiatra de realizar o seu labor:

“As boas irmãs de caridade tinham sido varridas pelo jacobinismo positivista, mas, em vez de casa forte, contra demoníacos, havia o colete de força, contra as agitações. (...) Era uma cidadela fortificada, em que *o prestígio do comando vinha de um estado maior leigo, nas Secretarias de Estado*” (Peixoto, 1933: 179; grifo nosso).

O Governo Rodrigues Alves, que realizou importantes reformas na Saúde como um todo, sobretudo aquelas conduzidas por Oswaldo Cruz na direção do Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal, decidiu reformular também a assistência psiquiátrica, contando com o apoio do Ministro J.J. Seabra, que indicou outro baiano, Juliano

Moreira, para ser o novo Diretor do Hospício Nacional e da Assistência Médico-Legal aos Alienados.

Com Juliano Moreira, que assumiu as novas funções a partir de 1903, quando retornou da sua viagem de estudos à Europa, iniciou-se um período de predomínio da psiquiatria organicista alemã e o progressivo desaparecimento do alienismo francês. Sua direção no Hospício Nacional e também na Assistência Médico-Legal aos Alienados durou 27 anos, até 1930, quando foi destituído pelo Governo Provisório de Getúlio Vargas (Amarante, 1998: 77). Moreira contou com a colaboração de outro baiano, o médico e escritor Afrânio Peixoto e iniciou sua reforma da assistência aos alienados pelos melhoramentos no Hospício Nacional, antigo Pedro II. Nas instalações, destacaram-se a reconstrução do vasto edifício, a construção de pavilhões especiais para epiléticos, para doentes com moléstias intercorrentes e para crianças com deficiência mental, além de um edifício para as oficinas de tipografia, marcenaria, colchoaria etc. Na “parte científica”, foram instalados novos serviços como uma sala de operações cirúrgicas, o gabinete de “eletricidade médica”, instalação para diagnóstico pelos raios X, instalação completa para a balneoterapia e introdução de uma assistência especial para os deficientes mentais, no novo “pavilhão-escola Bourneville” (Hospício, 1905: 149). A solenidade de inauguração contou com a participação do Presidente Rodrigues Alves e do Ministro do Interior, J.J. Seabra, responsável na equipe ministerial pelo setor saúde (*Ibidem*, p.150).

Desde o início de sua gestão, com sua capacidade de reunir quadros e de formar equipes, Juliano Moreira procurou fomentar reformas em todo o Brasil, articulando-se, através de seus aliados e discípulos, com os governos estaduais. Um exemplo disso foi o do Rio Grande do Sul, onde foram feitos melhoramentos no manicômio estatal e introduzidas reformas na assistência aos alienados. Outro exemplo foi com o Governo do Pará, que contratou “o corpo de inspetores, enfermeiros e guardas” treinados no Hospício Nacional (Moreira, 1907: 430) para o asilo, depois que este passou da Santa Casa para a administração direta do Estado, em 1903. Entretanto, na sua terra natal, a Bahia, apesar de todo esforço juntamente com o legista Raimundo Nina Rodrigues,⁴⁴

⁴⁴ Mesmo reconhecendo a relevância dos serviços prestados pelas associações de caridade de tipo religioso, Nina não deixou de afirmar: “*Por outro lado, nada ha de menos conveniente à administração da Assistencia a alienados do que a sua submissão às Santas Casas de Misericordia*” (Nina Rodrigues, 1906, p. 366)

essa separação da Irmandade foi uma das mais tardias, ocorrendo em 1912, como examinaremos com detalhes no capítulo seguinte.

Por outro lado, essa vinculação da psiquiatria brasileira à corrente alemã, simbolizada na liderança científica e institucional de Juliano Moreira, teve um impacto no âmbito do saber e da prática psiquiátrica. No plano do conhecimento, ocorre o predomínio dos fatores biológicos - o biologicismo - na compreensão etiológica das “psicopatias”.

Mais tarde, a partir da década de 20, muitos psiquiatras brasileiros extrapolaram suas concepções, reproduzindo o que fizeram os intelectuais europeus nesse campo de saber. A partir da explicação etiológica das doenças mentais, o biologicismo psiquiátrico, que como toda doutrina ideológica é caucionada no real (alude ao real), se propôs a explicar outros fenômenos complexos (como as questões étnica e racial, político-ideológicas, da violência e criminalidade etc). Tais concepções respaldaram não só correntes de pensamento, como o pensamento lombrosiano na criminologia e medicina legal, mas também movimentos sociais de reformas, como foi o de Higiene Mental fora dos EUA, na Europa, com destaque na Alemanha e, particularmente, no Brasil.

Antes de discutirmos as características gerais desse movimento predominantemente extra-asilar no Brasil, é necessária uma breve referência sobre as reformas no confinamento asilar (criação das colônias e dos manicômios judiciários), no final do século XIX e, sobretudo, nas primeiras décadas do século XX, sob a influência do Prof. Juliano Moreira.

Reformas manicomiais na “Era Juliano Moreira”(1903-1930)

Uma das reformas manicomiais, ainda no final do século XIX, foi a que deu origem às *colônias agrícolas*; outra, já na década de 20 deste século, redundou na criação dos *manicômios judiciários*. Oriundas da diferenciação interna da própria prática asilar, essas duas formas da modalidade coercitiva de cuidado psiquiátrico são também predominantemente repressivas e centradas no confinamento. Para compreendermos o significado delas vale tecer breves comentários sobre seus antecedentes e sua fundamentação.

A idéia de reinserção do louco numa comunidade rural remonta ao século VII com a aldeia de Gheel na Bélgica, onde os loucos eram levados para receber uma cura milagrosa da Santa Dymfna, Padroeira dos Insanos (Amarante, 1998: 76). Porém, mesmo tendo como inspiração essa experiência religiosa, o *asilo agrícola* baseou-se nas idéias de alienismo francês. O próprio Pinel atribuía ao trabalho um significado terapêutico, o qual foi também enfatizado por seus seguidores, como Esquirol e Ferrus, sendo que esse último, em 1828, organizou a primeira colônia para alienados, que tinha no trabalho agrícola seu principal instrumento terapêutico. Essa proposta expandiu-se na Europa, ganhando especificidade notadamente na Alemanha e na Escócia (com o sistema de *open door*) e foi trazida para o Brasil pelos nossos intelectuais: Teixeira Brandão (experiência francesa), Juliano Moreira (experiência alemã) e Franco da Rocha (experiência escocesa).

As primeiras colônias agrícolas no Brasil - as de São Bento e Conde de Mesquita - destinadas aos alienados indigentes do sexo masculino e situadas na Ilha do Galeão, atualmente Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, foram fundadas em 1890, sob a orientação de Teixeira Brandão. Apesar do seu esforço reformador, a assistência manicomial voltou a apresentar um processo de crise, principalmente no Governo Campos Sales que impôs, entre outras medidas drásticas de contenção econômica, uma redução orçamentária à assistência aos alienados. Tal medida atingiu duramente não só o Hospício Nacional, mas também as duas colônias agrícolas.

A respeito das colônias agrícolas, é importante ainda acrescentar que vinham responder basicamente a duas ordens de questões: a primeira, já referida anteriormente, era o problema da superlotação do asilo; a segunda, utilizada inclusive pelos seus defensores, era a vantagem econômica que adviria do trabalho dos alienados (Amarante, 1980: 39). Conforme o próprio Teixeira Brandão, em “Os alienados no Brasil”, em 1886, “*de todos os modos de assistencia publica aplicada aos alienados, nenhum é mais adequado, sob o ponto de vista therapeutico, nem mais economico que os asylos agricolas*” (Teixeira Brandão, 1956a: 95; grifos nossos). O trabalho, assim, traria como um dos seus objetivos a produção de bens, alimentos, que contribuiriam para a própria manutenção da colônia.

Ao lado de uma posição “apologética” dos benefícios do trabalho como terapia, inspirada quer no alienismo francês quer no organicismo alemão, percebe-se uma posição “tecnocrática”, fundamentada na busca de racionalização dos meios necessários à manutenção das condições de exercícios da prática psiquiátrica asilar. Nossos intelectuais, buscando compatibilizar as concepções oriundas dos países centrais com a realidade da Psiquiatria em nosso meio, assumiram simultaneamente essas duas vertentes discursivas para justificar propostas reformadoras, como as da colônia agrícola, da assistência heterofamiliar e do “manicômio criminal”, que examinaremos agora.

Desde as famosas Casas de Correção dos séculos XVIII-XIX, já havia algumas que tinham, entre suas divisões, aquelas para os criminosos que enlouqueciam, enquanto cumpriam penas. Com o aparecimento dos hospícios, desde o início de seu funcionamento, os responsáveis começaram a solicitar a separação dos asilados. De início, o isolamento era para os alienados agitados e perigosos. Logo depois, diante dos alienados que cometiam crimes e criminosos que enlouqueciam nas prisões, os generalistas que atuavam no asilo, como Moura e Câmara, desde 1870, e os primeiros alienistas, como Teixeira Brandão passaram a defender um manicômio criminal (Peres, 1997).

Em 1896, Teixeira Brandão, então diretor do Hospício Nacional, solicitou essa reforma asilar, em ofício ao Ministério da Justiça:

“O avultado numero de alienados criminosos e condemnados alienados remetidos nestes ultimos tempos ao Hospicio Nacional, por ordem da autoridade superior, obriga-nos a solicitar providencias do poder publico no sentido de obstar a continuação desta pratica e aprovar as medidas necessarias para a reclusão e tratamento desses enfermos” (Teixeira Brandão, 1956b[1896]:85).

Essa proposta, entretanto, não era consensual, nem na categoria médica. Um exemplo disso é o artigo publicado em “O Brasil Médico”, revista semanal de medicina da época, onde o manicômio criminal era referido como uma ‘casa de correção disfarçada’ e havia uma recusa à associação loucura-criminalidade, pois estas seriam “*duas idéas que se repellem e que não devem ser proferidas por labios de medicos nem de juristas. Ou o individuo é louco ou criminoso; não se pódem associar idéas antagonicas*” (M.N.,

1896: 216). Na conclusão do artigo, afirmava-se que não deveria haver um estabelecimento destinado exclusivamente a loucos que tivessem cometido algum delito (*Ibidem*).

O próprio Teixeira Brandão (1956b) não ficou alheio a essa relação complexa e muitas vezes conflitiva entre justiça e psiquiatria. Em relação à internação judicial, o alienista considerava um absurdo submeter-se a julgamento um alienado e “outorgar aos juízes de fato o direito de resolver questões científicas”, uma vez que, como destaca Carrara (1989: 99), aceitar a internação judicial seria aceitar a submissão ‘perigosa’ dos médicos peritos aos juízes, dos asilos de alienados aos tribunais.

Só em 1903, com a Lei Federal de Assistência aos Alienados, ficou regularizado o procedimento de admissão, enquanto admissão médica, pois “só se tornará efetiva (...) depois de provada a alienação”, mesmo que a internação seja solicitada por uma autoridade pública ou pela família do alienado (Peres, 1997: 96-97). Mais uma vez revelando a influência de Teixeira Brandão na sua elaboração, a lei tornava obrigatória a construção de manicômios criminais nos estados ou de pavilhões específicos para alienados criminosos, proibindo a reclusão dos alienados em cadeias públicas, conforme rezavam os artigos 10 e 11:

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

Parapho unico. Onde quer que não exista hospício, a autoridade competente fará alojar o alienado em casa expressamente destinada a este fim, até que possa ser transportado para algum estabelecimento especial.

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

Naquele mesmo ano a seção Lombroso do Hospício Nacional foi criada, mas os “manicômios criminais” só surgiram quase vinte anos depois e, mesmo assim, não se aboliu a prática de reclusão do doente mental em prisões, até hoje freqüente nas cidades do interior.

Defensor das *colônias agrícolas*, Juliano Moreira deu novo impulso a essa reforma do asilo, desenvolvendo assim as propostas de Teixeira Brandão. Sob sua liderança, foi

elaborado o Regulamento da Assistência a Alienados (Decreto nº 8.834 de 11 de julho de 1911), que proclamava no artigo 2º o dever da União de manter no Distrito Federal: o Instituto de Neuropatologia, para determinar a admissão ou não dos suspeitos de alienação mental, o Hospital Nacional de Alienados e as Colônias de Alienados. O parágrafo 1 do artigo 2º desse Regulamento garantia a possibilidade de se criar nas periferias das colônias, serviços de assistência heterofamiliar. Encontra-se no parágrafo 2 a proposta de fundar “*logo que seja possível*”, colônias para “*ébrios habituaes e epilépticos*”. Esta forma vaga e imprecisa na garantia de assistência aos alienados já estava presente no Regulamento da Lei de 1903 e foi duramente criticada, pois não sendo privativo da União apelar para “*quando fôr possível*”, a lei, segundo ele, ofereceu “*aos Estados desidiosos pretexto excelente de eximir-se do cumprimento de seus deveres*” (Nina Rodrigues, 1906:314).

De qualquer modo, depois das colônias construídas no início da República (1890), aparece em 1903 o Hospital-Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, e a partir desses instrumentos legais, houve um novo “surto” de colônias agrícolas. Sob o comando de Juliano Moreira, foram construídas, por exemplo, as Colônias de Engenho de Dentro, para mulheres, em 1911, e a de Jacarepaguá, para homens, em 1923, no Rio de Janeiro (Ver o quadro 3 ao final do capítulo). Elas foram criadas, na maioria das vezes, de modo complementar aos hospícios urbanos tradicionais, ficando responsáveis pelos pacientes crônicos que estavam tendo um aumento crescente em todo o país.

Em relação à proposta dos *manicômios judiciários*, embora houvesse o respaldo jurídico desde a Lei de 1903, o que levou ao aparecimento de seções ou pavilhões com esse fim, a Lei de 1911 foi omissa, repetindo apenas a proibição de alienados em cadeias públicas. Com o assassinato, em 1919, da mulher de um senador por um “degenerado”, a imprensa iniciou uma forte campanha para a criação do hospício especializado para abrigar o doente mental que cometia um delito ou um delinqüente que enlouquecia (Peres, 1997: 98-99). Dois anos depois, foi criado o Manicômio Judiciário do Distrito Federal e regulamentado pelo Decreto 14.831 de 25 de maio de 1921. Ainda na década de 20 apareceu o de Barbacena, em Minas Gerais (1929), depois o de São Paulo, em 1933, e, posteriormente, foram surgindo nos outros estados da Federação (Medeiros, 1977: 114). Na sua direção, a psiquiatria deveria ser dominante, mas na prática acabou subordinada pelo poder jurídico.

O programa de reformas de Juliano Moreira era mais amplo. Inspirado em modelos europeus, sobretudo alemão, defendia não só os hospícios urbanos para agudos e colônias num “subúrbio salubre” da Capital ou no meio rural para crônicos, mas também o tratamento em domicílios no início da doença ou após a alta. Sugeriu também a criação de sociedades filantrópicas de proteção aos indivíduos que tivessem alta dos manicômios (Moreira, 1910: 393-95). Seguindo esse modelo, foi implementada em São Paulo, por Franco da Rocha, a assistência familiar aos insanos, que ele observara na Escócia. Mediante o pagamento de uma quantia por doente, famílias disputavam avidamente participar do programa, cuidando de um alienado. Mesmo reconhecendo dificuldades no plano cultural, iniciou-se em abril de 1908 essa assistência heterofamiliar no Brasil, numa comunidade rural próxima do “Asilo-Colônia de Juquery” (Rocha, 1910: 399). Dois comentários do autor paulista merecem registro: a exclusão das mulheres, pois o alienista tinha receios de conseqüências “desairosas”, uma vez que na Escócia havia o dado estatístico de uma paciente grávida a cada três anos; e seu lamento ao ter que recorrer aos “insanos” mais tranqüilos e trabalhadores, entre os escolhidos para garantir o êxito da nova proposta: “*Desfalcámos assim o asylo central de um bom numero de trabalhadores, que nos prestavam inestimáveis serviços, mas era preciso esse sacrificio na primeira tentativa*”(Ibidem, p.400).

Há um consenso em considerar Juliano Moreira como o mais importante intelectual da Psiquiatria nas três primeiras décadas do século XX. Não só pela sua atuação como cientista e administrador, mas pela sua liderança, capaz de formar sucessores e influenciar direta ou indiretamente nos serviços e práticas em todo o país. Para Cunha Lopes (1939) muito se devia ao psiquiatra baiano: “do que existe científica e praticamente realizado na assistência aos psicopatas da Capital e de toda a República (...) nenhuma obra de assistência psiquiátrica se executava sem prévia anuência de Juliano Moreira”. Esse reconhecimento entusiástico encontra-se também nas análises históricas de psiquiatras como Isaías Paim (1976: 23-5) e Darcy Uchôa (1981: 74-5). Uma obra mais recente e crítica reconhece também essa importância:

“Até Juliano Moreira, a Psiquiatria tinha-se limitado a reproduzir o discurso teórico da Psiquiatria francesa e a seguir a prática ditada pelo pessoal leigo ou religioso, encarregado da administração dos hospitais. Juliano Moreira e seus discípulos tentaram transformar esta situação, inaugurando uma Psiquiatria cujos fundamentos

teóricos, práticos e institucionais constituíram um sistema psiquiátrico coerente”(Costa, 1981:23)

Todavia, diante de uma tradição científica ainda muito limitada e sob a influência da Psiquiatria organicista alemã, Juliano Moreira e outros intelectuais da mesma geração, como Nina Rodrigues e Afrânio Peixoto, adotaram uma interpretação biologizante para explicar os fenômenos psíquicos e sócio-culturais, numa abordagem muito restritiva para um fenômeno complexo e multidimensional como a loucura. Desse modo, pode-se compreender a aceitação por Juliano Moreira de medidas eugênicas, como a esterilização de doentes mentais, mesmo evitando a concepção “simplista” da preservação racial, ao citar exemplos históricos, como as proibições de reprodução em códigos hindus ou a eliminação de deficientes pelos espartanos. Dizia o autor na conclusão de seu artigo “Factores hereditários em psiquiatria”⁴⁵: *“D’esta mesma idéa simplista de preservar a raça, afastando os anormaes da possibilidade de reprodução, proveio por certo uma forma moderna que prescreve esterilizar alienados delinquentes, degenerados alcoolicos inveterados, quer como penalidade, quer como prophylactico. (...) O alvitre, excellente ‘a priori’, tem o inconveniente de attingir apenas os casos mais graves”* (apud Costa, 1981: 36; grifos nossos). Veremos, a seguir, até que ponto o organicismo eugenista chegou nas propostas para superar esse limite ‘inconveniente’.

O Movimento de Higiene Mental no Brasil (1923-37)

A Psiquiatria no Brasil, além de apresentar essas estratégias de confinamento, citadas acima, com a característica básica de ser centrada no manicômio, seja para expandi-lo seja para reformá-lo, tem eventualmente apresentado estratégias de extensão, de natureza extra-asilar.

A Higiene Mental no Brasil era, de início, uma reforma asilar com o objetivo central de buscar a melhoria da assistência aos asilados, como tinha sido proposta nos EUA por Clifford Beers (ver capítulo anterior), mas, numa segunda etapa, ela se estendeu de modo prescritivo para outros campos da vida social. Vamos analisar historicamente estas duas etapas e as razões da mudança, tomando como referência principal o já clássico estudo de Costa (1981).

⁴⁵ Esse artigo de Juliano Moreira, citado por Costa (1981) foi publicado nos *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, 1(II), p. 29-34, out. de 1919.

O psiquiatra Gustavo Riedel foi o fundador da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), em 1923, no Rio de Janeiro. O seu papel não foi por acaso, pois ele era um empreendedor, tendo criado antes um ambulatório de profilaxia das doenças mentais, anexo à Colônia do Engenho de Dentro, um laboratório de Psicologia e uma escola para formação de “monitoras de higiene mental” (Lopes, 1925a: 156-7). Conforme os estatutos de 1923, o objetivo central da LBHM era o de “melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (Costa, 1981:27).

Um exemplo dessa fase é a publicação, em 1925, de trechos da conferência de Ernani Lopes (1925b: 155), um dos discípulos de Juliano Moreira, proferida em 1916, no Congresso de Medicina Social de Tucumán, na Argentina, onde o psiquiatra higienista, naquele momento seguindo a linha norte-americana de Meyer e Clifford Beers, defendia a necessidade de assistir certos “psicopatas curáveis” sem os internar em hospícios. Entretanto, em 1930, esse autor já tinha assumido, entre outras, as teses eugênicas de “*segregação e esterilização dos degenerados, de acordo com o parecer de comissões técnicas*” (Lopes, 1930: 246), como uma das medidas para casos especiais de “menores incorrigíveis”.

Outros psiquiatras que atuavam na Liga ou publicavam seus artigos na sua revista oficial - *Archivos Brasileiros de Higiene Mental* - se mantiveram fiéis ao objetivo reformador da assistência, como Odilon Galotti (RJ), James Alvin (SP) e Ulisses Pernambucano (Costa, 1981: 51), mas, em 1928, os estatutos foram reformulados e esta fase de “higiene psíquica individual” foi substituída, sobretudo depois de 1931, pela nova etapa da “higiene social da raça”, centrada na noção da eugenia da psiquiatria alemã.

Analisando a história da Liga, há uma permanência da já antiga teoria da degenerescência de Morel (Castel, 1991: 263), quando distingue sua proposta em “profilaxia defensiva”, voltada para o degenerado, e “profilaxia preservadora”, dirigida para combater as causas. Um dos ideólogos da Liga, Fontenelle (1925: 1) chegou a explicitar com clareza essa distinção:

“Essa hygiene mental apresenta duas faces: uma tendo em vista o tratamento defensivo contra as causas da degeneração psychica, é a prophylaxia mental; outra procurando preparar o equilíbrio de adaptação entre a mentalidade individual e o meio physico e social, é a hygiene mental propriamente dita”.

Essa distinção, de origem moreliana, serviu para Costa (1981) fazer a periodização da história da Liga de Higiene Mental no Brasil em duas etapas - a primeira, da higiene psíquica dos indivíduos e a posterior, da higiene social da raça.

Essa mudança de estratégias deve-se, segundo Costa (*Ibidem*, p. 38), a uma confluência de acontecimentos: a “Revolução de 30”, cujo governo, através do Departamento de Saúde, deu apoio às campanhas da Liga, como a “cruzada” antialcoólica; a intensificação da propaganda eugênica no país, com o 1º Congresso Brasileiro de Eugenia, em 1929, e com a criação, em 1931, da Comissão Central Brasileira de Eugenia, por Renato Kehl, além do estímulo externo dado pelo 1º Congresso Internacional de Higiene Mental, também em 1931, onde os psiquiatras organicistas alemães defenderam a necessidade de mudança para uma estratégia de intervenção.

Essa influência externa na prática da LBHM pode ser ilustrada com a tradução e publicação pelos *Archivos* do artigo “A significação da eugenia e da eugénica” de Rudin, sucessor de Kraepelin e que alguns anos depois se tornou um dos intelectuais mais prestigiados da psiquiatria nazista⁴⁶. Nele, apresentado com destaque no evento internacional, o autor dizia claramente que a “*hygiene mental, em sua aplicação práctica, não deve exercer-se somente no terreno da psiquiatria, senão em todos os domínios da vida social*”(apud Costa, *op. cit.*, p.40)

Com esta mudança, a LBHM adotava a concepção de um indivíduo reduzido à sua dimensão biológica (um ser que nasce, cresce, multiplica-se e morre) e uma prática que, caucionada na noção de eugenia, propunha-se a evitar os desvios ocasionados pelas ações culturais de instituições que comprometiam a preservação da “raça”.⁴⁷ A etapa inicial, de humanização dos manicômios, era substituída por um programa de reforma social, que logo revelou suas características principais: autoritária, moralista, racista e xenófoba. Com base no estudo de Costa, *op. cit.*, vamos ilustrar cada uma dessas características da segunda etapa do movimento de Higiene Mental.

⁴⁶ O artigo de E. Rudin, foi publicado no volume 3, número 4, da revista “*Archivos brasileiros de Hygiene Mental*” de março a maio de 1931 (Costa, 1981).

⁴⁷ Desde os anos 20, Kehl (1923:5) já defendia a biologia humana como base das “ciências morais e sociais”, com destaque para a Eugenia enquanto “*sciencia do aperfeiçoamento moral e physico da espécie humana*”. Entretanto, só a partir da década de 1930 essa vertente conseguiu a hegemonia do movimento.

A posição autoritária ou anti-democrática da LBHM, que Costa chama de “antiliberal” (*Ibidem*, p.57), pode ser identificada na defesa do emprego de medidas repressivas no tratamento e prevenção da doença mental, como a aplicação da “lei seca” norte-americana, o uso da esterilização sexual, a colaboração com a polícia na repressão aos alcoolistas, entre outras; na crítica às instituições democráticas, em especial o parlamento; e na vontade de instaurar os instrumentos jurídicos dos nazistas, como os tribunais de eugenia.

A LBHM, que saudou o governo de exceção pós-30 na esperança do “gesto forte” do novo regime, chegou a colaborar com a polícia, como testemunha o ofício citado num artigo do último volume dos *Archivos* (A Colaboração, 1934: 352-53), onde foi feito o pedido de nomes e endereços de ‘alcoólatras’ ao Major Filinto Müller, Chefe da Polícia do Distrito Federal. Filinto Muller, principalmente no período do Estado Novo, foi uma figura notoriamente envolvida em atos de abuso do poder: prisão, tortura, assassinio, principalmente contra pessoas acusadas de delitos políticos (Albuquerque, 1981: 609). O Major, em ofício reservado, obtido de uma das Delegacias Policiais, prontamente forneceu os nomes e endereços de “cinco ébrios” para serem submetidos aos cuidados dos serviços de membros da Liga (A Colaboração, 1934: 353).

Costa (1981: 67) comenta que só na corrente psiquiátrica alemã da época poder-se-ia encontrar caução teórica de uma prática que permitisse a utilização de “métodos policialescos” em nome do tratamento de doentes mentais.

Outra medida autoritária a ser destacada, em conflito com direitos individuais, foi a proposta de esterilização de pacientes. Aqui, relativiza-se um pouco esse corte de duas etapas na Liga, pois desde 1924, no 2º Congresso Brasileiro de Higiene, estava presente como medida eugênica a de “regulamentar o casamento, talvez a de segregar ou esterilizar os grandes deficientes” (*apud* Lougon *et al.*, 1984: 5). A defesa da mesma medida apareceu num artigo da revista da Liga de Higiene Mental (Esposel, 1925: 103), onde o autor sugeria à Liga

“pugnar com mais vehemencia pela incapacidade matrimonial dos degenerados, dos olygophrenicos depois de certo gráo, dos doentes mentais, mesmo daquelles que percorrem periodo remissivo mas nos quaes uma nova crise da doença é previsivel, e sobretudo dos que manifestam doença cuja herança é conhecida e conduz a formação de famílias *desequilibradas*”.

Havia também um moralismo presente nas normas de comportamento social e sexual dessa ordem eugênica defendida pela Liga, seja de uma moral católica mais conservadora, seja de uma “moral da raça”, agnóstica, de inspiração nazista. Para eugenistas como Olinto Oliveira e Mirandolino Caldas, a doutrina católica era, respectivamente, uma eficaz terapêutica eugênica e profilaxia ao suicídio (Costa, 1981: 75). Outros como Renato Kehl, Alberto Farani e Júlio Porto Carrero defendem a esterilização “em benefício da raça” e criticam a Igreja pela sua oposição a essa medida eugênica. O curioso é que, naquele momento, ganhava expressão o movimento dos modernistas, que recusavam tanto a moral católica quanto a moral da raça, valorizando uma posição antropofágica, contrária a toda convenção social. Os psiquiatras da Liga, como a maior parte das classes médias do período, não fizeram eco ao vanguardismo modernista. Eles estavam armados, no seu *discurso competente*, com a noção de eugenia, pretensamente científica.

O ideal eugênico foi capaz de substituir a ideologia do embranquecimento racial, prevalecente em vários setores da nossa sociedade, inclusive das elites intelectuais, pela ideologia da pureza racial, que nos anos 30 predominou entre os psiquiatras da Liga. Renato Kehl, um dos principais ideólogos dessa fase, afirmava claramente que a mestiçagem perturbava o desenvolvimento natural dos dois “elementos cruzados”, brandindo o saber científico como apoio à sua tese: “Aqueles que afirmam o contrário não possuem nenhuma base científica para fazê-lo. Do ponto de vista da eugenia, sou contra todas as misturas raciais” (*apud* Costa, 1981: 85).

Uma mistura de moralismo com racismo estava presente na interpretação que os intelectuais apologéticos e tecnocráticos da higiene mental faziam das estatísticas de doenças mentais. Ignorando qualquer possibilidade de compreender a prevalência e a incidência aumentadas de alcoolismo e de sífilis entre negros e mestiços fora da noção da hereditariedade, esses fenômenos eram “explicados” como uma questão de taras, uma decadência moral por herança psíquica de “raças inferiores” (*Ibidem*, pp. 86-87).

O racismo estava muitas vezes vinculado com outro traço da LBHM nessa etapa, a xenofobia. Xavier de Oliveira, por exemplo, utilizando-se da terminologia moreliana, defendia como medida de “profilaxia defensiva”, uma imigração limitada à “raça forte -

a branca”, que beneficiaria o país.⁴⁸ Seguindo esse raciocínio, que levava a uma “profilaxia preservadora, o 3º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, aprovou:

“que só seja permitida a entrada no paiz de immigrants da raça branca; que seja expressamente prohibido para o effeito de residencia além de seis meses, a entrada, no paiz, de quaesquer elementos das raças negra e amarella”
(Costa, 1981:86).

Por concordância ou omissão, não foi encontrado nenhum registro de contestação por parte dos psiquiatras da Liga, pelo contrário, eles aprovaram num encontro profissional de caráter nacional essas teses explícitas de racismo e xenofobia. Costa (1981) entende esse momento da psiquiatria brasileira, a partir de um duplo enfoque, um sócio-antropológico, para explicar os fenômenos históricos sócio-econômicos e culturais das primeiras décadas do século XX no Brasil e no mundo, especialmente os anos 20-30. E outro de natureza psicológica, onde o autor, de formação psicanalítica, identifica mecanismos psíquicos, sobretudo projetivos, para explicar a xenofobia, o racismo, o moralismo e o “antiliberalismo” presentes nos discursos e práticas dos psiquiatras eugenistas brasileiros.

Apesar da simpatia inicial do “Estado Novo” (1937-45) com o nazi-fascismo, tendo inclusive entre os auxiliares imediatos de Getúlio Vargas, simpatizantes desse regime, como Eurico Gaspar Dutra, Góis Monteiro e Filinto Muller (Albuquerque, 1981: 597), a hegemonia norte-americana prevaleceu e o Brasil entrou na Guerra ao lado dos Aliados contra o Eixo (Alemanha, Japão e Itália). Desde o período da 2ª Guerra Mundial, essa hegemonia norte-americana que era principalmente econômica, também superou a influência cultural européia, e o tecno-saber médico-psiquiátrico não ficou alheio, muito pelo contrário.

Antes de passarmos para o período seguinte da história da psiquiatria brasileira, façamos um balanço das propostas práticas da Higiene Mental. Esse movimento construiu um modelo de assistência onde os serviços abertos estavam anexados ao manicômio, servindo inclusive como mecanismo de triagem dos ‘degenerados’ e ‘psicopatas’ para as instituições fechadas e totais.

⁴⁸ Xavier de Oliveira escreveu esse artigo “Da prophylaxia mental dos immigrants” na revista oficial da Liga (*Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental*, nº 1 (V): jan-set de 1932, pp. 17-38).

Num balanço de cinco anos de administração, Gustavo Riedel descrevia o modelo de assistência aos alienados adotados em Engenho de Dentro. Ele tinha uma rede de agentes e serviços que começava com médicos visitantes e monitoras de higiene mental, “*os quaes, inquirindo com mais liberdade o fôco familiar e o meio profissional, facilitarão a readaptação do psicopata á sua vida normal*”(Riedel, 1924: 717).

Seguindo o modelo de Engenho de Dentro, depois dos visitantes vinham os consultórios e ambulatórios de todas as especialidades, que, segundo relatório do superintendente do Serviço de Profilaxia, Plínio Olinto, recebiam doentes de todo gênero e era por seu intermédio que o Consultório Central de Doenças Nervosas e Mentais recebia os que precisam ser observados, tratados ou internados (*Ibidem*, p. 722).

Ernani Lopes, numa resenha de três psiquiatras higienistas franceses – Toulouse, Gentil-Perrin e Targowla -, destacava no trabalho de primeira linha a ação do Serviço Social, através de enfermeiras diplomadas com a função de visitadoras, que teriam o dever de descobrir nas famílias, nas escolas, nas fábricas etc, “*os psicopatas que não sabem que o são ou que o são, mas o não confessam, ou que simplesmente não têm energia para ir á consulta de um médico*”, a fim de os encaminhar, “*por uma doce violencia*”, à presença do psiquiatra (Lopes, 1925b: 170).

Essa estratégia extensionista foi adotada pelo Ambulatório Rivadávia Corrêa da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, com a proposta de fazer a triagem dos “suspeitos” nas camadas excluídas da população, identificá-los como doentes mentais e, se fosse o caso, interná-los. Assim, oferecendo consultas médicas de todas especialidades, o ambulatório atraía a clientela, onde os psiquiatras podiam *identificar* os doentes mentais em potencial - os suspeitos de portar taras e psicopatias incipientes - e *triá-los* para o dispensário psiquiátrico. A higiene mental realizava com esse modelo extensionista sua tríplice finalidade: a de realizar a prevenção das doenças mentais, pelos métodos mais modernos; a de pôr em prática paralelamente os objetivos eugenéticos e, como *pretexto*, a finalidade manifesta e imediata de prestar assistência médica a grande parte da *população pobre do subúrbio* (Lougou *et al.*, 1984: 6; grifos nossos).

Uma estrutura intermediária entre os ambulatórios e o hospício era o *dispensário*, um serviço misto com consultas externas e enfermagem para internação de curta duração: “*Os dispensários poderiam possuir alguns leitos para doentes em observação e serviriam para a triagem dos psychopatas*” (Botelho, 1937: 292). Além disso, os dispensários de Higiene Mental funcionariam como “*postos de socorro da psiquiatria implantados em plena via social*” (Ibidem, p.292).

Já referimos que alguns reformadores do período se mantiveram fiéis ao princípio da melhoria da assistência, sem cair nas posições autoritárias e excludentes que a Liga de Higiene Mental assumiu nos anos 30. Escolhemos como exemplo dessa posição o psiquiatra Ulisses Pernambucano de Melo Sobrinho. Seguindo as teses de Juliano Moreira, ele defendeu as propostas de uma organização assistencial com ambulatório, hospital aberto, o “sistema de Simon” (ergoterapia como fonte de recursos em benefício dos próprios pacientes), o sistema de auto-direção (sem vigilância, precursor da comunidade terapêutica), a assistência extramanicomial (onde o apoio era dado ao doente no próprio domicílio, a assistência heterofamiliar e assistência social pós-nosocomial (Pernambucano, 1938:8). Ele iniciou muitas dessas reformas, em Pernambuco, no início da década de 30, mas seu trabalho foi interrompido, quando ele foi afastado da Divisão de Assistência aos Psicopatas e preso em 1935, sendo depois aposentado, em 37, pelo regime ditatorial do “Estado Novo” (Uchôa, 1981: 78-79).

Entre o final dos anos 30 e início dos 40, a Psiquiatria brasileira se livrou do eugenismo nazista, mas continuou sob o paradigma organicista, com a política de assistência psiquiátrica centrada no manicômio estatal, destacando-se no período a liderança de antigos discípulos de Juliano Moreira, principalmente Aduino Botelho e seu sucessor Lopes Rodrigues.

A plethora manicomial: pavilhões e hospícios por todo o Brasil (1940-50).

Com o fim da Higiene Mental e sob a hegemonia do paradigma organicista, centrado no manicômio, os saberes e as técnicas utilizados nas práticas predominantes nesse período que vai de, pelo menos, 30 a 50 do século XX, estão sinteticamente descritos neste discurso de um intelectual apologético, onde ele destaca “a qualidade científica” de um dos principais centros psiquiátricos da época: a “Escola de Juqueri” (do Hospital Franco da Rocha, em São Paulo):

“Investigações clínicas e neuroanatômicas no campo da neurolues e das consequências psiquiátricas da encefalite epidêmica (...), investigações clínicas e fisopatológicas no campo das psicoses endo e exógenas, o uso intensivo das técnicas biológicas de choque (tipos Sakel, Meduna, Cerletti-Bini), malarioterapia na neurolues parenquimatosa, a leucotomia pré-frontal de Egas Moniz e a lobotomia de Freeman e Watts, os pavilhões especializados para tratamento de esquizofrenias e PG (malarioterapia, penicilioterapia, etc.), os laboratórios de anatomia patológica e para exames químicos (...)” (Uchôa, 1981: 34).

Segundo Madalena (1977), o pioneiro no uso da malarioterapia no Brasil foi Waldomiro Pires e os da insulinoterapia, Aduino Botelho e Ulisses Viana Filho, no Sanatório Botafogo, do Rio de Janeiro, onde foi organizada uma seção especial.

Com o uso dessas técnicas biológicas, sobretudo com o “uso intensivo” das de choque, a psiquiatria expandiu sua estratégia de confinamento manicomial, com a construção de novos hospícios ou, pelo menos, de novos pavilhões nos já existentes, ampliando muito o número de asilados no país.

Em 1938, Aduino Botelho assumiu a direção do Serviço de Assistência aos Psicopatas (desde final dos anos 20, a denominação “alienados”, em desuso, foi substituída por “psicopatas”, sobrevivendo apenas no âmbito jurídico). Era a continuidade de uma concepção organicista da loucura centrada na noção de irrecuperabilidade. Botelho, em seu artigo de 1937, apresentado na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, provavelmente se candidatando ao cargo, escrevia suas “idéias e sugestões sobre a assistência aos psicopatas”, onde definia os doentes mentais como “antissociais”, incapazes de conviver em sociedade, devido principalmente ao “comprometimento do cérebro”. Embora reconhecesse como complexa e “carecendo de causas extrínsecas” para se manifestarem, esse discípulo de Juliano Moreira enfatizava basicamente a herança na causalidade das doenças mentais (Botelho, 1937: 287).

Há um curioso raciocínio estatístico de Botelho nesse artigo, que se mostrou coerente com a estratégia disseminadora de manicômios que ele adotou quando assumiu a direção do órgão público federal do setor. O autor toma como parâmetro a existência de uma proporção de dois “psicopatas” por mil habitantes. Como o Brasil, na época, tinha quarenta milhões de habitantes, haveria um total de oitenta mil doentes, embora, segundo ele, só estivessem internados em torno de vinte mil. Apesar disso, constatava

que os manicômios foram levados “à *pletora*”, onde “as altas nunca se equilibram com as entradas” (*Ibidem*, p. 292). Assim, para a maioria dos organicistas, as soluções acabavam quase sempre apontando para a assistência fechada, apesar das críticas já existentes de sua comprovada ineficiência e alto custo, citadas pelo próprio autor no artigo.

Essa lógica expansiva é anterior a Botelho, embora deva-se a ele, sem dúvida, essa *pletora* manicomial ter sido assumida de modo tão radical. Num estudo que cobre o período de 1933 até 1939, Cunha Lopes enumerou, só no Rio de Janeiro, então Distrito Federal (DF), as seguintes construções: Pavilhões Nina Rodrigues e Rodrigues Caldas no Hospício Nacional; três pavilhões no Núcleo Franco da Rocha na Colônia de Jacarepaguá; dois pavilhões para calmos e um para “sórdidos” na Colônia Juliano Moreira.⁴⁹ Em 1939, eram quatro mil asilados nas múltiplas instituições da Assistência a Psicopatas do DF (Medeiros, 1977: 23).

Assim que Aduino Botelho assumiu o cargo no Distrito Federal, comandou a criação do Centro Psiquiátrico de Engenho de Dentro, pois, no seu artigo de 37, acima referido, ele considerava inadequada a localização do Hospício Nacional na Praia Vermelha, “um bairro residencial”, além de constatar que “a magnitude antiga” tinha cedido lugar “à decadência pela indiferença com que se encara a assistência aos psicopatas” (*Ibidem*, p.21). Em 1941, torna-se o primeiro diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), que ampliou os poderes em relação ao órgão anterior (Maia, 1961: 3), e significou verdadeiramente uma política *nacional* para o setor, realizada através da centralização conduzida pelo regime autoritário do Estado Novo (1937-45). Botelho sobreviveu politicamente com o fim da ditadura e com o processo de redemocratização, que afastou Getúlio Vargas da presidência, em 29 de outubro de 1945, e garantiu, em 1946, uma eleição direta, sob nova Constituição (Albuquerque, 1981: 603-07).

Com o Decreto 8.550 (de 3 de janeiro de 1946), o SNDM obteve autorização para realizar acordos com as unidades federadas com o objetivo de construir hospitais e ampliar a assistência psiquiátrica (Maia, 1961: 3). Assim, Botelho e seus sucessores

⁴⁹ O artigo de I. Cunha Lopes, citado por Medeiros (1977), é “Notícia histórica da Assistência a Psicopatas no Distrito Federal”, publicado nos *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, n. 22, p.79-118, de 1939.

Manfredini e Lopes Rodrigues disseminaram hospícios e/ou pavilhões por todo o Brasil, onde eram freqüentemente, homenageados na nomeação dessas ‘realizações’.

Em geral, por trás de suas fachadas imponentes, inauguradas com muita pompa, eram construções precárias, muitas vezes erigidas em locais inadequados. O hospício na Ilha da Pólvora, no Espírito Santo, inaugurado em 1944, tinha um acesso difícil e seu isolamento insular incrementou as mortes de inúmeros pacientes que tentaram fugir a nado. Em 1954, construiu-se um novo hospital, que continuou a apresentar inúmeras deficiências, como a falta de água por sistema de abastecimento inadequado. Outro exemplo foi o hospício-colônia Eronides de Carvalho em Sergipe, construído em 1940, e logo abandonado quando apresentou rachaduras por ter sido edificado em terreno instável (Medeiros, 1977: 24).

Quando Aduino Botelho usou o termo *pletora* com o significado de superlotação de doentes nos manicômios, não poderia ter escolhido uma palavra melhor para sintetizar toda a política de assistência psiquiátrica desenvolvida sob seu comando (1940-50), pois, etimologicamente, “pletora” vem do grego e quer dizer ‘grande quantidade’, ‘grande abundância’ (Cunha, 1999). Superlotação de ‘psicopatas’ nos hospícios e ‘superabundância’ de hospícios por todo o Brasil. Esse modelo é, até hoje, nossa herança.

Quadro 3 - Manicômios do Brasil - 1852 / 1954

I - ASILOS DE ALIENADOS NO SEGUNDO REINADO (1852/1889)

ANO	MANICÔMIO	LOCAL	OBS.
1852	Hospício de D. Pedro II	Rio de Janeiro	Praia Vermelha. SCM. Construção desde 1841
	Hospício Provisório de Alienados	São Paulo	Largos dos Curros Atual Pç. da República
1860	Hospício da Visitação de Santa Isabel	Olinda	
1864	Hospício de Alienados	São Paulo	Ladeira da Tabatinguera
1873	Asilo de Alienados do Pará	Belém do Pará	(Junto ao Hospital dos Lázaros)
1874	Asilo S. João de Deus	Salvador	Boa Vista. SCM
1878	Asilo S. João Batista	Niterói	
1883	Hospício de Alienados da Tamarineira	Recife	
1884	Hospício de S. Pedro	Porto Alegre	SCM
1886	Asilo de Alienados de São Vicente de Paula	Fortaleza	Porangaba

II - HOSPÍCIOS PÚBLICOS NA REPÚBLICA (1889/1954)

ANO	MANICÔMIO	LOCAL	OBS.
1890	Hospício Nacional de Alienados	Rio de Janeiro	Antigo Hospício de D. Pedro II
	Colônias S. Bento e Conde Mesquita	Rio de Janeiro (Ilha do Governador)	Antiga Ilha de Galeão

ANO	MANICÔMIO	LOCAL	OBSERVAÇÃO
1891	Asilo Santa Leopoldina	Maceió	
1892	Hospício de Alienados	Belém do Pará	Marco da Légua
1893	Asilo do Hospital Santa Ana	João Pessoa	Cruz do Peixe
1894	Hospício Eduardo Ribeiro	Manaus	
1895	Hospício de Alienados Provisório	Sorocaba -SP	
1898	Hospício do Juqueri	São Paulo	Em 1903 recebeu os doentes de Sorocaba
1903	Hospital Colônia Hospital N.S. da Luz	Barbacena - MG Curitiba	Campo do Aú
1904	Colônia de Alienados de Vargem Alegre	Barra do Pirai -RJ	
1910	Asilo de Azambuja	Brusque – SC	Irmandade da Divina Providência
1911	Colônia do Engenho de Dentro Asilo de Alienados	Rio de Janeiro Natal	P/ sexo masculino Antigo Lazareto da Piedade
1921	Manicômio Judiciário	Rio de Janeiro	
1922	Instituto Neuro-Psiquiátrico	Belo Horizonte	
1923	Colônia de Jacarepaguá	Rio de Janeiro	P/ sexo feminino
1927	Hospital Colônia	Oliveira - MG	
1928	Hospital Colônia Juliano Moreira	João Pessoa	
1929	Manicômio Judiciário	Barbacena - MG	
1931	Hospital Colônia	Barreiros - PE	
1933	Manicômio Judiciário	São Paulo	
1936	Hospital de Psicopatas da Penha e de Perdizes	São Paulo	
1938	Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil	Rio de Janeiro	

ANO	MANICÔMIO	LOCAL	OBS.
1940	Hospital Colônia Eronildes de Carvalho	Aracaju	
1941	Hospital Colônia de Santana	São José - SC	Apoio de Aduino Botelho
1943	Centro Psiquiátrico Nacional	Rio de Janeiro	Engenho de Dentro
1944	Hospício de Psicopatas	Vitória	Ilha da Pólvora
	Hospital Psiquiátrico Santa Tereza	Ribeirão Preto-SP	
1940-50	Hospital Colônia Portugal Ramalho	Maceió	
	Hospital de Alienados (H. Psiquiátrico Aduino Botelho)	Goiânia	
	Hospital Colônia Aduino Botelho	Aracaju	
1954	Hospital Colônia Aduino Botelho	Vitória	Cariacica

III - MANICÔMIOS PRIVADOS *

ANO	MANICÔMIO	LOCAL	OBS.
1860	Casa de Saúde Dr. Eiras	Rio de Janeiro	
1921	Sanatório Botafogo	Rio de Janeiro	
1936	Sanatório Recife	Recife	
	Casa de Saúde de Drs. Picanço e Vandik Ponte	Fortaleza	
1943	Sanatório Bahia	Salvador	

* Alguns destaques de uma listagem muito mais incompleta que a dos manicômios estatais.

Fonte: Medeiros, 1977; Paim, 1976; Uchôa, 1981; Teixeira, 1993; Wadi, 2000.



Fig 7 – Hospício de Pedro II na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, inaugurado em 1852. Depois, com a República, foi chamado de Hospício Nacional de Alienados (Fonte: Gordinho, 1999).

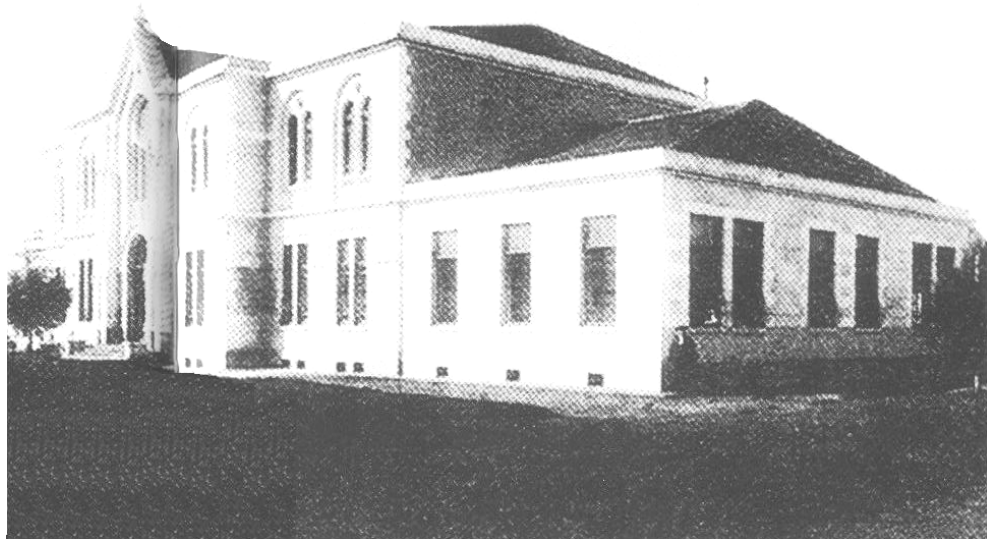


Fig 8 – Hospício do Juqueri, em São Paulo, 1898. O projeto arquitetônico previa a reprodução da organização urbana, criando uma cidade em miniatura para os alienados (Fonte: Gordinho, 1999).



Fig 9 – Juliano Moreira (1873-1933), psiquiatra baiano que assumiu, em 1903, a função de diretor do Hospício Nacional e da Assistência Médico-Legal aos Alienados do Distrito Federal. Na Bahia, foi homenageado com o nome de um Pavilhão, em 1935, no Hospício S. João de Deus. No ano seguinte, a homenagem tornou-se mais ampla, denominando o próprio manicômio baiano: Hospital Juliano Moreira (Fonte: Bahia Ilustrada, n.3 fev.1918).



Fig 10 – Posse de Juliano Moreira no Hospício Nacional. Principal liderança da Psiquiatria brasileira nas três primeiras décadas do século XX, o psiquiatra deixou inúmeros seguidores (Fonte: Acervo de Maria de Fátima Vianna de Vasconcelos).



Fig 11 – Juliano Moreira e alguns de seus discípulos (Afrânio Peixoto, Gustavo Riedel, Henrique Roxo, Ulisses Pernambucano, Adauto Botelho, entre outros). Foto dos 25 anos da Sociedade de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, 1929 (Fonte: Acervo de Maria de Fátima Vianna de Vasconcelos).

PARTE II

A SANTA CASA E A ASSISTÊNCIA AOS ALIENADOS NA BAHIA (1853-1912)

Neste capítulo analisaremos o período inicial da história do Hospital Juliano Moreira, ainda com o antigo nome de “Asilo de Alienados São João de Deus”. O período compreende desde a iniciativa da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia (SCM) de transferir alienados do Hospital da Caridade para o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, bem como o movimento médico e político pela criação do primeiro asilo de alienados na Província da Bahia, inaugurado em 1874, sob o controle da Santa Casa, até o momento em que se deu a sua desvinculação dessa Irmandade, em 1912, quando a instituição foi avocada pelo Estado republicano para sua administração direta.

Com base no argumento de Costa (1981:15), em sua defesa dos estudos históricos da psiquiatria, sustentamos a tese de que, em que pese as muitas semelhanças por ser parte constitutiva da psiquiatria brasileira, a psiquiatria baiana tem especificidades no seu processo de assimilação cultural dos saberes e técnicas produzidos não só pelos centros hegemônicos europeus e norte-americanos, mas também pelos centros nacionais, com destaque para Rio de Janeiro e, posteriormente, São Paulo.

Para conhecer esse processo de constituição da psiquiatria manicomial na Bahia, em suas semelhanças e singularidades, será preciso entender o contexto sócio-político-cultural, identificar seus agentes principais - coletivos e individuais - e examinar concretamente o que essa instituição significou para os seus usuários. Para tanto, nessa etapa (1853-1912), faremos uma releitura do nosso trabalho anterior (Jacobina, 1982), a incorporação de estudos posteriores (Bastos, 1985; Jacobina & Carvalho, 1998) e consulta aos testemunhos originais existentes nos Arquivos da Santa Casa e do Estado, bem como no Memorial de Medicina da Universidade Federal da Bahia - UFBA. Esse trabalho, além de dar coerência lógica e clareza ao estudo nas etapas subseqüentes, possibilitou novos conhecimentos da história da prática psiquiátrica na Bahia.

As fontes documentais principais de informação foram tanto os testemunhos voluntários, quanto artigos para revistas especializadas, relatórios demandados por instituições (de ensino, profissionais) e alguns testemunhos involuntários, como ofícios ordinários e burocráticos das instituições e dados de prontuário. Os primeiros documentos, que são relatos deliberadamente destinados a leitores presentes ou futuros, são úteis ao pesquisador, em especial para realizar a cronologia, mas devem merecer cuidados pela sua intencionalidade.

Um exemplo de reflexão crítica com esses documentos, encontramos num texto famoso do próprio Nina Rodrigues, a “Memória Histórica” do ano letivo de 1896 da Faculdade de Medicina, apresentada no ano seguinte e rejeitada pela Congregação da escola, provavelmente pela lucidez e contundência de sua crítica em relação ao ensino médico da época, muito retórico e pouco prático. Nessa obra, que permaneceu inédita até recentemente (Nina Rodrigues, 1976), quando foi publicada como um desagravo, diz Nina a respeito dos relatórios que os professores apresentavam sobre seus próprios cursos:

“São bem escassos e de *procedência muito suspeita* os documentos de que dispõe o historiador para julgar o curso prático das diferentes disciplinas lecionadas na Faculdade” (...) Compreende-se bem, que *ninguém é tão insuspeito para falar de si próprio, de sua capacidade e competência, das vantagens e eficácia do seu curso, com inteira isenção*” (...) Por conseguinte, o que podem eles ministrar, são informações omissas, imprecisas, incorretas” (*Ibidem*, pp. 14-15, grifos nossos).

A historiografia atual provavelmente subscreveria as afirmações acima, como Bloch (1997:112), quando destacava no testemunho voluntário muito mais aquilo que o texto dava a entender sem ter a intenção de dizê-lo. Por outro lado, valorizar o testemunho involuntário, aquele que não pretendia sê-lo, como vamos fazer a partir deste capítulo, não significa que esse tipo de documento esteja isento de erros e informações falsas. Também nesse caso cabe o método crítico, que *questiona o documento*, e não uma história prisioneira de suas fontes.

CAPÍTULO 3

O CUIDADO AOS LOUCOS NA BAHIA MONARQUISTA Das Prisões e dos Porões da Caridade ao Asilo de Alienados S. João de Deus

A loucura como condição existencial tem sido registrada nos diversos períodos históricos e nos diferentes grupos sociais (Rosen, 1974; Alexander & Selesnick, 1980; Foucault, 1999), porém as formas de cuidado ao louco, quer mágico-religioso, quer médico-psiquiátrico, nas sociedades de classe, diferenciam-se conforme a posição social dos sujeitos que se tornam objeto dessa prática, particularmente a partir do momento em que a loucura foi transformada em doença mental (ver Capítulo 1).

Essa diferenciação nas formas de cuidado que é prestado ao louco, conforme os diferentes grupos e classes sociais, está historicamente presente na sociedade brasileira, e baiana em particular. Desde o período colonial até o início do 2º Império, os loucos oriundos das “classes abastadas” tinham uma assistência basicamente familiar, sendo levados para o campo sob os cuidados de empregados, ou, se furiosos, ficavam retidos em cômodos fechados. Aqueles oriundos das “classes desvalidas” (Noticiário, 1874: 366) e mesmo alguns oriundos dos setores hegemônicos (aqueles que, em geral, eram muito violentos ou representavam riscos para a propriedade familiar) foram vítimas, inicialmente, do confinamento indiferenciado, tanto nas prisões junto com os criminosos e vagabundos, quanto nas enfermarias dos Hospitais da Santa Casa de Misericórdia. Os loucos pobres considerados “mansos” ficavam perambulando pelas ruas e ruelas nas cidades, vilas e povoados.

Como a nossa psiquiatria nasceu numa sociedade monárquica e escravocrata, como ponto de partida para a análise de sua emergência e constituição deve-se necessariamente levar em conta a divisão fundamental entre os cidadãos livres, de um lado, e os escravos de outro; entre *a casa grande e a senzala*. Mas ainda, é necessário que se considere que entre os “cidadãos livres” encontravam-se não só a aristocracia e a burguesia ascendente, mas também as chamadas “classes desvalidas”, entre as quais um embrionário proletariado.

Uma descrição detalhada da sociedade baiana no século XIX, em especial quanto à sua composição social, encontra-se em trabalhos já considerados clássicos de Thales de Azevedo (1959; 1977) e no recente estudo de Kátia Mattoso (1992).

Azevedo, recorrendo à teoria da estratificação social, fornece em seus estudos elementos importantes para a análise numa perspectiva de divisão em classes sociais. Assim, temos que na primeira metade do século XIX existia na Bahia uma aristocracia de senhores de engenho, fazendeiros, comerciantes fortes, muitos dos quais eram portugueses, ingleses e alemães, comissários das importações e exportações, altos funcionários civis e militares. Nessa elite, da qual alguns médicos faziam parte, muitos ostentavam os títulos de nobreza, como fidalgos, barões e viscondes. Abaixo dela, comprimiam-se as massas de escravos do eito e do serviço doméstico e o povo, constituído dos oficiais, mecânicos ou operários, dos artesãos, dos trabalhadores sem qualificação, dos vendedores ambulantes e vendeiros, dos milicianos e dos desocupados. Entre esses extremos mal se distinguia na capital e nas cidades maiores do Recôncavo um esboço de classe média, não tanto pela fortuna e pela renda, quanto pelo seu papel na gestão dos negócios, nas profissões liberais, nas repartições públicas, no médio comércio (Azevedo, 1977:17). Entre os profissionais liberais, médicos e advogados eram destaques nessa camada média. Já na segunda metade do século XIX, a sociedade baiana fica ainda mais complexa:

“As leis dos sexagenários e do ventre livre, as alforrias de escravos urbanos e agrícolas, o próprio crescimento demográfico dos aglomerados citadinos iriam engrossar uma população que não tinha lugar no regime da casa-grande e da senzala e que constituiria um estrato entre as castas da aristocracia e da escravatura, já com aspirações próprias e certa consciência política. Essa era a ambiência e a nova estrutura para formação capitalista que tenderia a substituir-se à ordem colonialista tradicional” (*Idem, ibidem*).

Observamos, a partir das considerações acima, que a estrutura agrícola herdada do período colonial, baseada na monocultura, no latifúndio e na escravidão constituiu-se em importante premissa para qualquer análise na Bahia do século XIX. Outro cuidado, como nos adverte Mattoso (1992:126), para a análise da composição social dessa Província é atentarmos para o significado do termo *escravo*; ele se refere a um grupo étnico e a uma categoria social. Por outro lado, devemos ter em mente o que nos ensinam os estudos acima referidos, tanto de Azevedo quanto de Mattoso: em relação à Província da Bahia devemos afastar a idéia de uma sociedade dual, com uma oposição básica, sem nuances, entre senhores brancos e escravos negros.

3.1 - Da prisão, casinha dos doidos ou porões da Santa Casa à nau dos alienados para a Corte: o “cuidado” aos loucos antes do Asilo.

A partir desse cenário complexo, plural, vamos descrever, inicialmente, onde e como eram cuidados os loucos na Bahia, antes de ser objeto de uma estratégia médica na própria Província, e conhecer o processo de luta pela criação do asilo de alienados. Posteriormente, analisaremos o asilo sob a responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia (SCM), com suas reformas e crises, bem como os saberes e técnicas utilizados por seus agentes e como foram efetivamente tratados os alienados.

O louco na Casa de Correção

Era um costume lusitano “multissecular” a instalação da Cadeia na Prefeitura (Ott, 1981:9). Assim, depois de uma primeira Câmara de “tosca armação”, feita na chegada de Tomé de Souza, a segunda, em 1551, recebeu a denominação de “Casa da Cadeia e Câmara”. Mesmo sendo de parede de taipa e de tijolos, a construção não oferecia a menor segurança, sendo substituída por outra com “parede de pedra bruta”. Não temos registros sobre a possível prática de aprisionar os loucos desde a criação da cidade, em 1549, quando foram construídas essas primeiras “Cadeias” até início do século XVIII, quando foi concluída a nova “Casa da Cadeia e Câmara”, cuja obra tinha sido iniciada em 1681. Seguindo o raciocínio de Juliano Moreira, citado no início do capítulo anterior, é muito provável que nessa cadeia bem segura, mas de aspecto “sinistro” (*Ibidem*, p.11) tenha havido a prática de encarcerar os “doidos”, sobretudo os “agitados” e pobres.

A nova penitenciária, separada da Câmara, só foi construída no século seguinte, no ano de 1834 (*Ibid.*, p.12). Vagando pelas ruas, recusados pela Santa Casa, eram os loucos recolhidos à essa “Casa de Correção”, onde ficavam encerrados “*com os criminosos pelo inaudito crime de terem perdido a razão!*” (Tourinho, 1872:24). Essa prática de aprisionar loucos tem uma permanência histórica, pois até nossos dias essa violência ainda ocorre, principalmente no interior do estado.

Eram dramáticas as condições em que viviam os loucos nesse confinamento indiferenciado:

“Mettidos n’um pequeno compartimento, tendo por tecto, á semelhança de uma furna, uma baixa abobada espessa de cimento, e onde só entram vestígios de ar por uma grade de ferro, alli estão misturados com os presos correcionaes. Há entre estes, adultos, velhos, crianças, todos amontoados, e só tem por alimento o resto que sobra da boia dos pronunciados” (Fontes, 1895: 413; grifos nossos).

O número de alienados nessa situação não era insignificante, pois Fontes (*Ibidem*, p.412) registrou em 1894, vinte anos após a criação do asilo, que mais de 100 alienados ainda estavam sendo recolhidos anualmente aos cárceres daquela Casa de Correção, representando 10% do número total de presos. Considerando que a população de Salvador era, segundo o censo de 1890, de aproximadamente 150 mil habitantes (Mattoso, 1992:111), obtém-se o índice de quase 7 (6,9) por 10.000 habitantes. Se os dados de Fontes (*op.cit.*) eram precisos, o encarceramento representava uma forte medida de controle social, uma vez que a prisão tendia a ser vitalícia. A quantidade de loucos encarcerados, entretanto, era ainda muito maior quando se levava em conta os outros “quartéis” da capital e do interior do Estado, como chamou a atenção mais tarde Eutychio Leal (Leal, 1912:363).

A maioria dos médicos questionava a colocação dos alienados na Casa de Correção. Com seu projeto profissional orgânico à nova ordem política, levantavam suas vozes contra as práticas pelas quais *“a sociedade civilizada e christã desembaraçava-se d’aquelles que para ella constituíam um embaraço, um perigo ou uma vergonha”* (Monteiro 1880:205). Com a República, a crítica médica se contrapunha às práticas prevalentes no período monárquico anterior, expressando a ascendente posição democrático-liberal da nova ordem jurídico-política *“Em nome de que lei e de que principios, indagava-se Tillemont Fontes, continua-se a depositar em carceres, miseros doentes quando as prisões são feitas para reos, para aquelles cujos crimes, especificados em lei, os tornam nocivos á sociedade?”* (Fontes, 1895:413).

O louco nos porões da Santa Casa

O hospital da Cidade do Salvador foi criado em 1549-50, primeiro em instalações provisórias, precárias, como local de abrigo de doentes, inválidos e outros *desvalidos*, e depois, numa construção mais sólida, quando passou a ser chamado de Hospital de

Nossa Senhora das Candeias (Russell-Wood, 1981:65-66). No final do século XVII, em 1682, esse nosocômio administrado pela Santa Casa, único hospital geral da Bahia durante todo o período colonial, passou a ser chamado de Hospital de São Cristóvão (Ott, 1960:51; Russell-Wood, 1981:205). No início do século XVIII, esse hospital da rua da Misericórdia passou por reformas, quando foram construídas três enfermarias, uma para homens, outra para mulheres e um grupo de quartinhos conhecidos como “casinhas dos doidos”, tendo como encarregados dessas celas “os guardiães sem treinamento e sem salários” (Russell-Wood, 1981:217). Em um documento manuscrito encontramos o registro de pagamento do mestre-de-obra que construiu essas casinhas:

Em 20 de Setembro de 1706, despendeu o dito Tezoureiro Francisco João Lemberto, dezaSetemil e quinhentos, que Recebeu o mestre Gabriel Ribeiro da obra que fes nas cazinhas dos doudos (ASCMB, vol. 850, f. 254v.).

Em estudo histórico sobre o Hospital da Santa Casa, Costa (2000:36) refere a conclusão das obras de reformas, inclusive a da enfermaria dos loucos, no subsolo, em 1696. Seja em 1696 ou em 1706, esta referência às “casinhas dos doidos” é o mais antigo registro conhecido na Bahia e, provavelmente, um dos mais antigos no Brasil, de um local específico para o louco numa instituição hospitalar, no período anterior ao surgimento da medicina mental. Hospital naquele momento tinha nas colônias o mesmo sentido das metrópoles e, como demonstrou Foucault (1986:101), ele era uma instituição de atendimento caritativo e religioso aos pobres e não um local para a intervenção terapêutica.

Em documento da própria Irmandade, assim foi descrita a situação dos loucos no Hospital de São Cristóvão, nas primeiras décadas do século XIX:

“Em poucos e hediondos cubiculos, situados no pavimento terreo e ao longo do becco, que separa o edificio da Misericordia do extincto Recolhimento, quasi sem lús nem ar, erão esses infelizes confinados e votados à indiferença, ao esquecimento, à morte, e muitas vezes (o que punge mais o coração) ao escarneo dos transeuntes” (ASCMB, vol. 157, f. 5).

Em 1833, com nova denominação de Hospital de Caridade, foi feita a sua transferência para o prédio do Terreiro de Jesus, onde funcionava a Faculdade de Medicina. Os loucos ‘agitados’ foram internados em cômodos, que eram verdadeiros cárceres – as “furnas” -, e os loucos ‘mansos’ ficaram nas enfermarias com os outros pacientes.

Sobre essa transferência disse Monteiro (1880:206): “*Os loucos pouco ou nada melhoraram com a mudança do antigo hospital de S. Christovam para o outr’ora Collegio dos Jesuítas em 1833, época em que se fez a transladação geral dos enfermos*”. Peixoto (1945:242), citando o Barão de São Lourenço, um dos formuladores da lei que criou o asilo de alienados, refere-se aos “baixos fundos”, onde os loucos agonizavam “na maior miséria”. Leal (1918), que ainda encontrou essas furnas úmidas e sombrias cravadas na própria rocha e guarnecidas de grossas grades de ferro, reconhecia ser uma experiência dolorosa “*recordar a existencia triste e sombria que tiveram por mais de trinta annos, naquellas grotas infectas, os seus desgraçados habitantes*” (*Ibidem*, s/p). Com mais precisão, foram por mais de 41 anos que os loucos estiveram encarcerados naquelas grutas: desde a mudança, em 1833, até 1874, quando se inaugurou o asilo.

Um dos melhores testemunhos sobre as condições em que viviam os insanos nesses cubículos do Hospital de Caridade da Santa Casa, principalmente no que diz respeito às condições higiênicas, foi indubitavelmente o de Góes Sequeira, em seu ofício de 1858, documento cuja importância para a história da psiquiatria na Bahia destacaremos adiante. Depois de uma visita oficial de inspeção, ele fez a seguinte descrição:

“O que direi dos infelizes alienados? Causa, com effeito, horror e compaixão vel-os reclusos em quartos escuros, baixos, humidos e fetidos, isolados de tudo, sem que recebam aquelles cuidados que a sciencia moderna recomenda e aconselha como poderosos e efficazes meios de cura. Sei que a Santa Casa não dispõe de recursos para fundar de momento um edificio adequado, onde sejam recolhidos esses desgraçados; é porém incontestável que ainda mesmo com alguns sacrificios, deve-se pôr termo á sua situação por extremo deploravel” (Sequeira, 1866: 30).

No ano seguinte, em 1859, o Imperador D. Pedro II fez uma viagem pela costa leste e nordeste do Brasil. Na Bahia, visitou entre outros lugares a Faculdade de Medicina, onde assistiu aulas teóricas e práticas. No seu diário, onde ele demonstra ser um atento e crítico observador, ele registrou alguns elogios ao corpo docente da Faculdade, mas considerou despreparada a maioria dos professores, tendo muitos deles sido julgados como medíocres. Após uma das visitas à Faculdade, D. Pedro foi ao hospital, que ficava no mesmo prédio, o do antigo Colégio dos Jesuítas, no Terreiro de Jesus. Desta visita, destacamos sobre o nosso tema o seguinte comentário:

“Passei para o Hospital da Misericórdia, *que é miserável sobretudo as enxovias dos doidos*, parecendo que a Irmandade pretende continuar a obra começada do novo hospital em Nazaré” (Dom Pedro II, 1959: 89, ênfase nossa).

Num manuscrito de 1869, a própria Santa Casa reconhecia que, embora tenha sido boa para a maioria dos doentes a transferência do Hospital de S. Cristóvão para o Hospital de Caridade em 1833, em relação aos loucos “*com pesar o dizemos ficarão n’esta casa tão mal como na antiga*” (ASCMB, vol. 157, f. 5).

A cruel realidade do louco nesses porões não se limitava às instalações, sendo muito mais graves as práticas repressivas aí exercidas. Aqui é valioso o testemunho daquele que viria a ser mais tarde o primeiro diretor do asilo de alienados, Demétrio Tourinho (1872: 42):

“Ainda assisti, eu era então estudante de medicina, as deploráveis scenas de rigor a que eram submettidos os loucos quando entravam para o hospital da Santa Casa. Agarrados e amarrados de uma maneira cruel por empregados deshumanos eram encarcerados em cellulas escuras, e as vezes mettidos em troncos, entregues a sua agitação e furia: luctando para escaparem d’aquellas prisões entravam em tal estado de furor, que a congestão cerebral era a terminação ordinária d’essa lucta, d’esse desespero. Quando não terminavam por esse modo, viviam em tal estado de agitação, que só se interrompia por alguma molestia, agitação que ordinariamente augmentava com a presença de seus barbaros enfermeiros”.

A violência exercida não ficava nisso, pois os loucos serviam até de espetáculo para aquela sociedade que vivia da desumana exploração escrava: “*Visitava-se a enfermaria de doidos com a mesma curiosidade e receio com que se vae ver um pateo de feras*” (*Ibidem*, p. 205).

A morte era o fim último dessa reclusão, resolvendo-se a problemática da loucura, núcleo de desordem, pela passividade absoluta:

“Muitos loucos tornavam-se intratáveis e furiosos pelo isolamento e pelo mais barbaro captiveiro; alguns falleciam em pouco tempo pelo diminuto ou antes quasi nenhum linitivo que se lhes dava. Outros succumbiam victimas de molestias que reinavam no andar superior do edificio” (Monteiro, 1880: 206).

Todavia, os médicos, a exemplo de Remédios Monteiro, defendiam a separação dos loucos dos outros doentes da Santa Casa, não só porque as “*exhalações mephiticas*” que penetravam pelas fendas do assoalho adoeciam os loucos, mas também porque “*os doentes do pavilhão superior não gozavam de tranqüilidade aturdidos pelas vozerias dos infelizes loucos*” (*Ibidem*, p.206). A tese médica da separação como vantagem recíproca preparava a construção de um espaço específico.

Em meados do século XIX, assim como acontecera na Capital do Império, os médicos iniciaram um debate sobre a necessidade de se criar na Província da Bahia um asilo de alienados. Sob a influência do alienismo francês e fortalecidos pela inauguração do Hospício de D. Pedro II, em dezembro de 1852, os médicos passaram a ganhar apoio contra as práticas de reclusão inespecífica do louco, seja junto aos criminosos na Casa da Cadeial seja junto aos doentes “sifilíticos” e “bexigentos” no hospital da Santa Casa. Além disso, os profissionais alegavam ainda que esses locais não ofereciam as condições propícias para o desenvolvimento de uma prática e um saber sobre a loucura no interior da Medicina.

Da Província da Bahia à Corte no Rio: o patacho dos alienados

Com a existência, a partir de 1852, do Hospício de D. Pedro II, administrado pela Santa Casa do Rio de Janeiro, a Irmandade da Bahia solicitou ao Provedor José Clemente Pereira e obteve autorização, em ofício datado de 8 de Abril de 1853, para enviar os alienados ao único manicômio existente no Império, comprometendo-se a pagar as passagens de volta para aqueles que fossem restabelecidos (ASCMB, vol. 92, f.103). Na primeira viagem, em 3 de maio de 1853, foram levados num *patacho*⁵⁰ de nome “Confiança”, vinte alienados, dez homens e dez mulheres, na faixa de 20 a 40 anos, sendo oito brancos, sete pardos e cinco negros, acompanhados de um “enfermeiro”, Sr. Anselmo José da Cunha, do hospital da Santa Casa (ASCMB, vol. 92, f. 103-103v). A maioria tinha de dois a quatro anos de entrada do hospital, sendo que um paciente tinha quatorze anos de reclusão (desde 1839) e só dois tinham entrado naquele ano, de 1853 (*Ibidem*, f. 103v)). No livro de balanço foi registrado, além da compra das passagens e a “gratificação” dada ao enfermeiro, gastos com roupa e calçado (ASCMB. Balanço,

⁵⁰ Patacho: embarcação mercante ligeira de dois mastros (Larousse Cultural, 1988: 4566).

1854:6). Obteve-se do Chefe de Polícia a autorização de usar “*cinco algemas para segurança dos alienados durante a viagem*” (*Ibidem*, f. 104).

Em outubro daquele ano, o Provedor José Clemente Pereira, através de ofício, pôs-se à disposição para receber mais trinta alienados, tendo encaminhado um relatório médico sobre a situação mental dos vinte primeiros transferidos (*Ibid.*, f. 158v-159). Ainda em dezembro do mesmo ano, era remetida uma nova leva com vinte e oito alienados, dez homens e dezoito mulheres, com idade entre 17 e 50 anos, sendo dezesseis mestiços (dez pardos, cinco *cabras* – de mulato e negro – e um caboclo – de branco com índio), nove brancos e três negros (f. 171-171v). Nessa remessa, o maior número de mestiços correspondeu à distribuição na população geral e, provavelmente, no asilo, pois, em dados de 1872, a maioria da população baiana era mestiça, os brancos representavam um terço e os negros, um quinto (Mattoso, 1992:120).

Nessa relação dos alienados, havia também a procedência e a profissão deles. Quanto à procedência, a distribuição era a seguinte: quatorze de Salvador, nove do interior, um de Sergipe e quatro sem registro. A profissão dos homens era nos ofícios de sapateiro, ferreiro, marceneiro, alguns roceiros e um padre; a das mulheres era de costureira, provavelmente donas de casa, e uma “serva” (ASCMB, vol. 92, f. 172).

Um episódio quase trágico ocorreu nessa segunda travessia da Escuna “Flor de Valença”, narrado pelo enfermeiro acompanhante Anselmo Cunha. Refere-se a uma alienada “furiosa” que, algemada, atirou-se ao mar, mas foi salva “quase morta”, o que pareceu ao dedicado funcionário um milagre “por estar de mãos prezas” (ASCMB, of. 18.02.1854).

Há outros registros sobre essa prática de transferência de loucos para a Corte: o pagamento da passagem de volta de um religioso da Ordem Terceira de S. Francisco, que tinha ido com os outros alienados e “voltou curado” (ASCMB. Balanço, 1855: 3); a solicitação do provedor para remeter mais vinte alienados, em março de 1855 ao Hospício de Pedro II (ASCMB, vol. 92, f. 267v); o recebimento de esmolas para remeter uma alienada do Hospital de Caridade para o Hospício de Pedro II no Rio de Janeiro em 1864 (ASCMB. [Balanço], 1865: 9).

Não encontramos o registro dessa remessa solicitada em 1855 ao novo provedor da Santa Casa do Rio de Janeiro, o Marquês de Paraná. Em setembro de 1854, o Hospício

de Pedro II já estava superlotado (vide capítulo 2), o que nos leva a crer que, pelo menos, essas grandes remessas de alienados não mais aconteceram. Já o recebimento de esmolas para financiar a ida de uma alienada ao Rio de Janeiro em 1864 sugere que foi mantida a transferência eventual de doente.

Desse modo, acreditamos que essa prática perdurou até a criação do asilo, embora tenha encontrado dificuldades, com a superlotação do hospício da Corte. Um testemunho que serve de apoio à permanência dela pelo menos até a inauguração do asilo, encontra-se no discurso do Presidente da Província, Antônio Candido da Cruz Machado, naquele mesmo ano de 1874, três meses antes da inauguração:

“Espero que com o adiantamento, que tem tido as obras se possa em breve, talvez antes de tres mezes, abrir este Hospital de reconhecida necessidade para cessar o repugnante espectáculo do tratamento e detenção de alienados em cadeias, como infelizmente acontece em alguns logares do interior, por ser muito difficil a remessa para o Hospital de alienados da Côrte, unico que ás vezes os recebe, mas cuja administração não pode attender á todos os pedidos” (APEB. Machado, 1874: 97; grifo nosso).

Esse transporte de loucos da Bahia para o Rio de Janeiro difere da prática de expulsão através das “naus dos insanos”, na alta Idade Média, citada por Foucault (1999:42), pois, enquanto essa última era uma viagem à deriva, enquanto estratégia de exclusão anterior à da medicina mental, a transferência no Patacho era uma viagem marítima com destino certo: a Corte Imperial, onde os “alienados” eram internados no único hospício do país.

O ano de 1853 é, portanto, um marco da prática psiquiátrica na Bahia, pois, não tendo um asilo de alienados, a Santa Casa, instituição que internava os loucos nos porões e “enxovias” de seus hospitais - na época, misto de albergue religioso e local de assistência médica -, através de seu Provedor, Francisco José Godinho, solicitou e conseguiu um atendimento específico para os alienados sob sua responsabilidade e cuidado. Ou seja, o Provedor transferiu para o Hospício da Corte os doentes para *“serem tratados no piedoso e filantrópico Estabelecimento de Pedro 2º, onde encontrarão as commodidades próprias, que aqui não tem o Hospital da Santa Caza, e talvez mesmo completo restabelecimento”* (ASCMB, v. 92, f. 103). Verifica-se que até o otimismo da recuperação do alienado estava presente em sua ação. Otimismo confirmado com o retorno “curado” do padre da Ordem Terceira de São Francisco.

3.2 - Medicina, filantropia e política: o movimento pela criação do asilo de alienados na Província da Bahia.

Apesar da existência dessa transferência para a Corte, a maioria dos loucos permanecia não só nas prisões do interior, como refere acima o Presidente da Província, mas na Casa de Correção da própria Capital e também nos porões da SCM, que não foram esvaziados. Contra essa situação lutaram médicos, políticos e filantropos.

Uma referência nessa luta que levou à abertura do hospício, foi o protesto datado de 18 de outubro de 1858 contra as condições em que se encontravam os insanos no Hospital de Caridade da Santa Casa. Dr. José de Góes Sequeira, na qualidade de “inspetor de Saúde Pública”, dirigiu um ofício ao Provedor da Santa Casa, o Barão de Cotegipe, denunciando as condições dos alienados naquele hospital e propondo reformas ‘urgentemente reclamadas’, para que aquele hospital pudesse corresponder a ‘seus fins altamente humanitários’ (Sequeira, 1866: 30).

Os melhoramentos realizados no Hospital de Caridade foram considerados insuficientes, o que levou a novos protestos dos que advogavam a solução alienista para os problemas da loucura.

Um importante espaço foi então criado com o surgimento da *Gazeta Médica da Bahia*, periódico editado a partir de julho de 1866. Já nos seus 2º e 3º números daquele ano, o mesmo Góes Sequeira escreveu um artigo intitulado “*Considerações geraes sobre os hospitais d’alienados: necessidade da criação de um asylo a elles especialmente destinado, em nossa Provincia*”. Na 1ª parte (Sequeira, 1866: 14-16), o autor defendia a reforma francesa iniciada por Pinel e continuada por Esquirol e Ferrus, cujos esforços culminaram na Lei de 30 de junho de 1838, que garantia providências médicas para os alienados. O significado disso, para Góes Sequeira era dado pelo fato de que

“d’essa época em diante vastos e sumptuosos asylos se tem fundado, onde são recolhidos milhares de alienados, os quaes, senão recuperam sempre a razão, encontram, ao menos, cuidados e disvelos inteligentes, e tudo quanto pode influir para assegurar-lhes a existência e minorar-lhes os soffrimentos e amarguras” (Ibidem, p.15; grifo nosso).

Era a defesa do princípio da racionalidade (*cuidados inteligentes*), em substituição ao princípio da caridade, que, independente do grau de consciência dos que o formulavam,

fazia parte de um movimento orgânico a uma nova ordem político-social. O alienismo se apresentava como a resposta médica - racional, científica - a um dos problemas que anteriormente ficava a cargo da Igreja (Jacobina, 1982: 52-53).

Na segunda parte do artigo, Sequeira (1866: 29-31) se interrogava sobre o que existia para os alienados em nosso país, constatando a ausência de asilos em quase todas as províncias, sendo exceção o Hospício de D. Pedro II. Assim defendia a proposta de criação do asilo, considerando que *“a realização d’esse desideratum não é difficil desde que o Governo da Província, authorisado como se acha pela Assembleia Provincial, reunir seus esforços e recursos aos de que dispõe a Santa Casa”* (Ibidem, p.31). Na soma de esforços para viabilizar financeiramente o Asilo, o inspetor de Saúde Pública sugeriu a contribuição do próprio alienado, ao assimilar do alienismo europeu a importância do trabalho, especialmente o trabalho agrícola, enfatizado por Sequeira de ser *“hoje considerado e reconhecido pelas autoridades competentes, como um dos meios poderosos e uteis do tratamento da alienação mental”* (p.31).

O protesto de Góes Sequeira não foi isolado, sendo apoiado por outros médicos que integravam a “Gazeta Médica da Bahia”, destacando-se os nomes de Demétrio Ciríaco Tourinho, Virgílio Clímaco Damázio, Antônio Pacífico Pereira e José Francisco da Silva Lima. Esse último, juntamente com os colegas Otto Wucherer e James Paterson integraram o que se convencionou chamar a primeira geração da “Escola Tropicalista Baiana”, um núcleo de médicos pesquisadores que desenvolveram fora da Academia importantes estudos das patologias mais frequentes em nosso meio - as ditas “doenças tropicais” -, na segunda metade do século XIX (Peixoto, 1947: 226-27; Stepan, 1976: 60; Luz, 1982: 102)⁵¹.

Esse mesmo grupo se articulou em torno da idéia de se criar uma sociedade médica na Bahia. Através da Gazeta Médica, tentou mobilizar o conjunto dos médicos para isso, sendo um dos primeiros artigos sobre o tema escrito pelo próprio Sequeira (1867). Em 1868 foi criada a Associação Médico-Farmacêutica de Beneficência Mútua (Noticiário,

⁵¹ Nancy Stepan (1976:60) refere que Silva Lima era brasileiro, Wucherer também, filho de pais alemão e holandês, e James Paterson inglês. Segundo Luz (1982: 103), o primeiro era português, o segundo alemão e o terceiro inglês. Afrânio Peixoto (1947) sustenta com segurança, citando inclusive as cidades natais, que Silva Lima e Wucherer eram portugueses, um de Vilarinho e o outro do Porto, apesar de sua origem germano-flamenga, e Paterson escocês (pp.226-27). Entretanto, se os autores acima divergem quanto à origem, eles concordam que os “três amigos” foram os principais criadores da Escola Tropicalista, da Gazeta Médica, e destacados pesquisadores da medicina e da ciência brasileira do século XIX.

1869).⁵² Mais tarde, de forma mais ampla, sob a liderança desse mesmo grupo de médicos tropicalistas, foi criada a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia, em 1888 (Moreira, 1918).

Em cena os médicos políticos

O movimento pela construção do asilo foi levado ao Parlamento, contando com a participação dos “políticos médicos”. Em 1863 o Presidente da Província, Antônio de Sá e Albuquerque, havia proposto a remoção dos loucos, inicialmente para um edifício da Quinta dos Lázarus, que por não reunir condições adequadas foi substituído por uma casa do Paço de Itapagipe, compra que não se realizou (ASCMB, vol.157, f. 7v-8; Monteiro, 1880: 207). No ano seguinte, com a ação mais efetiva dos deputados médicos Demétrio Ciríaco Tourinho, Álvares da Silva e José Luiz D’Almeida Couto, foi aprovado um aditivo à Lei do Orçamento (Lei Provincial nº 950, de 27.05.1864) para que com essa verba se construísse o asilo. Assim rezava o texto incluído na Lei:

“O governo da provincia fica autorizado a: despende a quantia necessaria para a criação de um asylo de alienados n’esta capital, entendendo-se, se julgar conveniente, com a Administração da Santa Casa de Misericordia, e podendo para esse fim aplicar as sommas que tendo sido destinadas para fundação de algumas Casas de Misericordia no centro da Provincia, não forão ainda levadas a effeito” (ASCMB, vol.157, f. 8v; Noticiario, 1874: 370-71).

Depois de três anos sem a lei ser efetivada, Demétrio Tourinho e Antonio de Souza Vieira propuseram uma resolução (Resolução da Assembléia Provincial, n. 1001, de 28.10.1867), que foi aprovada, para a compra de uma chácara na rua do Ferraro, Campo da Pólvora (ASCMB. Ceremonia, 1874:10). A quantia destinada à compra, todavia, não foi suficiente, além da chácara ter sido considerada imprópria: *“em razão da pequenez, má construcção e absoluta insufficiencia do predio para o fim desejado”* (ASCMB, v.157, f.9v).

⁵² Madel Luz (Luz, 1982: 141) refere-se como “Associação Médico-Pharmacêutica de Beneficência Médica”. Diz também que o primeiro presidente foi Góes Sequeira. Dois equívocos, pois o primeiro presidente da Associação Médico-Pharmacêutica de Beneficência *Mútua* foi Dr. *Vicente Ferreira de Magalhães*, reeleito em 8 de setembro de 1869 e o seguinte foi o “tropicalista” Silva Lima (Noticiário, 1869: 36; Sociedade..., 1871: 85-86).

Esses malogros não arrefeceram os ânimos dos “políticos médicos”, os quais, em 18 de junho de 1869, conseguiram a aprovação da Lei nº 1089 que autorizava a compra do Solar da Boa Vista⁵³, antigo prédio construído por um negreiro português, depois transformado em casa de saúde e residência pelo Dr. Antônio José Alves, cirurgião e professor de patologia externa da Faculdade de Medicina e pai de Antônio de Castro Alves, o “poeta dos escravos”. O “feudal castelo” com sua “antiga torre”, símbolo da escravidão e da liberdade, “abutre” e “águia”, como diz o poeta, foi o local escolhido para ser o asilo de alienados (Jacobina, 1982).

O Solar da Boa Vista era localizado fora do centro da cidade, respondendo assim ao principal requisito na época para a sede de um asilo de alienados⁵⁴. A chácara também preenchia outras condições consideradas necessárias, como por exemplo o clima de salubridade. O higienismo francês, chamado por Foucault (1986) de “Medicina do Espaço Urbano”, hegemônico na cultura médica brasileira da época, considerava prioritário a livre circulação da água e do ar, daí a importância da localização em lugar elevado e com boa ventilação. Tourinho, um dos médicos políticos que se destacara na luta pela sua criação, acentua esse ponto ao inspecionar o local:

“Assentado sobre uma vastíssima explanada, em terreno elevado e secco ao abrigo das exalações insalubres, fora do tumulto da população, dominando uma doce colina, donde se descortina grande parte do lindo panorama da Cidade e o pitoresco lago que lhe fica aos pés, recebendo livremente as virações da manhã e da tarde, cercado de frondosos arvoredos, eis o bello local em que esta situado o edificio que vae servir de hospício” (Tourinho, 1872: 25).

O início das obras de reforma do Solar da Boa Vista só ocorreu em 1872, quando foram superados os desentendimentos entre o Presidente de Província e a administração da Irmandade da Misericórdia. A questão era que o Governo tinha comprado o prédio por um pouco mais de cinqüenta e oito contos de réis (58:209\$700) e, abatendo alguns pequenos custos adicionais, ficou ainda em torno de trinta e nove contos de réis, dos cem contos autorizados na lei (ASCMB, vol. 157, f.10)⁵⁵.

⁵³ Diz a lei n.1089, no seu art. 1º: “O governo fica autorizado a comprar o predio da Boa Vista para nelle fundar-se um hospital de alienados ou outro qualquer estabelecimento de fim humanitario, podendo despende até a quantia de cem contos de reis” (ASCMB, vol.157, f. 9v:).

⁵⁴ Ver a descrição do Solar da Boa Vista e demais dependências no momento da compra no anexo 1.3.

⁵⁵ O montante de cem contos de réis era dinheiro de subscrição para socorrer os famintos do sertão com a seca de 1860. Não tendo sido usado para aquele fim, a Assembléia Provincial autorizou seu uso na compra do prédio para instalar o Asilo de Alienados (ASCMB, vol. 157, f. 22v).

Além de uma quantia a ser aplicada em apólices no valor de quase cinqüenta e dois contos de réis (51:755\$730), cujo rendimento seria usado para o custeio, obtida como resultado das subscrições doadas pela Associação Comercial para as despesas provinciais com a guerra do Paraguai que, não tendo aquele destino, foi autorizada sua aplicação para o Asilo, a Santa Casa reivindicava também os 39 contos de réis da diferença entre os cem contos de réis que a lei autorizou e o valor efetivamente gasto na compra do Solar. Alegava que essa diferença seria para as reformas no prédio, mas o Barão de S. Lourenço, Presidente da Província, interpretava a Lei n. 1089, como responsabilidade do governo a compra do prédio e não o repasse do valor autorizado, que seria, no seu entender, um limite estabelecido pela lei.⁵⁶

A Santa Casa contestou, chegando a fazer protesto público, ao publicar a decisão da Junta na imprensa, onde a nota dizia aguardar que fossem dissipadas as questões suscitadas pela Presidência (*Ibidem*, f.45-45v). O Barão respondeu à Junta no mesmo tom, ao reafirmar que cumpria a lei e advertiu que nenhuma obra no prédio poderia ser feita sem ter sido a planta e o orçamento apresentados e aprovados pela Assembléa Provincial.⁵⁷

Os documentos indicam que Francisco Gonçalves Martins, o Barão de São Lourenço, ao reassumir a Presidência da Província, não teve o mesmo comportamento do Vice-Presidente, Antonio Ladislau de Figueiredo Rocha, que, no exercício do cargo de 1869-70, agiu sempre de modo muito favorável à Irmandade. Não deve ter sido por acaso que, logo em seguida, ele se tornou seu provedor (jul.1870-jul.71).

O impasse só foi resolvido com a mudança tanto do Presidente da Província, quanto do Provedor da Santa Casa. Em 12 de abril de 1872, com a lei nº 1184, a Assembléa Provincial aprovou o repasse de verbas. Com o novo Provedor, Manoel de Souza Dantas (biênio 1872-73) e o Vice-Presidente da Província, em exercício, João José de Almeida Couto, um outro contrato foi celebrado no ano seguinte, o que possibilitou, além da compra do prédio, a realização das reformas para a criação do asilo (ASCMB,

⁵⁶ Nos próprios termos do Barão: “*Tendo a Lei citada se limitado à autorização para a compra do prédio - Boa Vista - e estando esta realisada, parece ter cessado aquella*” (ASCMB, vol 157, f. 43).

⁵⁷ Ainda o Barão de S. Lourenço: “*O Governo Provincial não se julga autorizado para tanto, e menos para sujeitar a Província a um onus incerto, de futura sustentação do novo Estabelecimento, renunciando toda ingerencia em sua marcha, economia e custeio, como parece ter sido consignado nos officios a que a Provedoria se refere, e que leva desde logo à altura de um contracto tal que a autorisa a em nada dever attender à Administração Superior da Província*”(ASCMB, vol. 157, f. 46v).

vol. 157, f. 57). Merece destaque nessa superação do conflito a atuação do Provedor Souza Dantas que, como filantropo, teve um papel semelhante ao do Provedor José Clemente Pereira no Rio de Janeiro.

Assim, com o novo contrato firmado em 16 de abril de 1873, entre o Governo e a Santa Casa, ficava essa última com o encargo de instalar o asilo de alienados com a maior brevidade possível, com todo o pessoal necessário, ficando inclusive com a responsabilidade pela sua manutenção. Ao Governo coube o dever de ajudar com uma certa quantia por cada alienado pobre (580 réis) que excedesse o limite de quarenta vagas. O dispêndio com esse mínimo (40) seria, portanto, obrigação da Santa Casa, dispensando-se a subvenção do Governo “*desde que permittissem os rendimentos do patrimonio e os da extensa quinta*” (Fontes, 1895: 144).

A construção do asilo estava encaminhada, embora para isso a Santa Casa tenha feito elevado endividamento bancário, que levou o Provedor Souza Dantas (ASCMB. Dantas, 1874: 12) a vaticinar que, por muitos anos, a Irmandade viveria com pesados sacrifícios econômicos. Restava ainda a questão da direção administrativa.

Naquele mesmo ano, o deputado médico Demétrio Ciríaco Tourinho, que também pertencia à Irmandade da Santa Casa, escreveu uma carta, publicada no seu artigo da Gazeta Médica, na qual defendia a direção *médica* do asilo, procurando demonstrar sua própria competência para assumir o cargo. Utilizando como argumento o fato dos estabelecimentos europeus terem diretores médicos, refutando as críticas de que aos médicos faltavam as aptidões administrativas ou que ocupações administrativas eram incompatíveis com o trabalho científico, dizia: “*Ao poder administrativo deve estar reunido o poder médico, sem o que não pode haver unidade de ação, unidade de governo*” (Tourinho, 1872: 40).

Em 24 de junho de 1874, dia de São João Batista, foi inaugurado o Asilo de Alienados que recebeu o nome de um santo homônimo - São João de Deus – ao santo do dia⁵⁸. João de Deus, o santo homenageado no nome do asilo, foi o fundador na cidade de Granada (Espanha), em 1537, da ordem dos “Irmãos Hospitaleiros”, voltada para a assistência religiosa e humanitária dos pobres - doentes, inválidos e loucos (Larousse Cultural, 1988: 5361).

⁵⁸ Rocha Filho (2000) foi o primeiro a comentar esta coincidência, que gerava confusão quanto ao santo homenageado.

Foi uma inauguração “*pomposa e solemne*” onde não faltaram os discursos dignificando o ato (Noticiário, 1874: 366), sobretudo o momento de “*confraternização sublime*” entre os irmãos devidamente paramentados da Santa Casa que, de braços dados com os “*miseros alienados*”, conduziram-nos ao pessoal da enfermagem (ASCMB. Ceremonia, 1874: 37-38). O episódio foi festejado tanto como uma demonstração do elevado sentimento cristão, quanto como um exemplo da “solidariedade” que unia todos os segmentos sociais num sentimento comum.⁵⁹

Sua inauguração foi saudada como a superação das estratégias anteriores de cuidados ao louco: “*Já não vagão por esta cidade os infelizes alienados, já não morrem encerrados nas abobadas humidas do hospital, nem nos cubiculos estreitos da correção!*” (Noticiário, 1874: 366). Mais do que a mera superação do confinamento indiferenciado anterior, o manicômio era visto como a própria solução da problemática da loucura. A esse respeito, assim se expressava Silva Lima (1876: 84): “*a criação d’este importante estabelecimento veio inaugurar nos annaes d’esta provincia uma nova epocha de caridade christã, e de redempção para os miseros loucos, repudiados pela sociedade*”.

Era o nascimento do asilo na Bahia, fruto da união entre a “Caridade e a “Ciência” (Noticiário, 1874: 366), ou seja, produto de uma reunião entre a Santa Casa de Misericórdia, instituição filantrópica religiosa com grande prestígio no Estado monárquico, e organizações e lideranças médicas (muitas de inspiração republicana), ainda em luta pela hegemonia no cuidado à doença e, em particular, à loucura (Jacobina, 1982: 95).

3.3 - Direção médica do Asilo da Santa Casa (1874-1882)

Ao defenderem a importância de assumir o controle administrativo do asilo, os médicos tinham uma consciência mais ou menos clara do significado deste fato. Por um lado, tendiam a reconhecer que exerciam um mandato político de repressão à loucura e, por

⁵⁹ Conforme o noticiário da Gazeta Médica que transcreveu os diversos discursos publicados no jornal “Diário da Bahia”: “*Todas as classes sociaes estavam representadas alli subjugadas todas à pressão de um grande sentimento comum*”(…) “*Não faltou nem o operario para convencer-se de que a riqueza acumulada pode não ser uma calamidade para o proletariado, pode ser até para as classes desvalidas arrimo e salvação nas grandes crises dos grandes infortunios humanos*” (Noticiário, 1874: 366). Observa-se aqui um traço cultural de longa duração: a tentativa de mascarar as profundas diferenças de classes numa sociedade muito desigual, diferenças que foram, neste caso específico, reproduzidas ao interior do asilo de alienados.

outro lado, percebiam o papel que o asilo poderia desempenhar no desenvolvimento de uma prática fundada no conhecimento médico desse fenômeno. Silva Lima, um dos criadores da Escola Tropicalista e que foi médico-clínico do asilo, em artigo da época, expressava a expectativa que era a de toda a categoria profissional.

“O Asylo de São João de Deus será pois, a um tempo, um abrigo que a caridade abriu aos desherdados da razão, e onde muitos a possam recobrar; um refúgio para os míseros que a sociedade e as famílias por necessidade repellem de seu seio para segurança e tranqüilidade d’ellas, e uma eschola pratica de um d’aquelles ramos dos conhecimentos médicos que em nossos dias figuram entre os de mais alto interesse” (Silva Lima, 1876: 85; grifos nossos).

No discurso da cerimônia de inauguração, o diretor-médico escolhido, Demétrio Ciríaco Tourinho, ressaltava o cuidado diferente que pretendia dar aos loucos, não mais tratados como criminosos em prisões ou feras nas celas do Hospital de Caridade, mas como alienados num asilo criado a partir de modelos europeus:

“Admirar-se-hão talvez muitos de não acharem no Asylo de S. João de Deus uma casa de alienados com suas prisões, cellulas chapeadas de ferro, instrumentos de contenção pesados e terríveis; admirar-se-hão de que em lugar de tudo isto hajão salas espaçosas e francas, de conversa e de officinas, jardins, recreio, horta e toda a fazenda aberta para os alienados. Habitados ao antigo systema, ainda acreditão que louco é uma fêra, que é preciso conter em sua jaula. Não: o Asylo de S. João de Deus, modelado pelos da Europa, não devia ser a prisão do condemnado, nem o pateo dos animaes ferozes” (In ASCMB. Ceremonia, 1874: 21; grifo nosso).

O alienado no Asilo sob direção médica

A clientela do asilo era dividida em duas categorias básicas: a dos “pensionistas” e a dos “indigentes”. Esta divisão refletia de alguma forma as relações sociais da época, pois o espaço asilar foi projetado para receber diferentes classes, a elas oferecendo tratamento higiênico e moral das moléstias mentais. Isto, aconselhado pela “*sciencia moderna*”, “*outr’ora impossivel de executar, quer nos escuros e humidos cubiculos do hospital da Caridade, quer no seio das famílias, ainda as mais favorecidas da fortuna*” (Silva Lima, 1876: 78).

Na inauguração, em junho de 1874, o asilo recebeu 42 alienados e até 30 de junho de 1875 recebeu mais 65, num total de 107. Eram 97 “indigentes”, 3 praças do exército e

apenas 7 pensionistas (ASCMB. Tourinho, 1875:6). Entre os indigentes, 12 eram “africanos” (*Ibidem*, p.83), cuja condição social de escravo foi substituída no relatório pela categoria de origem, ou melhor, de procedência, de qualquer forma significando o *outro*, o *estrangeiro*, muito freqüente numa sociedade ainda escravocrata.

Segundo os registros da época, esse período de direção médica pode ser considerado positivo, no sentido de uma administração eficiente e de realizações técnicas. Com efeito, em sua gestão (1874-1877), Demétrio Tourinho dividiu o espaço asilar, introduziu o sistema inglês de *no restraint*, estimulando exercícios ginásticos, sala de costura e aulas de música instrumental (Silva Lima, 1876: 78-85). Na segunda administração médica (1877-79), o Dr. Teive e Argollo, já enfrentando dificuldades financeiras, tomou algumas medidas racionalizadoras. Com Anísio Circundes de Carvalho (1879-82), foi construída a casa de banhos, introduziu-se o sistema de *open door* e, segundo alguns escritos de autores médicos, se mais não fizera foi pela Santa Casa não lhe ter dispensado os meios necessários que insistentemente exigira e muito pouco conseguira (Vianna *et al.*, 1895: 24; Leal, 1912: 408; Prager, 1919: 22-23).

Todavia, ao lado das realizações, esse período também apresentou muitos problemas e um relacionamento conflitivo dos médicos com os dirigentes da Santa Casa. No seu primeiro relatório, o diretor-médico Demétrio Tourinho já denunciava a perda das condições de salubridade da outrora higiênica Chácara da Boa Vista, com o aumento da mortalidade pelas “febres palustres”. Diz o diretor: “*A localidade em que está assentado o Asylo de S. João de Deus foi sempre reputada uma das mais salubres, e eu sempre a considerei assim. Em Abril, porém deste anno [1875] começarão a manifestar-se as febres intermitentes, de que forão atacados desoito alienados* (ASCMB. Tourinho, 1875: 14). No seu segundo relatório, a condição de insalubridade tinha se agravado: “*Hoje não é mais salubre esta parte da cidade: as febres palustres desenvolveram-se de modo espantoso, revestindo algumas vezes o caracter pernicioso*” (*Idem*, 1876: 11). E a seguir explicava aquela mudança: “*Os pantanos formados pela companhia de Trilhos Centraes, com annuencia da Camara Municipal, produzirão uma epidemia de febres palustres não só n’este estabelecimento, mas pelos arredores do dique, por onde se estendia a acção deleterea do miasma*”(Ibidem).

A companhia de *bonds* citada havia represado três braços do Dique do Tororó para assentar seus trilhos (ASCMB. Tourinho, 1875: 14; Silva Lima, 1877: 83). Segundo a

teoria causal predominante na época, o problema decorria da exalação de “miasmas” em decorrência do represamento das águas. Em termos contemporâneos, podemos dizer que a teoria miasmática, já começando a ser questionada, mostrava sua eficácia pela prova pragmática, pois com a liberação das águas estagnadas, os surtos foram controlados. Só com a descoberta dos vetores, alguns anos depois, a teoria microbiana pode dar uma explicação mais convincente à etiologia da malária⁶⁰. E assim, progressivamente, a teoria miasmática foi sendo superada na explicação causal das doenças.

A ocorrência das “febres palustres” ou malária, que causou dez óbitos, não era, entretanto, o único problema, como se pode inferir ao comparar os dados do primeiro relatório com os do segundo (Tabela 1); a taxa de mortalidade praticamente duplicou (de 10,3% para 20,5%) no período.

TABELA 1 - MOVIMENTO DE ALIENADOS NO ASILO SÃO JOÃO DE DEUS
EM 1874/75 E 1875/76.

Período	Nº Existente (A)	Entrada (B)	Total (A + B)	Saída		
				Alta	Óbito	Tx. de Mortalidade (%) *
24/06/1874 a 30/06/1875	42	65	107	15	11	10,3
01/07/1875 a 30/06/1876	81	65	146	31	30	20,5

* Taxa de mortalidade = nº de óbitos / nº existente (em 1º jan.) + entradas x 100.

FONTE: Jacobina, 1982:96. Com base nos relatórios anuais do asilo (In ASCMB. Dantas, 1876; Silva Lima, 1876;1877).

A partir do relatório do Diretor, transcrito na Gazeta Médica, Silva Lima (1877:85) concluía que era necessário “*remover aquellas causas prompta e completamente, ou abandonar o estabelecimento por inhabitável*”. No seu 3º ano de existência, pois, já se levantava a possibilidade de desativação e transferência do asilo (que só ocorreria, em condições muito diversas, mais de um século depois).

⁶⁰ O nome malária vem do italiano: *mala* ‘mau, insalubre’ e *aria* ‘ar’, significando mau ar ou ar insalubre (Cunha, 1999: 491)

Médicos versus Filantropos

Ainda na gestão do primeiro diretor médico apareceram os conflitos que vão marcar esse curto período de direção médica (1874-1882) com os membros da hierarquia da Santa Casa. Com o primeiro Mordomo do Asilo, Dr. João José Sepúlveda de Vasconcellos (Leal, 1918) não há nenhum registro de conflitos em todo o material estudado, o mesmo não acontecendo com o seguinte. Por um lado, o Mordomo Dr. Francisco Rodrigues da Silva, em seu relatório anexo ao do provedor, questionava o exercício pela mesma pessoa do serviço médico e administrativo (ASCMB. Dantas, 1875:4). Por outro lado, o diretor médico reivindicava maior autonomia para a admissão e alta dos alienados, propondo mudanças no Regulamento do Asilo, instrumento que garantia uma intromissão no âmbito de competência técnica (médica), além de dar o controle administrativo do asilo ao provedor, ou mesmo ao mordomo. Solicitava, por exemplo, a inclusão de um artigo no regulamento, que garantisse ao diretor o direito de admitir o alienado que em condições excepcionais de pobreza e atacado de ‘furor instantâneo’ fosse trazido ao manicômio, *“afim de não provocar a sua recusa reclamações do povo que o acompanha”* (...) (ASCMB. Tourinho, 1875: 13). Outro exemplo: solicitava a modificação do artigo 24, que obrigava o diretor do asilo a dar alta ao internado que, no espaço de quinze dias, não apresentasse sintomas de doença mental. Reivindicava a mudança no Regulamento para dar ao diretor o direito de prolongar o prazo de observação, quando assim o julgasse conveniente *“para que não se dê parecer, algumas vezes precipitado, que venha abalar de certo modo o conceito científico que deve ter o chefe de um estabelecimento desta natureza”* (*Ibidem*).

O pior conflito se deu, porém, com um acontecimento que ficou conhecido como o “escândalo de 1877”. A alienada Joana Virgínia A. de S., pensionista e sobrinha de um membro da irmandade, ficou grávida (ASCMB.Silva, 1878: 15). Este episódio levou à renúncia do médico-adjunto, Dr. Amâncio João Cardoso de Andrade, em 27 de agosto de 1877 (*Ibidem*, p.17; ASCMB, vol 114, f. 53v) e, logo depois, em 1º de setembro, da enfermeira D. Emilia Augusta Carigé Baraúna e do ajudante de enfermagem Magno Balthazar da Silveira (ASCMB. Silva, 1878: 17-18). Em 7 de setembro nascia Maria, a filha da alienada Joana, que sobreviveu apenas dois meses (*Ibidem*, p. 15). O diretor decidiu, então, comunicar o fato ao Provedor, Dr. Francisco R. da Silva, que tinha sido o mordomo do asilo que discordara da acumulação de função do diretor médico. Mas o

tio da alienada já tinha informado diretamente ao Presidente da Província, reacendendo um conflito que vinha se tornando permanente por causa das verbas entre o Governo provincial e a Santa Casa. O episódio tornou-se de domínio público. Em 1º de outubro, o diretor-médico Demétrio Tourinho pediu exoneração, pois, “*profundamente magoado, entendeu que não lhe era possível continuar no serviço do estabelecimento*” (ASCMB. Silva, 1878: 17).⁶¹

O entusiasmo inicial de dirigir um asilo em moldes europeus, acabou num pedido de demissão do cargo, diante de um escândalo sexual - a sexualidade subvertia a rígida moral do asilo, cuja direção assumiu o fracasso de não ter conseguido separar adequadamente os alienados pelos sexos. Demétrio Tourinho – lente catedrático de patologia interna desde 1871 (Oliveira, 1992: 189) - deixava o hospício sem ter conseguido a unidade de ação que tanto almejava. Com esse acontecimento, a organização filantrópico-religiosa afastava a presença de um “irmão” que, como médico e professor, buscava ampliar o poder médico científico no asilo.

A Mesa administrativa da Santa Casa desmembrou os cargos de administrador e de médico do asilo, nomeando, em 17 de outubro de 1877, José de Teive e Argollo, como diretor, e manteve Silva Lima, como médico do asilo (ASCMB, vol. 114, f. 54v). Esse último pediu exoneração, no ano seguinte, sendo substituído pelo Dr. Almeida Couto, que também deixou o cargo para exercer o mandato de deputado na Corte. Teive e Argollo voltou a acumular os dois cargos em novembro de 1878 (ASCMB. Silva, 1879: 19). Há poucos registros de sua administração. Ele adoeceu, sendo substituído interinamente por Almeida Couto, que retornara do Rio de Janeiro.

Com o falecimento de Teive e Argollo, em dezembro de 1879, Almeida Couto indicou para substituí-lo o médico recém-formado Anísio Circundes de Carvalho, contratado em 29 de dezembro de 1879.

⁶¹ No dia seguinte ao nascimento de Maria, o Provedor comunicou ao Presidente da Província, argumentando a impossibilidade de demonstrar a responsabilidade paterna. Em correspondência reservada, relatou o que foi apurado: D. Joana ocupava aposentos especiais reservados na própria sede da administração, mas numa ocasião em que apresentava-se muito agitada foi necessário recolhê-la a um dos quartos fechados do pavimento térreo sob vigília de uma enfermeira. Há testemunho de que um alienado de nome Gustavo P. B., provável suspeito de ser o pai, entrou no quarto de D. Joana, que não repeliu aquela *visita inesperada*, nem pediu socorro. Ele foi visto já saindo do quarto *suspendendo ou abotoando as calças*. Porém, Gustavo deu entrada no asilo em 7 de abril de 1877, e se a gravidez se deu em março como afirmam os parteiros que a viram entre o 6º e 7º mês, é uma época anterior à entrada de Gustavo no asilo (ASCMB, vol. 147, f. 5v-8).

A partir daí, aparecem registros sobre o agravamento das dificuldades enfrentadas pelo asilo, principalmente as de ordem financeira e assistencial. Acerca da primeira, Remédios Monteiro (1880) chegou a registrar: “*O Asylo de s. João de Deus acha-se sob a pressão de uma grande dívida. Além disso há grande desproporção entre a receita e a despeza, sendo esta muito maior, na razão de 40:60*” (p.214). O vaticínio do Provedor Souza Dantas se cumpria.

Outros testemunhos dão conta da existência de uma crise assistencial. No relatório apresentado à Provedoria da Santa Casa em 2 de julho de 1881, o Dr. Manuel Vitorino assim descreveu o asilo:

“Se o estado actual tem de subsistir [refere-se ele à insalubridade], se aquelle estabelecimento, monstro horaciano de concepções infelizes, remendos mal cosidos a uma casa velha e imprópria ao fim que a destinavão, grupo de edificios sem arte, sem sciencia, tem de continuar a ser flagellado pela mallaria, melhor será que nem mais um real se dispenda com este enorme erro de pedra e cal e que se não vá sophismando assim uma necessidade publica, cuja satisfação real e completa o espirito civilizado e humanitario desta terra reclama” (apud Vianna; Fontes; Moreira, 1895: 18; grifos nossos).

O relatório analisa detalhadamente os diversos pavilhões, criticando as precárias e inadequadas condições em que se encontravam, porém seu protesto mais veemente foi reservado para a descrição da *casa forte*, lugar destinados aos loucos furiosos e agitados. A situação era tão deplorável que Manuel Vitorino chegou a expressar o seguinte desejo: “*Permitta Deus que um dia ella desabe, quando lá não haja doudo para que possa acabar-se com o espetáculo repugnante de guardar-se loucos como se fossem feras em jaulas*” (*Ibidem*, p. 21). Encontramos aqui, nesse registro sobre a “*casa forte*”, um testemunho extremo do que a sociedade da época podia reservar para aqueles portadores da desrazão, mesmo num asilo sob direção médica.

O Mordomo do Asilo, Manuel Vitorino, tinha boas relações com Anísio Circundes. Ao mesmo tempo em que fazia essa crítica contundente às condições do asilo - ‘este enorme erro de pedra e cal’ -, advogava não só o nome de “diretor” em vez de ‘administrador’, bem como uma melhor remuneração para Dr. Anísio (*Ibidem*, p.61).

Se Manuel Vitorino podia criticar, não era pela sua condição de médico, mas pela sua posição na hierarquia da Irmandade e pelo seu berço aristocrático⁶². Os administradores médicos não encontraram a mesma receptividade por suas críticas. Anteriormente, o próprio Demétrio Tourinho tinha encontrado resistência, pois, embora fosse membro da Irmandade, não ocupava lugar de destaque na estrutura hierárquica da Santa Casa. Com Anísio Circundes o conflito foi mais grave, levando não apenas ao seu afastamento, mas ao fim da direção médica no Asilo S. João de Deus.

No estudo anterior (Jacobina, 1982: 59), não tínhamos encontrado registros das razões que serviram de pretexto para a Provedoria da Santa Casa afastar a administração médica, mas com a ajuda da documentação interna da Santa Casa, citada por Bastos (1985), podemos compreender esse momento de ruptura, descrito no relatório anual da Provedoria, apenas como “*um mau entendido melindre do medico-director à proposito de uma troca de officios*” dele com o provedor (ASCMB. Marinho, 1882: 27).

Em outubro de 1880, Anísio Circundes comunicou ao Provedor, Francisco R. da Silva, a impossibilidade de manter em tratamento um alienado, devido ao seu estado de exaltação e por não ter pessoal de enfermagem em número suficiente. O Provedor retrucou que o asilo era destinado a indivíduos privados da razão, não aceitando a representação do administrador médico. Autorizou, contudo, a nomeação de mais um ajudante de enfermagem (ASCMB, vol. 114, f. 84v). No entanto, um incidente muito mais grave nessa difícil relação entre o poder filantrópico-religioso e o tecno-saber médico ainda estava por vir.

O novo provedor, Conde de Pereira Marinho, no seu primeiro biênio 1881-82, agravou ainda mais a redução de gastos com o Asilo S. João de Deus. Depois de examinar o relatório da Contadoria Geral, em especial as folhas de pagamento dos funcionários do asilo, em ofício de 23.02.1882 (ASCMB, vol. 114, f. 108v), pediu esclarecimentos ao diretor do manicômio. Anísio Circundes respondeu de imediato, no início de março (02.03.1882), argumentando ponto por ponto os questionamentos de gastos⁶³, mas

⁶² Manuel Vitorino mostrou uma incrível capacidade de sobrevivência como político, pois tendo sido um político liberal no Império, com a República tornou-se republicano de primeira hora, tendo sido nomeado governador da Bahia em 23 de novembro de 1889 (Tavares, 1974: 218) e depois foi eleito vice-presidente no governo de Prudente de Moraes, inclusive assumindo a presidência interinamente de 10 de novembro de 1895 a 4 de março de 1896, em plena “guerra de Canudos” (Silva, 1975: 8).

⁶³ Bastos (1985: 47-49) cita esta argumentação item por item.

aproveitou a oportunidade para, com os pressupostos do alienismo, criticar a mentalidade economicista presente na administração da Santa Casa, querendo inclusive usar os alienados indigentes para baratear seu custo diário:

“Com os alienados não se pôde, nem se deve mesmo contar para isso; é gente que não se obriga a trabalhar[Não esquecer que estamos numa sociedade escravocrata]. O trabalho de um alienado com fins economicos ou como verba de receita não pôde nem deve mesmo prevalecer nos asylos, senão com[sic] um meio de applicação do tratamento moral” (ASCMB, vol. 20, f. 72; grifo nosso).

Ao mesmo tempo que fazia a defesa de suas ações, partia para o ataque, criticando de modo contundente a Secretaria e a Contadoria da Santa Casa, e desse modo, à própria Provedoria:

“Por isso permittirá V. Ex^a que abra aqui um parenthesis para lançar um protesto solemne contra este modo inconveniente e comprometedor da Secretaria em ministrar a V. Ex^a informações, que além de falsas, inexactas, são injuriosas e offensivas à minha reputação, muito acima dellas colocada (Ibidem, f.72). Conclui o officio nos seguintes termos: Penalisa-me sobremodo, Exm^o Sr^o, ser obrigado a attribuir esse papel, que felizmente não vem assignado, nem diz a sua origem, à Repartição Central da Misericordia, composta na sua totalidade de empregados intelligentes e circunspectos; mas outro não devia ser o meu procedimento, desde que este triste documento de irreflexão da Contadoria deixara transparecer allusões menos airoas à minha reputação. Na altura da minha dignidade, na altura do cargo de que pretendo sahir sem ter do que corar, outro não podia nem deveria mesmo ser o meo procedimento.” (ASCMB, vol. 20, f. 72v-73).

O Conde Pereira Marinho respondeu de imediato ao diretor-médico, considerando que Circundes de Carvalho “*menos se occupa, como devera, de dar a esta Provedoria as explicações que por ella lhe forão pedidas (...), do que em dar expansão, em termos menos convenientes, a sentimentos que pelo menos que podem peccar é por serem exagerados*” (ASCMB, vol. 20, f. 73). Adotou como punição para o jovem diretor a suspensão de trinta dias, designando como interino o Sr. José Pereira de Mello Moraes, um administrador leigo (*Ibidem*).

No mesmo dia, 4 de março de 1882, Anísio Circundes respondia recusando a suspensão, por achar injusta e pedia demissão. A Mesa da Santa Casa apoiou o provedor, considerando desrespeitosa a linguagem usada pelo médico-administrador e, não aceitando o pedido de demissão, resolveu demiti-lo “a bem do serviço e da disciplina”(Ibidem, f. 73v).

Pela importância dessa ruptura na história do asilo de alienados, merece uma análise ainda que breve do perfil do *sujeito*, cujo papel foi relevante na decisão de afastar um poder de prestígio - o médico - da direção do asilo.

Joaquim Pereira Marinho obteve seu título de Visconde em Portugal, seu país de origem, porque o governo brasileiro recusou a honraria de sua nobilitação. O historiador Cid Teixeira (1980: 6), consultando arquivos, inclusive jornais de época, constatou que a imagem de Pereira Marinho era a de agiota, sonegador, contrabandista e, sobretudo, traficante de escravos. Sobre esta última atividade clandestina, Verger (1987) encontrou registros de sua presença como negreiro em documentos da Marinha Britânica. Das 36 viagens documentadas, só quatro tiveram os navios apreendidos. A escuna “Andorinha”, a mais famosa, só na décima primeira viagem foi capturada. Num espaço de 32 meses, ela transportou 3.800 negros, sendo o lucro para Joaquim Marinho calculado em 47.000 libras esterlinas (Ibidem, p.452).

Vimos acima que o jovem Anísio Circundes não se intimidou com esse homem rico e poderoso, que, com sua fortuna, no fim de sua vida, fez-se provedor da Santa Casa⁶⁴. Essa ousadia teve como consequência não só o seu afastamento da direção do asilo, mas também uma grave crise institucional. Essa demissão marcou o rompimento dos médicos, já organizados na Gazeta Médica e na Sociedade Beneficente, com a Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Só retornariam à direção do Asilo em 1911, numa das medidas tomadas pela Santa Casa para manter a instituição sob sua administração, já no contexto da primeira república.

⁶⁴ No seu testamento, o ex-negreiro e provedor da SCM disse: “Com a consciência tranqüila de passar à vida eterna sem jamais ter contribuído para fazer mal ao meu próximo, e a convicção de que a fortuna que deixo foi adquirida pelo meu trabalho perseverante, com economia, honestidade e honra em minhas transações comerciais, nunca deixando de fazer no meu próximo o bem que pudesse fazer” (In Verger, 1987: 452). Os milhares de escravos daquele comércio torpe e clandestino não vieram à linha de conta.

Antes de estudar esse período sem direção médica no Asilo da Santa Casa, julgamos necessário analisar como se deu a assimilação dos saberes e técnicas psiquiátricos pelos médicos baianos no momento de constituição e desenvolvimento inicial desse campo especializado da medicina.

3.4 - Alienismo, alienistas e o “Asilismo” na Bahia

Se a constituição da Psiquiatria foi tardia na Corte do Rio de Janeiro, em relação ao alienismo europeu, existente desde final do século XVIII, mais ainda esse atraso aconteceu nas Províncias, entre as quais a da Bahia, que criou seu asilo de alienados mais de duas décadas depois. Desse modo, o alienismo e o organicismo foram absorvidos em nosso país praticamente sem conflitos, ao contrário do modo como ocorreu nos centros difusores europeus (ver cap. 1).

Se não houve conflitos pela assimilação eclética dos dois movimentos, não significa que não tenha havido predomínio de uma das concepções. Embora na Europa, a partir da segunda metade do século XIX, o pensamento organicista, em autores como Morel, Griesinger, Maudsley, Charcot e Kraepelin, tenha se tornado hegemônico, no Brasil, predominou a concepção moral alienista de Pinel e Esquirol até o início do século XX, sob a liderança de Teixeira Brandão, no Rio de Janeiro, tendo o Prof. Tillemont Fontes um papel equivalente na Bahia (Paim, 1976:23). Não foi por acaso que ambos, como alienistas, substituíram os clínicos que ensinavam na cadeira de “Moléstias Mentais”, respectivamente, Nuno de Andrade, no Rio, e Augusto Maia Bittencourt, na Bahia (Uchôa, 1981: 31). O Prof. Tillemont, entretanto, ambicionou, mas nunca conseguiu a direção do Asilo, elemento crucial da estratégia alienista, como aconteceu, no Rio, com Teixeira Brandão. Retomaremos ainda nesta seção a discussão do ensino da Psiquiatria na Bahia em seu período inicial.

A superação progressiva e não conflitiva do alienismo pelo organicismo, principalmente alemão, deu-se no início do século XX, tendo como símbolo o mesmo intelectual, na Bahia e no Rio de Janeiro, o Prof. Juliano Moreira que, em 1903, foi dirigir o serviço federal do governo Rodrigues Alves. O psiquiatra baiano transferiu-se para o Distrito Federal, mas ficou seu colega Raimundo Nina Rodrigues, que comungava das mesmas

convicções organicistas. Embora fosse médico-legista, Nina teve muita influência no desenvolvimento da psiquiatria baiana, como veremos adiante. Vamos retrair esse processo de assimilação cultural, começando a identificar a concepção causal da alienação mental presente no alienismo baiano.

Góes Sequeira (1866), em seu artigo sobre a necessidade de criação de um asilo, expressou uma concepção acerca da gênese da alienação que, apesar de referir ser fruto de informações colhidas e também de suas próprias observações na capital da Província, parece ser muito mais de seus estudos de autores estrangeiros, sobretudo franceses (Pinel, Esquirol, Ferrus). Argumentava que não era raro o número de alienados, sobretudo, *“nos grandes centros de população, onde a indústria e o movimento civilizador se desenvolvem e adquirem maior actividade e expansão”* (Sequeira, 1866:29-30). Detalhando a seguir que:

“É no seio dos vastos focos de população, das grandes capitães, que a super-excitação da vida nervosa, os desregramentos e atractivos das paixões, as aspirações ambiciosas, as decepções e revezes da fortuna, os excessos de trabalho, de gozos e de privações, em um numero avultado de individuos, constituam uma predisposição muito especial para as molestias do systema nervoso, que se revela e traduz nas populações por considerável numero de alienados” (p.30).

Era um pensamento fora de lugar, formulado originalmente para uma sociedade onde o modo capitalista de produção determinava dois processos importantes e concomitantes: o de urbanização e o de industrialização, em graus diversos conforme a formação social. De fato, essa teoria de que a indústria e o movimento civilizador nos grandes centros urbanos tornavam as pessoas predispostas a se tornarem alienadas, os *“feridos da civilização”*, respaldava uma estratégia mais ampla de re-ordenamento do *espaço urbano*, num período de consolidação do domínio político da burguesia.

Embora a formação social brasileira, subordinada econômica e culturalmente às Metrópoles européias, não apresentasse as conseqüências da revolução industrial naquela intensidade, em meados do século XIX já esboçava uma estrutura urbana mais complexa. Isto provavelmente favoreceu a absorção daquelas idéias como base para a organização do espaço urbano, e com isso, do alienismo, em sua especificidade no cuidado àquele que, apesar de vítima do processo social, era considerado um elemento de desordem (Jacobina, 1982: 71).

Com a criação do asilo, Demétrio Tourinho, em seu primeiro relatório enquanto diretor, expressava uma concepção etiológica da alienação, já combinando a concepção moral com a organicista. Essa posição fica mais compreensível se levarmos em conta que, antes de assumir o asilo, o Professor Tourinho defendeu, na Memória Histórica de 1870, a mudança no ensino médico da orientação francesa para a alemã (Tourinho, 1905:18). Ao criticar a falta de ensino prático, que, segundo ele, levou a organização universitária francesa a ser superada pela alemã, Tourinho defendia a criação na Faculdade de Medicina de várias clínicas especiais, entre as quais, a de moléstias mentais (*Ibidem*, p. 16). Essa mudança na psiquiatria só se consolidaria no país com Juliano Moreira, três décadas depois.

Afirmado levar em conta suas observações empíricas no asilo, dizia o Professor de Patologia interna:

“posso considerar a herança como uma das causas físicas mais frequentes da alienação mental, seguindo-se depois: nos homens, o abuso de bebidas alcoolicas, as lesões de cerebro e suas membranas, o onanismo, a repercussão de molestias cutaneas e a velhice; e nas mulheres, o abuso de bebidas alcoolicas, a idade critica, a supressão d’hemorrhagias habituaes, a prostituição, e em uns e outros, como causa moral, desgostos domesticos, ciumes, revezes da fortuna, paixão amorosa, leitura de livros do espiritismo, etc.” (ASCMB. Tourinho, 1875: 15; Silva Lima: 1876: 81; grifos nossos).

Coerentemente com as posições que defendia, assim que assumiu a direção do asilo, Tourinho incluiu aulas práticas sobre as moléstias mentais, em sua cadeira de “Patologia Interna” na Faculdade de Medicina, tornando-se, assim, um “pioneiro” no ensino da Psiquiatria (Rubim de Pinho, 1974: 3), pois, como médico-diretor e professor, praticava uma perfeita integração de serviço e ensino ou, numa expressão mais moderna, docente-assistencial.

Embora combinasse as causas físicas com as morais, o professor de Patologia era um ardoroso defensor do tratamento moral. Ele acreditava que a alienação podia ser o ‘resultado necessário’ quer de uma disposição congênita como na herança, quer de uma lesão material do cérebro, mas recusava como não verdadeira a “*theoria somatica que tem toda loucura por uma affecção cerebral com lesões materiaes*” (ASCMB.

Tourinho, 1876:18)⁶⁵. Sua crença no tratamento moral incluía a noção de recuperação do alienado, tipicamente alienista, não organicista, como constatamos no seguinte trecho: “*por maior que seja a degradação que causa ao doente a loucura, elle conserva sempre os restos de sua origem divina, isto é, a razão, a consciência e a bondade*”(Tourinho, 1872: 44). E todo o empenho do alienista seria para desenvolver a razão, esclarecer a consciência e cultivar a bondade no enfermo.

Cabe, agora, discutir um pouco mais como foram assimilados pelo asilismo baiano os diversos meios terapêuticos desenvolvidos nos centros europeus. As teses dos precursores, como Esquirol, que considerava o asilo como instrumento de cura que, nas mãos de um médico hábil, seria o agente terapêutico mais poderoso contra as moléstias mentais, estavam presentes na produção de vários médicos baianos, como Góes Sequeira (1866:15), Demétrio Tourinho (ASCMB. Tourinho, 1875:21), Remédios Monteiro (1880:263), Aurélio Vianna, Tillemont Fontes e Juliano Moreira (1895:15).

Como a exigência básica era a exclusão do louco, ao separá-lo do confinamento indiferenciado para o manicômio, os alienistas tinham defendido a tese de que o isolamento em si mesmo seria um meio de tratamento, daí a denominação de *isolamento terapêutico*. Esta noção justapõe dois termos contraditórios, num recurso de mascaramento da distância real que existe entre a finalidade de cura (2º termo) e a finalidade social de exclusão (1º termo). Utilizando um instrumental da lingüística, analisamos esse recurso como um procedimento de *mitificação*⁶⁶, onde o adjetivo “terapêutico” é usado para suavizar o substantivo, que representa *de fato* uma prática repressiva de seqüestração e reclusão (Jacobina, 1982:73).

Como exemplo, observe-se a argumentação de Remédios Monteiro (1880:263) em defesa do isolamento terapêutico racionalizador: “*Internar um alienado n’um hospital não é encarcerar-o: é subtrair-o não só as influencias do mundo exterior, como também pol-o ao abrigo das causas que possam entreter o seu delirio, excitar sua irritabilidade ou levar-o a determinações nocivas*”.

⁶⁵ Ver a discussão entre as teorias somática e moral do alienismo no cap. 1.

⁶⁶ *Mitificação* tem aqui o sentido preciso dado por Barthes ao considerar o mito como uma “fala”, um sistema de comunicação que produz uma deformação no sentido dos conceitos, alienando-os e despolitizando-os. Ver Barthes (1982), especialmente: “O mito é uma fala despolitizada” (p.162-165).

Entretanto, isolado o louco, o asilo deveria dar *“uma imagem de vida e do movimento que apresenta a própria sociedade”*(Vianna, Fontes, Moreira, 1895:32). A ambição do alienismo era assim, fazer do asilo uma miniatura da sociedade, porém disciplinada, ordenada, sadia. Para isso, o próprio ingresso do alienado na instituição seria importante, como observa Demétrio Tourinho:

“Tenho observado que ao entrar o alienado para este Asylo fica muitas vezes apoderado de admiração e surpresa ao ver-se no meio de jardins, para os quaes não cessa de olhar, e é provavelmente d’essa primeira e tão agradável impressão que o vejo ficar tranqüilo, e ir-se habituando tão facilmente ao estabelecimento” (ASCMB. Tourinho, 1875:21; Silva Lima, 1876:82).

O alienado, uma vez asilado, passava a ser objeto não mais de práticas repressivas brutais, como no subsolo da Santa Casa e nas Casas de Correção, porém de práticas “mais brandas”, disciplinares e morais. Ainda que por vezes se chegasse a repressão física, esta se dava sob supervisão médica e era feita com indicação “terapêutica”.

No relatório apresentado à Santa Casa e publicado na “Gazeta Médica” antes da inauguração do Asilo, Demétrio Tourinho já propunha o sistema inglês do *no restraint*. Esse método, embasado no princípio “liberdade sob vigilância”, tinha sido posto em prática por Conolly, em 1839, e desenvolvido por Griesinger em Zurich. Era um método de persuasão para se obter do alienado que ‘ele se submetesse às prescrições e às regras que regem o asilo’, embora se considerasse que no caso de fracasso “seria preciso subjugá-lo”. Sintetizando, o professor cita Cabanis afirmando que seria necessária “uma mistura de doçura e severidade” (Tourinho, 1872: 42).

Logo ao assumir a direção do Asilo, Demétrio Tourinho procurou por em prática essas propostas e, no relatório do primeiro ano de sua gestão, assim descreveu a experiência: *“Vivem quasi todos em commum, e com a maior somma de liberdade mas vigiados de modo que não possam d’ella abusar. Por alguma vez tenho empregado o colete de força, e a cadeira de contenção, e poucas a reclusão por muitas horas”* (ASCMB. Tourinho, 1875:8). Até aqui as práticas citadas têm sido francamente repressivas, mas o diretor tentou superá-las:

“A esse respeito sigo, o mais que é possível, o systema inglez do no restraint, e o sigo a tal ponto que todos os vizinhos se admirão de ver os alienados passeando ao ar livre, a toda hora, em todos os pontos da quinta, por baixo do vasto e frondoso arvoredos. Disse-

me um dia um amigo que podia ser a primeira victima do systema; não o modifico; acho que é a base fundamental de toda a therapeutica psychiatrica, e que tenho tirado d'elle mais vantagens do que das pilulas de belladonna, dos preparados de chloral e das injeções hypodermicas” (Ibidem; grifo nosso).⁶⁷

Com a ocorrência de grande número de casos de malária no segundo ano de sua administração, Demétrio Tourinho teve dificuldade em continuar seus planos. Conforme comentário de Bastos (1985:19) “o verniz terapêutico que envolvia a credibilidade do sistema inglês de ‘liberdade sob vigilância’, não resistiu à erosão dos tempos”.

Mas há um crédito para o primeiro diretor do asilo que não pode deixar de ser registrado, pela importância que o tema vai adquirir neste estudo. Não há em sua gestão nenhuma epidemia de doenças carenciais, como beribéri ou pelagra, na época com etiologia desconhecida. Demétrio considerava a alimentação ‘boa e abundante’ como um recurso terapêutico indispensável num asilo de alienados:

“A alimentação dos alienados continúa a ser da melhor qualidade, e a esse respeito tenho tido o maior zelo, pois considero que os resultados felizes da cura desta espécie de moléstia, são muito dependentes de uma boa nutrição”(ASCMB. Tourinho, 1876:19; grifo nosso).

Outra referência de uso de métodos não coercitivos pelos primeiros alienistas baianos, além do *no restraint* é a introdução do sistema de *open door* pelo terceiro diretor do asilo, Anísio Circundes (Leal, E. 1912: 408). Porém, a experiência não teve continuidade, nem deixou registro dos resultados, pois, sendo mais uma iniciativa individual do diretor, assim que ele foi afastado do cargo, a proposta foi encerrada.

Enfim, são os hábitos de ordem, regularidade, disciplina, sobriedade, junto às condições favoráveis de regime alimentar, higiene e habitação salubre, os elementos que configuravam o tratamento moral no Asilo. No entanto, ele não era dispensado igualmente a todos os alienados, senão que se fazia uma diferenciação entre “pensionistas” e “indigentes”. Os primeiros dispunham de alguns privilégios como os de terem acesso à “distração compatível com a classe a que pertencem” entre as quais se

⁶⁷ Aqui não pode passar despercebido o uso moderno da expressão “*therapeutica psychiatrica*” pelo professor de patologia interna e primeiro diretor do Asilo, Demétrio Tourinho, em publicação de 1875. Segundo Cunha (1999: 645) essa palavra de origem francesa, criada para nomear a parte da medicina que estuda e trata as doenças mentais, só apareceu em 1873. A consagração de seu uso no Brasil se deu, somente no final do século XIX e início do XX.

incluía o acesso à leitura, jogos etc. Promessas esparsas de universalizar este privilégio, com a criação de uma escola ao interior do asilo, jamais foram postas em práticas.

Um outro elemento fazia parte do tratamento moral, ocupando mesmo um lugar central em determinados momentos. Era o *trabalho*, particularmente o trabalho agrícola, como já chamava a atenção Góes Sequeira (1866:31) no movimento pela criação do asilo. Os médicos baianos, que dominavam a literatura médica francesa, tinham conhecimento inclusive dos “asilos agrícolas” (ver capítulo 1 e 2). Entre os que demonstravam interesse pela questão da assistência aos alienados, foi Demétrio Tourinho (1872) quem melhor formulou a defesa dessa “técnica” de tratamento.

Citando as experiências na Europa, das quais foi testemunha, fez um destaque especial àquela que podemos chamar de “psiquiatria da força de trabalho”⁶⁸ na Inglaterra: *”É sobretudo na Inglaterra em que tem sido desenvolvida em toda sua amplitude a organização material da cultura agrícola pelos alienados. As fazendas de muitos estabelecimentos ingleses, especialmente as de Hanwel e Survey são larga e ricamente desenvolvidas: curraes, cavalhariças, radis, queijarias, etc., nada deixão a desejar, tudo é magnífico”* (Tourinho, 1872: 25). E inspecionando a construção do Asilo S. João de Deus, ressaltou as condições salubres que o mesmo iria oferecer, possibilitando *“um dos primeiros elementos de cura para a alienação mental - o trabalho ao campo”* (*Ibidem*).

Para compreendermos o significado que o trabalho agrícola assumia no conjunto das propostas terapêuticas do asilo, é necessário nos reportarmos à sociedade baiana da época, especialmente a cidade do Salvador. Esta, como vimos anteriormente, era, à semelhança de outros centros urbanos, povoada principalmente durante as festas. Isto porque a economia estava voltada fundamentalmente para a produção agrícola de exportação, como, de resto, se observava na sociedade brasileira como um todo. Desse modo, o trabalho na agricultura não era apenas atribuição do escravo, o que implicava em que os “indigentes” do asilo, não apenas escravos mas oriundos das “classes desvalidas”, em sua grande maioria já tivessem no passado algum nível de inserção nessa forma de produção. Este fato justificava a possibilidade do trabalho ser utilizado

⁶⁸ Essa denominação é subsidiária da noção foucaultiana “Medicina da Força do Trabalho”, designando as características específicas que a Medicina e, por extensão a Psiquiatria, assumiu na Inglaterra no período denominado de Revolução Industrial.

como instrumento terapêutico, ao tempo em que servia como medida repressiva e disciplinar. Essa dupla função do trabalho transparece no seguinte comentário de Dr. Demétrio Tourinho (1872: 26):

“Si a utilidade do trabalho nos estabelecimentos se limitasse a uma influencia curativa somente, a importância de seu emprego seria consideravelmente diminuída, porque os doentes relativamente curáveis constituem uma pequena parte da população desses estabelecimentos. Mas o trabalho tanto no asylo dos alienados como em todas as outras aglomerações humanas é uma condição essencial à manutenção da ordem e da conservação dos bons costumes”.

Além disso, o trabalho também era visto como uma maneira dos alienados colaborarem na sustentação econômico-financeira dos asilos, idéia defendida por Sequeira (1866), Monteiro (1880) e Fontes (1895). Este último afirmou que, quando retomasse a direção, o médico diretor deveria aplicar amplamente *“a lei do trabalho, aos alienados que vem necessitar dos socorros públicos. Nem todos os loucos são doentes inválidos e a criação de tais serviços, além da diminuição dos encargos publicos, visa outras mais animadoras e salutarees consequencias”* (Ibidem, p.419).

O trabalho, portanto, além de “terapêutico”, tinha por finalidade a re-inserção dos alienados na “ordem”, ou seja, um caráter disciplinar, e também uma finalidade econômica, de produzir bens que auxiliassem a manutenção do asilo.

A questão do trabalho também nos permite apreender como se expressava, nesse particular, a diferença de classe dos alienados. Se para os indigentes cabia o *trabalho manual*, na agricultura principalmente, os pensionistas dele estavam dispensados, ocupando suas horas com “distrações” especialmente a leitura, considerada também uma forma de trabalho, no caso, intelectual. *“Não é somente o trabalho manual que importa introduzir-se em asylo de alienados”*, dizia o documento elaborado pela Comissão da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia, em 1895, defendendo a instalação de uma sala de leitura e uma pequena biblioteca no pavilhão dos pensionistas, *“onde possam elles entregar-se a estes trabalhos que no tratamento moral da loucura são de reconhecida utilidade”* (Vianna, Fontes, Moreira, 1895:31). Não era no intuito de instruí-los, mas junto com as diversões e passeios, evitar o isolamento, *“a concentração do espírito, a inércia, a apathia, a que estes doentes em geral se*

entregam” (*Ibid*, p.31). E o trabalho, sobretudo o manual realizado pelos “indigentes”, era oferecido como um privilégio, pois, segundo Monteiro (1880: 263-264), o famoso alienista Esquirol chegou pela observação à seguinte conclusão: “*Os loucos ricos que se envergonham de trabalhar, quasi nunca curam-se*”.

Além do trabalho, outras “técnicas” também foram utilizadas, como:

1) a “*medicação hydrotherapica*” (Tourinho, 1872:26), com a construção de uma casa de banhos, facilitada pelo fato do Solar da Boa Vista não apenas ter duas fontes, como também, ser perto do Dique, cuja água podia ser obtida.

2) A terapia pela música, utilizada por Demétrio Tourinho, tendo constituído uma banda musical formada por alienados, pois, argumentava que, se era sabido por todos da influência que tinha a música sobre o ‘estado moral’ do homem são, no ‘estado de perturbação do espírito’ esta influência não seria menos notável. “*É possível que a música possa curar alguma vez a loucura, despertando uma nova ordem d’ideas, recordando algum sentimento caro ao coração, determinando novas sensações, produzindo uma distracção util, agradável e vantajosa á saude*” (ASCMB. Tourinho, 1875:10). Segundo o diretor, a música fazia os “lipemaníacos” saírem da tristeza e acalmava os agitados (*Ibidem*).

3) A medicação farmacológica – beladona, cloral, brometo de potássio, preparados do ópio, injeções hipodérmicas de morfina etc. -, que para o alienismo tinha um caráter secundário ao tratamento moral, teve também esse papel complementar. “*Os meios pharmacologicos são meros palliativos, que servem para alliviar ou combater syntomas, sem que d’alli resulte debellação do mal principal, que é intimo, profundo e mysterioso muitas vezes*” (*Ibid.*, p.83).

O trabalho, os banhos, a música, a leitura, entre outras atividades, no asilo, tornaram-se instrumentos de cura da alienação mental, possibilitados pelo isolamento terapêutico e ordenados de acordo com o tratamento moral. Era o que a prática psiquiátrica tinha a oferecer. A reclusão, o isolamento do alienado, oferecia, entretanto, a grande oportunidade para que se produzisse um conhecimento acerca da loucura, fato que não escapava à percepção dos nossos alienistas:

“*Alli, não é só o interesse da humanidade o que attrae as nossas atenções; há ainda outro interesse, para nos, os que nos entregamos à prática geral da arte de curar; é o estudo especial da psiquiatria nos exemplares vivos das variadas imperfeições...*” (Silva Lima, 1876: 84-85; grifo nosso)⁶⁹.

O isolamento, além de terapêutico, era também um ato de conhecimento: isolar para conhecer. O alienado seria, portanto, “*ampla seara de lições para o anatomopatologista, para o medico-pratico e também para as investigações do médico-legista*” (*Ibidem*, p. 85). Não foi por acaso, portanto, a forte presença de médicos-legistas entre os precursores dos alienistas, que se desdobrou na tradição de uma produtiva psiquiatria forense até o momento atual na Bahia.

A estratégia psiquiátrica, que tinha no asilo seu primeiro espaço institucional e deu ao louco o estatuto de alienado, não só o isolava, respondendo à exigência política de exclusão da loucura, previamente colocada, mas também criava um verdadeiro laboratório, ou uma “seara de lições” com “exemplares vivos”, para o desenvolvimento de saberes e técnicas próprios que respaldassem, além do mandato social, o poder médico que se especializava.

Essa incorporação acrítica e simultânea do alienismo e, subordinadamente, do organicismo, fundamentou a estratégia inicial da psiquiatria baiana, que em estudo anterior chamamos de “asilismo” (Jacobina, 1982), pois tal absorção *antropofágica* de não apenas saberes, mas também procedimentos técnicos divergentes e, muitas vezes, contraditórios, teve no asilo o lugar de síntese⁷⁰. Conhecidos os saberes e técnicas assimilados, cabe agora analisar como os agentes, em especial os médicos alienistas, diferenciaram-se e tornaram-se socialmente legitimados no cuidado à loucura.

⁶⁹ Aqui encontramos o uso do termo “psiquiatria”, feito por Silva Lima ao publicar na Gazeta Médica o relatório anual do diretor Demétrio Tourinho sobre o Asilo S. João de Deus. O termo só seria retomado na literatura médica baiana na última década do século XIX, com o relatório de Aurélio Vianna, que contou com a participação do jovem Juliano Moreira (Vianna, Fontes, Moreira, 1895). Uma hipótese para esse uso: tanto Tourinho quanto Moreira tinham em comum uma preferência pela literatura médica alemã.

⁷⁰ Com base em estudos como os de Cunha (1986), Machado et al (1978) e Medeiros (1977), podemos estender a definição de *asilismo* para toda psiquiatria brasileira, naquele momento de emergência e de desenvolvimento inicial. O asilismo estatal foi uma estratégia dominante até, pelo menos, meados da década de 50, quando o asilo deixou de ser o elemento nuclear da prática psiquiátrica, embora até hoje seja um dispositivo importante.

Desde a época anterior à criação do Asilo, os médicos já se destacavam como uma categoria social da qual partiam denúncias e protestos contra a forma com que os loucos eram tratados, principalmente médicos clínicos que faziam periodicamente visitas às enfermarias da Santa Casa de Misericórdia. Na verdade, o movimento pela criação do Asilo fez parte de um conjunto de iniciativas tomadas pelos médicos no sentido de garantir o monopólio de sua prática no cuidado aos doentes.

Importante, no caso, é registrar que durante esse processo, foi se tornando claro que a conquista do espaço de atuação, face às práticas religiosas e de outros agentes acusados da prática de “charlatanismo” pela não formação acadêmica, estava relacionada com o próprio contexto político geral da época, o que ocasionou uma polarização dos médicos entre monarquistas e republicanos. Isto nos permite pensar que a construção da organicidade da prática médica com a estrutura social implicava numa rearticulação das funções exercidas pelos profissionais tradicionais, demandando, inclusive, a recomposição dos saberes e técnicas utilizadas pelos médicos. Nesse processo de recomposição, redefinindo-se o objeto de sua prática, é que o “louco” passou à condição de alienado, objeto de intervenção de uma parcela da categoria médica, progressivamente individualizada - os alienistas, intelectuais orgânicos à nova ordem.

O primeiro aspecto a considerar na formação desses profissionais é o caráter autodidata do processo, ou seja, o hospício foi criado e os médicos passaram a atuar nele, sem que tivessem previamente um ensino que os habilitassem a exercer aquela nova prática. Pelo contrário, o asilo foi justamente o espaço de elaboração do conhecimento e experimentação de técnicas que se constituíram nos meios de trabalho do alienista. Nesse processo é que se deu a própria formação.

Assim, na fase da direção médica do asilo da Santa Casa, os diretores não eram “especialistas”- alienistas -, mas profissionais interessados nos estudos sobre as “moléstias mentais” realizados nos países centrais. A apropriação desse conhecimento se dava particularmente através da leitura de autores franceses e, secundariamente, ingleses e alemães, tendo alguns destes médicos visitado os principais asilos de alienados dessas formações sociais européias (Tourinho, 1872: 23). Apesar desse esforço, estes profissionais não estavam preparados suficientemente para responder ao mandato social que assumiram, principalmente no que dizia respeito ao preenchimento das lacunas do aparelho jurídico. Isso pode se depreender do artigo escrito em 1880 por

Remédios Monteiro, onde busca demonstrar a importância de um médico alienista, pois este “*não só prestaria relevantes serviços a este asylo como também serviria para resolver e esclarecer a justiça nos casos em que é preciso distinguir o crime da loucura*” (Monteiro, 1880: 268) e também poderia determinar se um indivíduo estaria em condições de administrar os próprios bens, de depor como testemunha, contrair matrimônio etc.

Um fato citado por este autor e acontecido na Corte ilustra bem os limites do saber e da qualificação dos agentes da prática psiquiátrica nesses primórdios. Ocorreu em maio de 1876, quando foi discutido exaustivamente na Academia Imperial de Medicina se o indivíduo A.C.S., levado pela polícia primeiro ao asilo de mendigos e depois transferido para o hospício, era alienado mental ou não. “*O medico da policia julgava doido S., este não queria passar por tal e recorrera á Academia de Medicina. Discutiui-se muito e não se chegou a um juizo certo*” (Ibidem, p. 269).

Percebe-se que havia a pressão social pela exclusão, recorrendo-se à Medicina para que essa legitimasse a condição de “doido”, sem que, entretanto, os médicos dispusessem de um corpo de saberes que lhes permitisse classificar o indivíduo enquanto portador de uma patologia mental definida. Embora estivesse evidente a função político-social que se demandava à prática médica, esta ainda não dispunha exatamente da Psiquiatria, que forneceria a base técnica e “científica”, ou seja, o discurso competente, para o cumprimento das finalidades de exclusão.

Vale frisar que o Dr. Remédios Monteiro, depois de citar o fato acima descrito, propôs como solução para o problema da falta de competência, que o Governo da Província contratasse um médico especialista estrangeiro ou enviasse um médico baiano a fim de estudar a especialidade na Europa. A argumentação arrolada era a seguinte:

“A província já mandou à Europa diversos filhos seus, subsidiando-os com o fim de estudarem agricultura ou architettura, pedagogia, canones. Ora por que não mandará também um medico estudar a organização dos hospitais, o tratamento da alienação mental e das molestias nervosas que com ella tem conexão?” (ibid, p.269-270).

No período sem a presença médica na direção do asilo, que será analisado na seção seguinte, a Faculdade de Medicina ainda manteve, pelo menos até a última década do

século XIX, um bom relacionamento com a Santa Casa, pois vários mordomos e alguns provedores desta Irmandade eram médicos e professores. Assim, a Faculdade continuou a utilizar o manicômio para o ensino da cadeira de “moléstias mentais”, espaço em que se formavam os alienistas baianos. Ainda nesta seção discutiremos o papel do manicômio no ensino da Psiquiatria.

Foi através dessa inserção dos professores ou dos médicos que mantinham o atendimento das intercorrências clínicas no manicômio que os agentes médicos puderam testemunhar as práticas exclusivamente repressivas lá desenvolvidas e, enquanto intelectuais tendencialmente orgânicos às novas forças dominantes, passaram a formular críticas e propostas de mudança.

Na medida em que as críticas concentraram-se nos *meios* existentes e utilizados na repressão do louco, podemos considerar que os primeiros alienistas assumiram uma posição “tecnocrática”, ou seja, questionando principalmente as técnicas asilares ou a ausência de técnicas específicas voltadas para o tratamento do alienado, e, inclusive, atribuindo essa ausência à direção “leiga” da Santa Casa, os alienistas preparavam o terreno para a formulação posterior de uma estratégia mais eficiente de controle da loucura, respaldada pela noção de alienação mental e pelas propostas do tratamento moral. Essa estratégia veio se mostrar oportuna na fase de consolidação do domínio político das forças republicanas, período em que se configura nitidamente a existência de uma prática específica para o cuidado do alienado.

Na estratégia asilar atualizada pelos alienistas, o elemento fundamental era o próprio agente. Além de prestar os seus serviços profissionais, o alienista deveria “*inspirar ao publico, e com especialidade às famílias, a maior somma de confiança possível, mormente quando é elle de reconhecida e notoria competencia*”(Vianna, Fontes, Moreira, 1895:36).

É interessante registrar especificamente o que se propunha para o médico que assumisse a função de diretor do Asilo. Ao lado da responsabilidade única pelas funções médicas e administrativas, com amplos poderes, deveria ter, em contrapartida, deveres dos quais não poderia se eximir: a sua residência seria no asilo, renunciaria a toda sua clientela particular, exerceria vigilância permanente sobre o que se passasse no Asilo, em

especial, fiscalizando o serviço médico, enfim, assumiria a responsabilidade “*em tudo que se diz respeito ao regimen physico e moral, bem como a policia medica e pessoal dos alienados*” (*Ibidem*, p. 37).

O confinamento, portanto, não se limitaria mais ao alienado, envolvendo o agente, de forma que este exercesse com eficiência as funções repressivas de vigilância e policiamento. Mas as práticas repressivas estariam agora sob a responsabilidade competente do médico, de absoluta confiança das famílias: “*O medico deve ser tudo em um asylo de alienados, tal é o axioma proclamado pela psiquiatria moderna*” (*Ibid.*, p.37). Os autores, entre os quais Juliano Moreira, retomavam o termo moderno “psiquiatria” vinte anos depois de Demétrio Tourinho tê-lo utilizado em seu primeiro relatório anual do asilo (ASCMB. Tourinho, 1875:8) e Silva Lima ter publicado na Gazeta Médica a resenha do 2º relatório do diretor (Silva Lima, 1876:85).

Onipresente e onipotente, o psiquiatra deveria ser o demiurgo do novo paraíso, para corrigir as imperfeições do outro Criador. “*O médico e somente o médico será o juiz da oppurtinidade do emprego da camisola de força e de outros meios coercitivos*” (Vianna, Fontes, Moreira, 1895:36). A violência não foi questionada, os “meios coercitivos” não seriam abolidos, senão transferidos para aqueles que, à luz da ciência, os tornariam instrumentos de cura.

Os alienistas, portanto, passaram a ser os agentes principais da nascente prática psiquiátrica, exercendo um poder legítimo pelos saberes e técnicas que manipulavam, cumprindo assim as funções específicas de contenção e controle dos alienados. Ressalte-se que o grau de autoritarismo de que se revestia esse poder, tinha como contrapartida o próprio poder contratual do paciente, expressando-se, portanto, numa relação de forças, que opunha ao alienista o paciente em suas diversas situações: o “pensionista”, oriundo de classes privilegiadas econômica e socialmente, mesmo sendo das frações subalternas, e os “indigentes”, praticamente desprovidos do poder contratual em função de sua origem de classe. Essa desigualdade nas relações estabelecidas entre o alienista e o objeto de sua prática explica a diversidade de condições em que se mantinha os alienados, alguns com acesso a determinados privilégios e dispensados da ‘terapêutica’ através do trabalho, outros submetidos à condição passiva de objeto de experimentação das diferentes técnicas para a “cura” da sua moléstia mental.

A discussão sobre os agentes da prática asilar não se esgota, todavia, nas considerações sobre os alienistas. Apesar de serem o elemento nuclear da prática, inclusive pela função intelectual de seu trabalho - que abrangia a própria construção do objeto de intervenção - os alienistas não eram os únicos sujeitos da manipulação controlada dos pacientes. Havia uma divisão do trabalho ao interior do asilo, que colocava, de um lado, os alienistas, e do outro, os “enfermeiros” e guardas, estes últimos exercendo diretamente as atividades de vigilância e contenção.

A importância desses agentes subalternos para o bom funcionamento do asilo já era enfatizada pelo Dr. Demétrio Tourinho (1872:40), em relatório anterior à inauguração do asilo, chegando a afirmar que deles é que dependia o êxito na cura de certas “afecções”. Isto porque, por observações feitas quando de visitas à enfermaria da Santa Casa, constatava que os loucos não esboçavam qualquer sinal de violência à sua presença, enquanto que “*a vista de alguns enfermeiros entram quasi sempre em acesso de furor, em uma excitação e irascibilidade difficies muitas vezes de moderar*” (*Ibidem*, p.43). Era o oposto do que se pretendia com o tratamento moral e, portanto, teria que ser modificado. A aplicação de medidas disciplinares e coercitivas, sob indicação precisa do alienista, deveria ser aceita pelos alienados sem rejeição àqueles que as executassem. Porém, como o alienismo não aboliu os meios coercitivos, haveria a possibilidade da reação que seria dirigida aos executores diretos, uma vez que os alienistas, em geral, estavam preservados do enfrentamento das resistências. Assim, como critério de escolha dos “enfermeiros”, ele recomendava que fossem inteligentes e ativos, mas também, “robustos”, como precaução para os fracassos dos procedimentos brandos e persuasivos (*Ibid.*, p.40).

Na primeira gestão, a de Demétrio Tourinho, encontramos o registro de uma enfermeira estrangeira, M^{elle}. Eugenie Saur, que dirigia os trabalhos das alienadas, em especial a sala das costuras (ASCMB. Tourinho, 1875:9). Quando de seu afastamento, uma outra enfermeira era citada, D. Emília Augusta Baraúna, que também renunciou ao cargo com a gravidez de uma alienada no asilo (ASCMB.Silva, 1878:17-18). Depois desse período, Remédios Monteiro, em sua análise do asilo, constatou que “*não havia enfermeiros idôneos*” (Monteiro, 1880:270). Porém, na fase de direção leiga, os “enfermeiros” absorveram a finalidade repressiva da instituição sem a ação, por vezes mediadora, dos médicos, exercendo práticas cuja violência julgavam perfeitamente legitimada.

Questionando muito mais os excessos cometidos do que as práticas em si, Tillemont Fontes (1895:415) denunciou a falta dessa mediação:

“testemunhamos scenas deprimentes, o gráo de decadencia em que se tem deixado cahir o asylo, em quanto que processos rigorosos de constraint, para attenuar o facto com a expressão technica, applicam-se sem a minima autorisação ou vigilancia medica”.

Como ilustração, temos um fato citado no Relatório de 1895: o clínico, diante de um enfermo epiléptico, prescreveu uma medicação com a dosagem fracionada em três vezes; retornando ao asilo detectou que “o enfermeiro” responsável pela administração da droga tinha dado a dose completa três vezes ao dia. Censurado pelo médico, o “enfermeiro” retrucou que, apesar de tudo, “*o doente não tinha morrido*” (Vianna, Fontes e Moreira, 1895:22). Era a resposta daquele que testemunhava cotidianamente o que naquele caso não tinha se consumado - a extinção física do louco.

A conduta desses agentes intermediários pode ser interpretada como decorrente da sua própria condição, ou seja, pelo fato de não terem o controle sobre os meios de trabalho, principalmente a apropriação do saber que orientava o uso das diversas técnicas. Existia assim um abismo entre as propostas terapêuticas dos alienistas e a dura realidade da prática asilar. Exercendo o poder a eles delegado, os “enfermeiros” reconheciam basicamente a eficácia das práticas repressivas.

O asilo de alienados e o ensino de psiquiatria

O asilo não representou apenas o espaço institucional de criação e produção das práticas psiquiátricas, foi também o lugar privilegiado para as suas práticas de reprodução.

Enquanto nos principais centros difusores da prática psiquiátrica, em especial a França (ver Cap. 1), havia um confronto entre os alienistas, que atuavam no asilo, e os organicistas, nas clínicas das Faculdades de Medicina, no Brasil, o asilo - seja Hospício de Pedro II, seja o S. João de Deus - foi, desde o início, um local de encontro entre o cuidado e o ensino, pela maneira como aqui se deu a incorporação dos dois movimentos citados anteriormente, constituindo-se esse encontro em mais um elemento do que denominamos de asilismo.

Na luta pela criação desse espaço específico destacaram-se não apenas os médicos políticos, mas também os professores, muitas vezes reunidos numa mesma pessoa, como foi o caso do Dr. Demétrio Tourinho. Enquanto deputado, participou ativamente da luta parlamentar na década de 60 pela construção do asilo. Na condição de membro da Irmandade da Santa Casa, exerceu influência junto aos “irmãos” para que a Irmandade não só assumisse o projeto, mas que garantisse a direção médica, tendo ele próprio ficado com o cargo. Enquanto professor da Faculdade, criticou a falta de ensino prático, defendendo a criação de cadeiras para as especialidades e até o surgimento de clínicas especiais, entre as quais a de moléstias mentais, como já ocorria na Europa. Ao assumir a direção do asilo e, de acordo com as idéias que defendeu na Memória Histórica da Faculdade de Medicina de 1870, passou a incluir, em sua cadeira de “Patologia Interna”, demonstrações sobre as moléstias mentais, tornando-se assim “pioneiro quanto ao ensino da Psiquiatria, mais ainda, quanto à metodologia pedagógica na educação médica” (Rubim de Pinho, 1974: 3).

Essa iniciativa vinha de encontro ao que já se demandava, isto é, um ensino da Medicina Mental vinculado à realidade da prestação de serviços na Bahia. Contrapunha-se assim ao que anteriormente ocorria na Faculdade, onde se reproduziam os saberes gerados nas Metrópoles européias apenas por um interesse acadêmico, sem nenhuma aproximação com a *cor local*. Um exemplo disto é uma tese da Faculdade de Medicina, de 1846, intitulada “Proposições sobre a alienação mental”³⁵, a referência mais antiga que encontramos na Bahia a tomar a loucura como objeto de um ramo específico do saber médico. Seu autor, o Dr. João Francisco de Almeida, foi lente catedrático de Medicina Legal de 1833 a 1855, cadeira que, pela articulação com o aparelho jurídico, estava de certo modo relacionada com o problema da loucura. Nas duas décadas posteriores, várias das teses “inaugurais” da Faculdade de Medicina abordaram a questão da alienação mental, reproduzindo as concepções do alienismo francês, o que se ampliou com o surgimento da *Gazeta Médica*, em 1866.

Com a criação do asilo, os clínicos, que já prestavam uma assistência eventual aos loucos nos hospitais da Santa Casa, ocuparam os lugares reservados aos futuros alienistas. A Escola Médica, entretanto, que teria a função de formar os agentes da

³⁵ - Essa tese, embora não tenha sido encontrada, nem mesmo esteja citada no “Catálogo de Teses” da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Bahia de 1910, está referida na criteriosa bibliografia de “fontes primárias” de Machado *et al.*, 1978.

prática psiquiátrica, não apresentou a mesma agilidade com que tinha se posicionado a favor da institucionalização do cuidado aos alienados.

Após seis anos de funcionamento do asilo, o Dr. Remédios Monteiro (1880) criticava a ausência de um ensino especializado, argumentando que a criação da psiquiatria como ramo do conhecimento médico era uma necessidade: *“para chegar ao conhecimento profundo das perturbações Psychicas é necessário fazer-se um estudo especial, e o estudo das molestias mentaes não contitue parte do mesquinho ensino das nossas duas faculdades de medicina”* (p.265). Diante de tal omissão, o Dr. Monteiro, por exemplo, reivindicava a organização de uma biblioteca no próprio asilo, que possibilitaria a formação autodidata dos seus agentes (*Ibidem*, p.266-68). Mais adiante, apresentava uma conclusão abrangente *“A falta de um ensino theorico e de uma clinica na qual se estude a alienação mental, é a causa do pouco ou antes nenhum progresso scientifico em relação às molestias mentaes no Brazil”* (p.270).

Essa crítica refletia um debate que se processava em todo o país e resultou, cerca de um ano depois, na criação das cátedras de *“Moléstias Mentaes”* nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro por decreto imperial (nº 8.024) em 12 de março de 1881 (Paim, 1976: 20; Uchôa, 1981: 30). Em 1º de março de 1883, o Prof. Augusto Freire Maia Bittencourt, que ensinava o tema desde o ano anterior como professor interino e gratuito, apresentou o primeiro programa da cadeira (Rubim de Pinho, 1999). Depois, em 1886, tornou-se o seu primeiro lente catedrático na Bahia. As provas práticas do concurso foram feitas no Asilo São João de Deus, onde o Prof. Augusto Maia tinha sido médico clínico da Santa Casa de 1881 a 1884. Ele venceu o concurso com a tese *“Considerações clinicas acerca da Paralysis Geral”* para o famoso gramático Ernesto Carneiro Ribeiro, que dissertou sobre *“Perturbações psychicas no domínio da Hysteria”* (Faculdade..., 1886).

Na tese, Maia Bittencourt dissertou sobre os principais estudos do tema *“paralysia geral”*, assimilando sem conflito o alienismo de Esquirol com o organicismo de Bayle. Ele reconhecia uma ‘fisionomia psíquica’ um pouco diferente da doença entre homens e mulheres. Os delírios femininos eram mais depressivos e hipocondríacos, sendo nos homens mais expansivos, e observava também que, em algumas delas, dominava um estado erótico que contrastava com a austeridade da vida anterior (Bittencourt, 1886:72).

Não identificava mais nenhuma diferença relevante, inclusive nas manifestações físicas (*Ibidem*, p.73).

Cabe aqui uma correção histórica: a cadeira de doenças mentais, de início, não abrangia os temas que hoje chamaríamos de neurológicos, como afirma Uchôa (1981: 30), pois esses assuntos, na época, estavam incluídos na cadeira de “patologia interna”. Os assuntos de psiquiatria e neurologia só se fundiram em 1891, na cadeira de “Clínica das doenças nervosas e mentais” (Rubim de Pinho, 1992). Augusto Maia tinha falecido no ano anterior, e a cátedra ficou vaga até que, pela Reforma republicana no ensino (Reforma Benjamin Constant), ainda em 1890, João Tillemont Fontes foi nomeado como o lente catedrático da cadeira, ocupando-a até 1907 (Oliveira, 1992: 243).

Não sendo, como seu predecessor, membro da Irmandade da Santa Casa, o Prof. Tillemont Fontes formulou séria crítica à administração do asilo, o que estava de acordo com o novo período republicano. O lente catedrático teve como assistentes os Drs. Aurélio Vianna e o jovem Juliano Moreira, formando o grupo que foi escolhido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia para elaborar o relatório sobre a assistência estadual aos alienados. Esse documento, cujo conteúdo será analisado na próxima seção deste capítulo, foi apresentado não só à Diretoria da Sociedade de Medicina, mas também à Congregação da Faculdade, sendo em ambas as oportunidades aprovado por unanimidade (Oliveira, 1974: 15; Rubim de Pinho, 1974: 3).

Como no século seguinte o Asilo S. João de Deus mudou seu nome para Juliano Moreira, cabe aqui registrar qual foi a relação deste psiquiatra baiano, que teve seu prestígio consolidado na capital da república, com o velho asilo da Santa Casa. Ainda um jovem de vinte anos, Juliano tornou-se, em 1893, Assistente da Cadeira do Prof. Tillemont e, em 1896, num concurso de grande repercussão, foi aprovado como Lente Substituto. Rubim de Pinho (1999), num de seus escritos póstumos, cita uma carta de Moreira, redigida já na maturidade, para um dos seus discípulos, o médico também baiano Ulisses Paranhos:

“Em cada um de meus discípulos rememoro uma quadra da mocidade. E você revive uma das mais floridas, - a dos meus 30 anos, quando como cenobitas, vivíamos esquecidos do mundo entre as paredes do velho Hospício São João de Deus, da Bahia”.

As recomendações contidas naquele documento sobre a assistência aos alienados no hospício, que contou em sua elaboração com a participação do jovem professor Moreira, não foram aceitas pela Santa Casa. O coro dos protestos contra a situação do asilo foi engrossado por vários outros médicos e professores da Faculdade, entre os quais destacou-se o Prof. Nina Rodrigues, da cadeira de Medicina Legal. Vale ressaltar que as críticas não se limitaram às precárias condições em que funcionava o Asilo, mas também às práticas violentamente repressivas executadas sobre os alienados, que comprometiam o ensino já realizado.

O diretor da Faculdade de Medicina, o Prof. Alfredo Brito decidiu apoiar mais uma vez as denúncias, particularmente quanto às repercussões sobre o ensino psiquiátrico, tendo constituído em 1904 uma comissão formada pelos Professores Nina Rodrigues (relator), Antônio Pacífico Pereira e Tillemont Fontes que, por motivos de saúde, foi substituído por Luiz Pinto de Carvalho. Este último, que tinha feito com Mário Leal, em 1905, concurso para professor substituto da cadeira e obtido o 1º lugar (Rubim de Pinho, 1992), com o falecimento de Fontes em 1907, foi nomeado catedrático de Psiquiatria e Moléstias Nervosas (Notas..., 1907:437; Oliveira, 1974: 15).

O documento elaborado “Assistência médico-legal aos alienados no Estado da Bahia” (Nina Rodrigues, 1905) foi aprovado, tendo como uma das propostas para o ensino de Psiquiatria na Faculdade, a criação de um serviço especializado em anexo ao Hospital Santa Isabel (*Ibidem*, p.175), ou seja, a unidade psiquiátrica de um hospital geral³⁷. Essa proposta aguardou meio século para se tornar realidade e o ensino de Psiquiatria permaneceu utilizando como campo de prática o asilo/hospital de S. João de Deus até meados da década de 50.

Não era possível, portanto, os médicos aceitarem pacificamente a perda da direção daquele *locus* privilegiado da prática alienista. Discutiremos, a seguir, esse período sem a participação médica na direção do asilo.

³⁷ - Embora tivesse feito essa proposta, o próprio Nina Rodrigues, instado por Juliano Moreira a defendê-la, considerava difícil que ela fosse concretizada, desde que isto dependeria da decisão da Santa Casa de Misericórdia (Nina Rodrigues, 1905), nessa época já em conflito com o Estado, além de atravessar uma grave crise financeira (Prager, 1919).

3.5 - Direção “leiga” do Asilo da Santa Casa e os Médicos no período imperial (1882-1889)

Antes do afastamento da direção médica do Asilo, Remédios Monteiro (1880) proclamava a concomitância entre o dever de curar e o direito social de seqüestro dos alienados como a forma de superação da contradição entre as finalidades de cura e de exclusão: “*A sociedade que ate então se tinha achado com o direito de seqüestrar como perigosos os alienados, compreendeu que tinha ao mesmo tempo o dever de procurar cural-os*” (p.211; grifos nossos). Essa compreensão, todavia, não estava completamente consolidada no âmbito da sociedade, limitando-se quase exclusivamente aos médicos que defendiam o monopólio de sua prática, ao tempo em que incorporavam o mandato político de repressão à loucura.

Um indício de que a sociedade de então só reconhecia o dever de seqüestrar é a própria passagem do controle administrativo do asilo das mãos dos médicos para administradores leigos indicados pela Santa Casa. O “fim especial” a que se destinava o Asilo foi interpretado em sessão da Junta da Santa Casa de Misericórdia, realizada a 25 de fevereiro de 1883, como o de “exclusão dos loucos” (ASCMB. Marinho, 1883: 60), pois, segundo o art. 28 do Regulamento Geral Provisório do Asilo, os médicos deveriam evitar loucos incuráveis “*os quaes possam viver inoffensivos entre as familias*” (ASCMB, vol.157, f.91v). Ou seja, reconhecia-se fundamentalmente o direito de seqüestrar e excluir, apesar das concepções médicas sobre a alienação.

Com o afastamento do Dr. Anísio Circundes em 1882, retirou-se a mediação médica que transformava a prática asilar numa prática contraditória, vacilante entre a finalidade social da exclusão e a finalidade individual de tratamento e cura do alienado. As condições agravaram-se profundamente. Era o retorno às práticas exclusivamente repressivas, anteriores ao alienismo na Bahia.

Esse período de administração leiga do Asilo S. João de Deus foi marcado pelo agravamento progressivo das dificuldades financeiras e da crise assistencial já presentes no período anterior. A crise financeira chegou a tal ponto que levou a Provedoria da Santa Casa tomar para si o débito do Asilo para com o Banco da Bahia (ASCMB. Marinho, 1883: 18). Analisando as razões da situação a que chegou o Asilo, além desses

problemas de despesas, a Provedoria apontou a facilidade com que as autoridades mandam recolher como indigentes pessoas que não se achavam nessa condição (ASCMB. Marinho, 1884: 15-16), responsabilizando diretamente o Estado por essas distorções.

Sobre a questão assistencial, as duas últimas décadas do século XIX foram tempos de muita violência para com os alienados. Não só pelos maus tratos sofridos pelos pacientes que chegaram a ser denunciados pela imprensa (Gazeta da Tarde, 9/12/1882; depois em 23/02/1883), o que inclusive levou a Santa Casa a solicitar informações ao asilo (ASCMB, of. nº 395 e nº 551, 1883), mas pela superlotação do asilo e o amontoamento de pacientes em precárias condições que repercutiam sobre o estado de saúde dos alienados. Com o agravamento da crise financeira do Asilo São João de Deus, na década de 80, deterioraram-se ainda mais as condições de existência dos alienados, submetidos a maus tratos, fome e doenças como varíola, tuberculose, malária, além do beribéri.

Entre os inúmeros problemas, as “epidemias de beribéri” foram o de maior gravidade observado nesse período, tendo começado a ocorrer como verdadeiros surtos a partir de 1883. O beribéri, cuja gênese, na época, era atribuída a miasmas, concepção declinante, ou agentes infecciosos, teoria emergente, tem atualmente um sentido denunciador da carência em que vivia a população asilada, pois sabe-se que se trata de uma avitaminose (da vitamina B1 ou tiamina), muito relacionada com deficiência alimentar.⁷¹

No relatório de 1882 / 83, apresentado à Mesa e Junta da Santa Casa de Misericórdia, o Mordomo do Asilo São João de Deus, Sr. Salvador Pires de Carvalho e Albuquerque, reconhecia que a mortalidade era muito elevada. Naquele ano a mortalidade foi de 16,7% e 14 dos 24 óbitos do mesmo período foram por beribéri (ASCMB. Marinho, 1883: 17). O obituário constituiu-se em pouco mais da metade do número de egressos vivos: 24 óbitos para 44 altas (ver Tabela 2), porém o Provedor Conde de Pereira Marinho responsabilizava as famílias dos asilados pelo fato, devido a não terem retirado os alienados daquele que fora projetado para ser “lugar de cura” (*Ibidem*).

⁷¹ A denominação da doença vem da repetição do termo malaio *biri*, usado pela primeira vez em 1559, mas difundido na Europa em cingalês e incorporado à linguagem médica com a obra *Da medicina indorum* do médico holandês Bontius em 1642 (Cunha, 1999:106). Para López Cervantes (1993:425) o vocábulo *beri* é cingalês (Ceilão) e significa ‘debilidade’.

Mesmo evitando que o problema tivesse muita repercussão, o clínico do Asilo, Dr. Augusto Freire Maia Bittencourt resolveu enviar um ofício, em 12.11.1883, ao Provedor da Santa Casa informando a gravidade da situação (ASCMB, Marinho, 1884: 57). Naquele ano, o Provedor Pereira Marinho iniciou sua síntese sobre o asilo no relatório anual reconhecendo que “*a terrível enfermidade denominada beribéri*” encontrou naquele estabelecimento “*todos os elementos necesarios a seu apparecimento e desenvolvimento, pois nelle reina constantemente, mais ou menos intensamente*”. (*Ibidem*, p.14).

A Provedoria da Santa Casa, observando o fenômeno, encontrou mais um elemento necessário para a compreensão dessa doença: a responsabilidade dos próprios alienados: “*tão sofridos e faltos de razão, embarçam os meios de se lhes proporcionar de pronto os recursos científicos, livrando-os assim do mal*” (ASCMB, Marinho, 1884: 57). É antigo o recurso de culpar as vítimas.

A violência sobre o louco chegou ao ponto de essa mesma Provedoria, argumentando com o diretor da Casa de Saúde de Itaparica em busca de transferência dos alienados vitimados pela epidemia, afirmar que “*tem-se notado que com o aparecimento do beribéri, os loucos voltam a razão, ou pelo menos se tornam calmos, e mesmo apáticos, os que são furiosos*” (*Ibidem*, p.14-15). Ou seja, o beribéri, na racionalização asilar, foi transformado numa “eficaz terapêutica” da alienação, ficando o alienado a necessitar tão somente de cuidados físicos que seriam realizados fora do asilo.

Obrigada a procurar uma solução para o problema, a Provedoria constituiu uma comissão de médicos incluindo clínicos do Hospital da Caridade (Drs. Silva Lima, Almeida Couto e Pires Caldas), além de Maia Bittencourt e do Mordomo do Asilo, o Dr. Josino Cotias, a fim de estudarem as causas da epidemia e proporem medidas para combatê-la. O parecer elaborado pela comissão continha críticas às condições higiênicas do Asilo, porém acrescentava que as causas que ali produziam beribéri não eram diferentes das existentes em outros sítios da cidade, embora considerassem maléficas as condições especiais em que se encontravam os asilados - poucos exercícios físicos, umidade do solo e do ar das enfermarias e reclusão mais ou menos prolongadas a que eram obrigados alguns deles (*Ibid*, p.58-59). Como recomendação prática, aconselharam que os alienados fossem removidos para um lugar mais salubre, de preferência à beira-mar (ASCMB, Marinho, 1884:59).

Seguindo tais orientações, a Provedoria dirigiu-se ao diretor de uma casa de saúde em Itaparica solicitando que acolhesse os alienados. A resposta foi negativa “*por não oferecer esta casa segurança precisa para a recepção de taes doentes*”, como primeiro argumento, mas logo em seguida assumia-se a rejeição ao louco “*por causar a presença desses infelizes terror aos moradores circumvizinhos e ainda aos doentes deste Estabelecimento*” (p.60). A epidemia de beribéri continuou grassando no Asilo, só declinando no ano seguinte em 1884, segundo relatório do médico-clínico.

Os conflitos dos dirigentes da Irmandade com os médicos não acabaram com o afastamento dos últimos da direção do manicômio, pois a crise mostrava uma incompatibilidade de competências. A Provedoria transferiu, em setembro de 1884, um paciente do Hospital de Caridade para o asilo, porém, o médico clínico, Augusto Maia Bittencourt, discordou do internamento, comunicando ao provedor que o doente Manoel Joaquim Pereira não sofria de moléstia mental que justificasse sua permanência no asilo.

O Conde de Pereira Marinho, que exacerbava o aristocrático poder da Provedoria, respondeu de modo áspero:

“Fique V. S^a, de uma vez convencido e certo, de que esta Provedoria tem o direito de supprir o que lhe parecer deficiente nos regulamentos da casa, rejeitando qualquer opinião de juízo incompetente em materia de administração” (...) Suppondo ter manifestado meu pensamento e as disposições em que me acho, sinto dizer-lhe que não tolero recriminações caprichosas que de nenhum modo revelão zelo pelo serviço, autoriso desde já a observação precisa para o doente de que se trata” (ASCMB, vol. 115, f. 12-12v; grifos nossos).

Ainda em setembro de 1884, Dr. Augusto Maia pediu exoneração do cargo e a Mesa da Irmandade nomeou o Dr. Lídio Pereira de Mesquita para substituí-lo. O afastamento do médico clínico e professor da Faculdade de Medicina agudizou ainda mais o conflito dos médicos com a Santa Casa. Aqui, mais um exemplo de enfrentamento entre os médicos e a administração da Santa Casa, num processo que se prolongou pelas duas décadas seguintes, sofrendo o impacto das mudanças ocorridas na sociedade brasileira com a passagem para a República. A Faculdade de Medicina não rompeu com a Santa Casa, pois a escola precisava de suas instituições (hospital, asilos) como campo de

prática, mas seu corpo docente não deixou o fato passar em branco, como veremos adiante.⁷²

No que se refere à assistência aos alienados, a Tabela 2 abaixo, além dos dados de 1882-83, já referidos, mostra também que, no período de julho de 1886 a junho de 1887 e desta data a junho de 1888, houve um aumento da mortalidade asilar (28% e 22,4%, respectivamente).

TABELA 2 - MOVIMENTO DE ALIENADOS NO ASILO SÃO JOÃO DE DEUS
EM 1882/83, 1886/87 e 1887/88.

PERÍODO	EXISTENTE (A)	ENTRADA (B)	TOTAL (A + B)	SAÍDA		
				ALTA	ÓBITO	TAXA DE MORTALIDADE (%) *
01/07/1882 a 30/06/1883	80	64	144	44	24	16,7
01/07/1886 a 30/06/1887	87	56	143	34	40	28,0
01/07/1887 a 30/06/1888	69	65	134	19	30	22,4

A = nº existente de asilados no 1º dia do período; B = nº de entradas de alienados durante o período

* Taxa de mortalidade = Nº de óbitos / Nº existente + entradas x 100.

FONTE: Dados registrados em relatórios da provedoria da SCMB (ASCMB. Marinho, 1883; Lima, 1887 e 1888).

Vale dizer que os relatórios do período (1886-88) não registram a ocorrência de qualquer epidemia, à qual se poderia responsabilizar por tais fatos. Entretanto, a situação financeira do Asilo se agravou muito na segunda metade da década de 80, como se pode observar na tabela abaixo (Tabela 3), com possíveis repercussões tanto no aumento da mortalidade asilar (28% e 22,4%), quanto na sensível diminuição de egressos vivos (40 óbitos para 34 altas e 30 para 19, respectivamente).

⁷² Na tese para catedrático, Augusto Maia condenou por questões sanitárias a localização do Asilo: “A localidade em que se acha situado o Asylo de S. João de Deos, que a principio pareceu boa, está hoje condemnada pela hygiene” (Bittencourt, 1886:160). Criticou também seu funcionamento no Solar Boa Vista e sugeriu um novo em forma de H. “O melhor systema de Asylos é o de pavilhões parallelos isolados, tendo areas intermédias ajardinadas e ligadas por galerias a um corpo médio, representando o todo um ou mais H (Ibidem, p.161).

TABELA 3 - ASILO S. JOÃO DE DEUS - DESPESAS, RECEITAS E SALDO ANUAL NO PERÍODO DE 1883 À 1888.

PERÍODO	DESPESAS	AMORTIZA- ÇÃO/DÍVIDA	RECEITAS	SALDO DEFICITÁRIO (*) (em mil réis)
1883 - 1884	63:242\$023	(16:240\$000)	51:295\$550	11:947\$000
1884 - 1885	44:437\$818	(17:020\$000)	42:183\$160	2:254\$000
1885 - 1886	45:132\$333	(16:300\$000)	40:508\$960	4:624\$000
1886 - 1887	37:838\$654	(10:863\$200)	15:776\$085	22:062\$000
1887 - 1888	41:308\$272	(9:320\$000)	28:186\$150	13:122\$000

FONTE: Jacobina e Carvalho, 1998. Com base no Relatório anual (ASCMB.Lima, 1888: 87-91).

* São dados aproximados.

Obs.: A despesa inclui a parcela de amortização da dívida (citada entre parênteses). Em relação à receita, a diferença que se nota nos três primeiros exercícios provém da passagem da escrituração para a Repartição Central, ficando o excedente da despesa a cargo da Santa Casa dali em diante.

Há um fato, destacado por Antonio Prager (1919: 60), referido no relatório do provedor Teixeira Gomes de 1911, que pode ajudar a explicar essa crise, principalmente, a sua agudização no ano de 1886/87, quando o Asilo apresentou o maior déficit (22:062\$000) e, concomitantemente, maior mortalidade (40 óbitos; taxa de mortalidade de 28%). Segundo o relatório: *“de 1886 para cá deixou a Santa Casa de subvencionar ao Hospício, correndo as despesas directamente por sua conta”* (ASCMB. Gomes, 1912: 125). A situação ficou crítica para o asilo, pois o governo era mau pagador e o rendimento do pensionato estava cada vez mais reduzido.

Em vista disso, pode-se levantar a hipótese de que o elo mediador entre o déficit financeiro (ver tabela 3) e o aumento da mortalidade (tabela 2) era a fome dos pacientes. A fome epidêmica, apesar de prévia ao asilo e agravante do quadro psicopatológico, tornou-se, de modo provavelmente involuntário, um instrumento de extinção daquela população excluída, improdutivo e onerosa aos cofres da caridade.

É importante registrar que a evidência da fome como agravante da condição de alienação do asilado, já tinha sido notada pelo Dr. Demétrio Tourinho, primeiro diretor do asilo, que categoricamente afirmava: *“Digo e repito que é melhor para a cura de muitos fechar a botica e abrir a dispensa”* (In ASCMB. Dantas, 1875: 12). No entanto,

há muito tempo que a despesa estava praticamente fechada, e a própria farmácia já havia desaparecido.

Outro dado que deve ter agravado a situação econômica do Asilo foi a progressiva diminuição do número de pensionistas. O período 1882/88 contou com apenas um alienado dessa categoria, o que, por outro lado, repercutia também negativamente sobre a já reduzida receita do asilo. Segundo o Provedor da Santa Casa, no seu relatório de 1882/83, entre os asilados havia *“pessoas pertencentes a famílias a que parece não falharem de todos os meios necessários para subsidiarem seus parentes, senão como pensionistas de primeira classe, como de segunda ou de terceira, e d’aquí a grande diminuição que tem havido no rendimento do Estabelecimento”* (ASCMB. Marinho, 1883: 17). Ou seja, ainda que podendo arcar com o ônus da manutenção de parentes na condição de “pensionistas”, grande número de famílias os colocavam como “indigentes”. No relatório seguinte (*Idem*, 1884: 15-16), o Estado também é responsabilizado por recolher como indigentes pessoas que não se achavam nessa condição.

A diferenciação das formas de cuidado prestado aos alienados conforme sua situação de classe, dava-se, apesar de homogeneizados, pela noção de alienação mental e pela categoria ‘indigentes’, esta última homogeneização fruto de um artil realizado pelas famílias com a cumplicidade das “autoridades”. A diligente administração do asilo encarregava-se de corrigir, na prática, a suposta igualdade de condição dos pacientes:

“A administração aceita, de ordinario, essas pessoas na qualidade em que são enviadas para o Asilo, mas tal é a compaixão que muitas dellas lhe inspira pela sua posição social, que lhe falta a coragem necessaria para os sujeitar ao tratamento de verdadeiros indigentes” (*Ibidem*, p.16; grifo nosso).

Apesar de se reconhecer lesado com a simulação, o asilo mantinha um tratamento diferenciado conforme a “posição social”. O alienado indigente, outrossim, foi acusado como o principal responsável pela grave crise econômico-financeira que o asilo atravessava. Desses infelizes privados do uso da razão, inclusive os falsos indigentes, *“provem o mal econômico que também venho a indicar e que nos priva de alargar a área de influencias benéficas da caridade”* (ASCMB. Marinho, 1884:17; grifo nosso).

Para sanar este “mal”, naquele ano de 1886, quando deixou de subvencionar o asilo, a Administração Central da Santa Casa propôs junto ao Estado alterar o contrato original, passando a cobrar uma diária não só de vinte, mas de todos os indigentes, inclusive os que estivessem simulando, garantindo, como contrapartida, o tratamento diferenciado e o custo dos enterros, muito freqüentes naquela categoria de asilados. A Santa Casa fez nova proposta de alteração do contrato com o Governo “*no sentido de cobrar-se por cada louco que a Província mandasse admitir R\$ 1\$000, pagando também as despesas com o enterro*”(ASCMB. Lima, 1887: 40-41). Essa mudança constou no regulamento aprovado em 1886 que substituiu o primeiro, de junho de 1874, feito na inauguração do asilo. Mas, o governo provincial em crise continuava mau pagador dos seus compromissos contratuais com a Santa Casa.

Se em todos esses anos as despesas foram maiores que as receitas, fica evidente que a situação deficitária ficou pior a partir de 1886. Na tentativa de captar recursos a Provedoria tomou algumas medidas, entre as quais a aceitação do pedido feito pelo Presidente da Província para que o Asilo S. João de Deus recebesse os criminosos alienados, porém mediante a diária de 580 réis e não de 300 rs, como foi proposto pelo governo, tendo sido reservada a “casa-forte” para tal finalidade, com um total de 20 vagas (ASCMB. Lima, 1888: 50-51). Pode-se considerar essa iniciativa como o embrião do Manicômio Judiciário, que posteriormente viria a se constituir numa instituição separada do asilo, sendo a modalidade mais repressiva do aparato psiquiátrico.

Nos anos de 1888 e 1889 houve uma relativa amortização da dívida ao Banco da Bahia, porém a situação financeira só melhorou efetivamente quando a Santa Casa conseguiu aumentar a diária de cada louco indigente pensionado pelo Governo. Esse aumento, entretanto, só aconteceu no período seguinte, num outro cenário político social.

3.6 - O Asilo da Santa Casa no período republicano (1889-1912)

Com o fim do Império em 1889, uma instituição filantrópica e religiosa como a Santa Casa de Misericórdia, nascida no regime monárquico, ficou politicamente fragilizada diante de um poder assumidamente laico como era o republicano.

Assim, em quase todo o país, foram criadas as condições favoráveis à tomada do controle estatal das instituições asilares. Como exemplo maior, temos o ocorrido no Rio

de Janeiro, antiga Corte, transformada em Distrito Federal, onde em apenas alguns meses depois da queda do Estado monárquico, o novo regime avocou o Hospício de D. Pedro II, renomeando-o de Hospício Nacional dos Alienados (vide cap. 2).

Na Bahia, entretanto, esse processo não foi imediato, tendo a Santa Casa controlado o asilo por mais de duas décadas, quando, somente no ano de 1912, o manicômio se tornou uma instituição estatal. De qualquer modo, o cenário republicano deu alento à luta médica contra a Santa Casa. Assim, na última década do século XIX, assistiu-se a sucessivas denúncias dos médicos à administração da Santa Casa.

Nos primeiros anos do período republicano, as relações entre a Santa Casa de Misericórdia da Bahia e o governo estadual, paradoxalmente, melhoraram, tanto que, esse último, em 1º de janeiro de 1893, aceitou aumentar o valor das diárias dos asilados (de 580 para 1\$200 réis), aumento que os governos provinciais, há muito, vinham protelando (ASCMB, vol. 104, f.157). E a Irmandade, numa estratégia de sobreviver aos novos tempos, tratou logo de dar o diploma de “Irmão” ao Governador Joaquim Manoel Rodrigues Lima (1892-96) pelos relevantes serviços prestados àquela pia instituição, em especial pelas doações que destinou ao Asilo (*Ibidem*, f.139). O Governador, agradecido com a honraria, participou da festa de aniversário do asilo, em junho de 1893 (ASCMB. Campos, 1895: 24-25; 62).

A melhoria da situação financeira do asilo no início dos anos 90, entretanto, não se fez acompanhar de melhorias nas condições dos alienados. O Professor João Tillemont Fontes, alienista nomeado para a vaga do clínico Augusto Maia Bittencourt no ensino da cadeira de “Clínica psiquiátrica e doenças nervosas”, ministrava as aulas práticas no manicômio, logo conhecia por dentro a realidade do hospício. Em maio de 1892, publicou uma série de matérias num dos jornais da época (*Jornal de Notícias*) sobre a assistência aos alienados no asilo, obrigando a provedoria da Santa Casa a cobrar do Dr. João Pedro de Aguiar, Mordomo do Asilo, relatório sobre as denúncias (ASCMB, vol 115, f.67).

O próprio Tillemont Fontes solicitou e recebeu do Provedor, em maio de 1894, autorização para atuar gratuitamente no asilo como médico clínico (ASCMB. Campos, 1895: 25). Não demorou muito para o novo Mordomo, José de Oliveira Castro, criticar Fontes de não ser assíduo e conseguir seu afastamento (Bastos, 1985:64-5). Era mais

um exemplo da difícil relação entre os dirigentes da Irmandade e os médicos, especialmente na questão da assistência aos alienados no asilo.⁷³

Os médicos baianos tinham fundado, desde abril de 1888, uma nova entidade profissional e científica, a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia, com o propósito de estudar as questões médicas e publicar os trabalhos e documentos na Gazeta Médica da Bahia (Lima, 1893). Como parte da estratégia da Sociedade de Medicina de garantir a retomada da direção do asilo aos médicos, estimulados pelo novo cenário sócio-político, em meados da década de 90 do século XIX, sob a direção do Prof. Alfredo Brito, em parceria com a Faculdade de Medicina, constituíram uma comissão para estudar a situação dos alienados. Surgiram, assim, dois documentos: um coletivo e outro individual. O primeiro foi o relatório da Comissão constituída pelos Drs. Aurélio R. Vianna, relator, o jovem alienista Juliano Moreira e o lente da cadeira de Moléstias Mentais e Nervosas, João Tillemont Fontes. O outro foi do próprio Tillemont que, além do relatório com seus dois assistentes da cadeira, não deixou de publicar na Gazeta Médica um documento pessoal.

Nesse artigo individual, publicado em maio de 1895, foram analisados os dois espaços institucionais de cuidado aos alienados na Província da Bahia, espaços esses caracterizados pelas práticas abertamente repressivas: a prisão na Casa de Correção e o internamento no Asilo São João de Deus.

No que se referia à Casa de Correção, Fontes (1895: 413) se interrogava sobre a legitimidade de encontrar ainda alienados “misturados” com presos comuns. *“Em nome de que lei e de que princípios continua-se a depositar em cárceres, míseros doentes quando as prisões só são feitas para réos, para aquelles cujos crimes, especificados em lei os tornam nocivos à sociedade?...”* Não era uma pergunta, era o protesto contra a manutenção da exclusão indiferenciada quando já existia uma estratégia específica, a psiquiátrica, também de confinamento, mas sob a tutela do médico e não mais do policial. E o autor, com clareza em sintonia com a mudança realizada no país,

⁷³ O Dr. João Luciano da Rocha, contratado para substituir o Dr. Tillemont Fontes como médico clínico, com o afastamento do administrador leigo, assumiu também a administração, acumulando as duas funções. Mas, no ano seguinte, em outubro de 1896, ele foi julgado incompetente como administrador e demitido também do cargo clínico pela falta de assiduidade, inclusive por não dormir no estabelecimento (ASCMB, vol 23, f. 30).

questionava no ponto crucial e contraditório, destacado por Castel (1991) na experiência alienista francesa, pois estando já sob o Estado liberal-oligárquico da Velha República, o alienado, doente e irresponsável pelos seus atos, não podia ser tratado como um criminoso, que é responsável e consciente do seu delito.

Em relação ao asilo, Fontes (1895), depois de demonstrar a incompetência administrativa da Santa Casa, chegou ao diagnóstico de que o mesmo não diferia muito quanto às condições em que viviam os alienados na Casa de Correção. Dizia que ao asilo S. João de Deus era aplicável o conceito de Maudsley, médico inglês da corrente organicista: “*un cimiterio della razioni distrutta,*” (Ibidem, p.417). E mais adiante, o professor catedrático de psiquiatria e das moléstias nervosas fazia a seguinte descrição:

“Nem merece o nome de asylo o deposito, onde uma centena de alienados, enclaustrados em dois pequenos pateos, quando não presos naquelles celebres cubiculos, recebem desabrigados as ardentias do sol do verão, ou as bagas lategantes das chuvas do inverno; onde mulheres desnudas, por entre o riso inconscientemente alvar da molestia, dormitam em esteiras, em enxergões de ferro num pavimento ladrilhado de marmore; onde tudo é a condemnação formal da hygiene, no abandono frivolo dos recursos da Therapeutica, onde nem há o registro clinico, nem um so instrumento, destes que a sciencia aconselha” (Ibid.).

O asilo, instrumento de cura e local de estudos, apresentava semelhanças com os porões do antigo Hospital São Cristóvão, depois o Hospital da Caridade, para os quais ele tinha sido criado como solução. Porém, argumentava Fontes (1895), se o manicômio deixou de ser um lugar de cura, foi porque já não estava sob direção médica. O asilo era incompatível até com a presença médica eventual, como a do clínico: “*taes circunstancias bastam para incompatibilizar a quem ouze ou queira exercer actualmente cargo clinico no asylo*”, pois “*a sua acção nullifica-se deante da prepotencia irritante e malevola da administração*” (Fontes, 1895:417), a cargo de “*um individuo sem a minima competência, e com poderes discricionarios para exercer, como melhor entender, as funções de seu cargo*” (Ibidem).

A crítica, porém, não se limitou ao administrador “leigo”, sendo ampliada ao Mordomo do Asilo, chegando até à ‘pia instituição’ - a Santa Casa. Em relação ao primeiro, Fontes (op. cit) comparou sua atuação com o ilustre ex-mordomo e médico Dr. Manuel

Vitorino, na época vice-presidente da República. Enquanto Manuel Vitorino tinha expressado um veemente desejo de que se acabasse a *casa-forte*, o “outro”⁷⁴ solicitava sua ampliação para atender ao número de loucos admitidos no asilo, sob a argumentação de que com isso poderia mantê-los “mais asseados”. Fontes concluía essa seção de sua análise, atacando a permanência do poder aristocrático num regime democrático: “*Estas palavras que attestam dolorosamente a influencia da plutocracia em nosso meio, quanto soam mal deante dos preceitos da Psychiatria!*” (*Ibidem.*, p.417).

Quanto à Santa Casa, acusava-a de legitimar o charlatanismo, como se depreende do trecho: “*nunca será crível, salvo por criminosa, ousada charlatanice, digam-se as couzas como ellas são, haja aqui, e onde quer que seja, o fatidico consentimento de que a suprema direção de um asylo possa continuar em mãos extranhas e incompetentes*” (*Ibid.*, p.422).

Também foram objeto de críticas as conquistas da Santa Casa, patrocinadas pelo governador “irmão”, em especial o aumento da diária paga pelo Estado para os alienados indigentes, que levou a receita superar a despesa em 1894. Em relação a essa política, Fontes (*op.cit.*, p.418) acusou uma certa tendência a conferir-se ao Asilo um caráter ‘privatizante’: “*O actual modo de administração dá-lhe um caráter de asylo particular, o que em todos os países civilizados tem sido coarctado*”. Por fim, apontava a vinculação da Irmandade com a velha ordem, uma vez que a Santa Casa tinha sua superintendência administrativa regida por “*um regulamento ou alvará creado nos tempos coloniaes, sob a proteção perpetua de S.M. El-Rei de Portugal*”, regulamento que “*virá embaraçar, senão impedir o serviço medico e jurídico da assistência*” (p.418).

Em relação a essa última questão, o médico atingia com sua crítica um ponto muito vulnerável da Irmandade. Com a República consolidada, a Santa Casa buscou adaptar-se aos novos tempos, pois, em 31 de maio de 1896, revogou o Compromisso de 1618, o regulamento dos “tempos coloniais” e, com o novo Compromisso, adotou o procedimento democrático e republicano da eleição pelo “sistema direto” dos seus dirigentes e substituiu o ano compromissal, iniciado na data da padroeira da Irmandade,

⁷⁴ Possivelmente, o Mordomo José de Oliveira Castro, responsável pelo seu afastamento do asilo, que, no seu relatório cobrava, realmente, o aumento do número de cubículos da casa-forte (ASCMB. Campos, 1895:62).

Santa Isabel, em 2 de julho, pelo ano civil de 1º de janeiro a 31 de dezembro (ASCMB. Campos, 1897: 1)⁷⁵.

Mais importante do que esse artigo pessoal de Tillemont Fontes, analisado acima, foi o relatório de junho de 1895 intitulado “*Assistência dos Alienados na Bahia*”, elaborado pelos Drs. Aurélio Rodrigues Vianna (relator), Juliano Moreira e o próprio Tillemont Fontes, no qual foram reiteradas as críticas contra a administração da Santa Casa e confirmado o diagnóstico das condições em que se encontrava o Asilo. Este último aspecto encontra-se mais sistematizado nesse relatório, levando em conta três elementos básicos: a salubridade, a estrutura física e a organização interior.

Em relação ao primeiro tópico, foi feito um histórico demonstrando as condições de insalubridade desde as “*febres palustres*” de 1875 até a epidemia de beribéri, que examinaremos mais adiante. A estrutura física é analisada detalhadamente, sendo criticado desde o velho solar com quartos para o poente ou sem ventilação, o novo pavilhão com umidade no térreo e exposição à chuva e ao vento no andar de cima, até a casa-forte, quando mais uma vez foi citado o depoimento de Manuel Vitorino. Mais do que um depósito, o asilo transformou-se, como anteriormente os porões da Santa Casa e a Casa de Correção, em prisão e, muitas vezes, numa condenação à morte:

“E na verdade, testemunhamos factos que revoltaram a nossa consciencia, scenas as mais dolorosas; vimos para lá entrar individuos em pleno goso de saúde physica e saírem profundamente anemicos, completamente infiltrados, não sendo poucos aquelles que pagavam com a vida os desvellos, o bem estar, enfim o tratamento que tinham o direito de exigir” (Vianna, Fontes, Moreira, 1895: 21).

Na análise da administração, fez-se uma ressalva à direção médica anterior, sendo que para “*a actual administração, (...) falta-lhe a principal (qualidade), isto é, a competencia, que é tudo na direcção de uma casa desta ordem*” (*Ibidem*, p.25). E em conclusão declararam que “*diante da insalubridade do asylo S. João de Deus, da imprestabilidade de quasi todas as suas dependencias, não podemos de modo algum concordar com os melhoramentos que se projecta introduzir neste estabelecimento*” (p.40). E fazem a seguinte proposta: “*Ao envez de utilizar-se das velhas e imprestaveis*

⁷⁵ No primeiro relatório do provedor sob o novo Compromisso (ASCMB. Campos, 1897), um detalhe revela outro sinal de adaptação aos novos tempos: a substituição do nome “*Asylo*” pelo de “*Hospicio*” de S. João de Deus. Os médicos e as autoridades governamentais, contudo, continuaram a chamá-lo de asilo, passando a usar o termo hospício após sua avocação pelo Governo.

construções do nosso asylo, como parece pretender o governo, onde infallivelmente sacrificar-se-á a hygiene, mesmo em seus preceitos os mais elementares, será certamente preferível a construção de um novo asylo adaptado às vistas da moderna Psychiatria” (p.16). Sobre esse uso moderno do termo psiquiatria, já comentamos antes, porém, no que diz respeito à administração do asilo os autores fazem a proposta da avocação pelo Estado, com direção médica: *“consideramos imprescindível que o Estado assuma a suprema direcção do asylo de alienados, confiando-o a um professional competente”* (p.25).

Colocados esses pontos básicos, os autores passaram a traçar os principais delineamentos do que seria um asilo de alienados, argumentando que a loucura não era um crime, *“mas sim uma molestia susceptível de cura, e por consequência de que não podemos de modo algum sancionar que os manicômios sejam construídos e organizados, como instituições meramente de segurança, mas sim como estabelecimentos curativos sob a immediata jurisdição medica”* (Ibidem, p.27).

Propuseram que se escolhesse um terreno afastado do centro da cidade - a chácara da Boa Vista já não preenchia mais essa condição de salubridade. Para a organização do espaço asilar, sugeriram que o asilo fosse misto, ou seja, asilo-colônia, com pavilhões isolados, o que possibilitaria a homogeneidade, a especialização do serviço e a profilaxia de epidemias⁷⁶.

Vale lembrar que esses documentos fizeram parte de uma estratégia dos médicos para afastar a Santa Casa e reassumir a direção do asilo. Na época, estava sendo levantada a possibilidade do Governo do Estado assumir diretamente a responsabilidade pelos serviços de assistência aos alienados, e caso isso se desse, esperavam os médicos que houvesse uma reorganização da assistência prestada no Asilo.

A Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia, através de sua Comissão, afirmava estar disposta a assumir o papel de orientar o governo do Estado em sua decisão de fazer *melhoramentos* no asilo, porém, se o poder público estivesse empenhado em enfrentar o

⁷⁶ Os pavilhões seriam classificados em: o de observação, para rigoroso exame antes da reclusão; o pavilhão para pensionistas; o para tranqüilos, uma casa colonial, em geral crônicos; o pavilhão de agitados, afastado com quarto de isolamento e algumas células; e por fim um pavilhão destinado às moléstias infecto-contagiosas, para isolar os seqüestrados. É claro que foram previstas também as outras secções para a administração, residência, farmácia, laboratório etc.

problema de modo definitivo a solução seria a desativação do asilo na Boa Vista e construção de um novo (Vianna, Fontes, Moreira, 1895:15). Em conclusão, dizia:

“se o governo do Estado persistir sem que sejam levados a efeito estes melhoramentos, no que não acreditamos, sirva ao menos este obscuro trabalho de um solemne protesto que lavramos em nome da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia contra o que pretende-se fazer no actual asylo S. João de Deus” (p.40).

Não foi um “obscuro trabalho” - tendo sido aprovado também por unanimidade pela Congregação da Faculdade de Medicina (Rubim de Pinho, 1974: 3), além de ter contado com a participação do jovem psiquiatra, Juliano Moreira, que se tornaria alguns anos depois, como já referimos, num dos mais influentes intelectuais na área -, mas, na prática, constituiu-se apenas em mais um “solene” protesto. O asilo não foi desativado, nem mesmo chegou a sofrer uma reforma significativa.

Alguns anos depois, a situação agravou-se profundamente, com o recrudescimento da “epidemia de beribéri”, que chegou ao ápice em 1904. Essa situação dramática do asilo foi denunciada por um importante intelectual, o professor da Faculdade de Medicina, Raimundo Nina Rodrigues. Nina Rodrigues (1862-1906), médico maranhense, concluiu o curso no Rio de Janeiro em 1887 e passou a ensinar na Faculdade de Medicina da Bahia a partir de 1889, tornando-se professor catedrático de Medicina Legal em 1895 (Professor..., 1906; Oliveira, 1992: 233-37). Sua importância não foi só em Medicina Legal, pois realizou também estudos pioneiros e polêmicos em Antropologia, sobre as crenças, mitos e valores dos “africanos no Brasil”. Acrescente-se a esse amplo legado intelectual, sua contribuição no campo da psiquiatria e medicina social, inclusive na área que viria a se consagrar sob o nome de *epidemiologia* (Jacobina & Carvalho, 1998).

Sem contar com a atuante participação de Juliano Moreira, que deixara a Bahia no ano anterior (1903) para assumir a direção do serviço federal de assistência aos alienados, Nina fez suas críticas sobre as condições assistenciais do hospício, que ele conhecia muito bem⁷⁷, não apenas através da imprensa médica, mas também nos jornais da época,

⁷⁷ Nina Rodrigues, “lente” de Medicina Legal, passou a frequentar com seus alunos o asilo de alienados, a partir de 1898 (SCMB.Campos,1899:7). Em 1899, Nina fez parte de uma comissão criada pela Provedoria para estudar reformas para o asilo. Também fazia parte dessa comissão o Prof. Anísio Circundes, que tinha sido o último diretor médico da instituição, há dezoito anos atrás (*Idem*, 1901, p.6-7). Entre as propostas dessa Comissão estava a da transferência de local do hospício (p.7).

como o “Jornal de Notícias” (Nina Rodrigues, 1905: 165). Naquele início de século, dois fatos vieram a agravar aquelas já precárias condições: 1º - a transferência de 42 alienados, ‘removidos’ da Casa de Correção no primeiro biênio do século XX (ASCMB. Campos, 1903, p. IV); 2º - a recusa em 1904 do governo estadual em pagar as diárias de alienados, como tinha feito até então (ASCMB, vol. 106, f. 225). Porém, segundo o testemunho do Mordomo Oliveira Castro, no seu relatório para o biênio 1903/04, os doentes não sofriam a mínima necessidade, sendo tratados com caridade, alimentados convenientemente e vestidos com decência (ASCMB. Campos, 1905: 31).

No entanto, as críticas públicas de Nina Rodrigues, em 1904, segundo a qual a má qualidade da assistência comprometia o ensino realizado no asilo, levaram a Faculdade de Medicina, sob a direção do Prof. Alfredo Brito, a designar uma comissão para apurar os fatos. O diretor da Faculdade de Medicina, Alfredo Brito, era o mesmo que, na presidência da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia, tinha constituído a comissão de 1895, com Aurélio Vianna, Tillemont Fontes e Juliano Moreira. Para esta Comissão da Faculdade, o diretor não contava mais com Juliano Moreira, mas teve também desta vez importantes colaboradores. Como referido antes, no item sobre o ensino no asilo, deste mesmo capítulo, fizeram parte da Comissão o Prof. João Tillemont Fontes, titular da cadeira de Psiquiatria, que, por motivos de saúde, foi substituído pelo assistente, Luiz Pinto de Carvalho, o Prof. Antônio Pacífico Pereira, catedrático de Anatomia patológica, ex-diretor da Faculdade (1895-98) e redator-chefe da Gazeta Médica, e como relator, a presença destacada de Nina Rodrigues, catedrático de Medicina Legal.

A comissão elaborou um importante documento intitulado “Assistência médico-legal aos alienados no Estado da Bahia”, considerado por Aristides Novis em 1923, como um paradigma a ser seguido (Ver Oliveira, 1974: 15). A Gazeta Médica da Bahia, no mesmo mês em que Nina foi sepultado, em agosto de 1906, num artigo de homenagem póstuma que descreve sua trajetória acadêmica e científica, diz: “*Seu ultimo labor scientifico foi dedicado á causa dos alienados na Bahia, tendo sido relator da Comissão encarregada pela Congregação da Faculdade de estudar a organização do ensino da clinica psiquiatrica*” (Professor..., 1906: 62).

O documento, que tinha a marca, o estilo de Nina, não se limitou a analisar o ensino de psiquiatria no asilo; não só fez um diagnóstico da assistência que era prestada naquele asilo de alienados (“o que ela é”), como também elaborou uma proposta (“o que ela

pode e deve ser”), sugerindo além de reformas no São João de Deus, outras modalidades de cuidado como as colônias agrícolas, muito em voga na época, a assistência familiar, como a experiência de Franco da Rocha em São Paulo, e um espaço específico para o louco delinqüente, entre outras (Nina Rodrigues, 1905).

O destaque aqui será dado ao estudo sobre as condições dos alienados do Asilo de São João de Deus, particularmente sobre a ocorrência de surtos de impaludismo e beribéri.

O alienado e as epidemias no asilo

Em relação à malária, o relatório considerou que houve uma significativa diminuição, pois, nos dados de mortalidade dos anos de 1897 a 1904, foram encontrados 17 óbitos pelo impaludismo nesses oito anos, “com uma média de 2,12 óbitos por ano”, enquanto que só no período de jul.1875-jun.1876 foram registrados 10 óbitos e, em jul.1876-jun.1877, 4 óbitos. Nesses dois anos citados por último, encontraram-se também registros de morbidade que revelavam a ocorrência de 48 casos da doença. No período 1897-1904 não foram computados dados de morbidade, possivelmente em função da ausência dos médicos na direção do asilo. Entretanto, mesmo considerando-se apenas os registros de mortalidade, pode-se afirmar que houve uma diminuição da freqüência da doença, tendo o relatório chamado a atenção para o fato disto ter sido um fenômeno espontâneo e não produto de uma intervenção saneadora. Sabemos que a companhia de bonde, sob pressão da opinião pública, drenou as águas represadas do Dique do Tororó (Silva Lima, 1877).

O mesmo não aconteceu em relação ao beribéri, que apresentava freqüentes surtos epidêmicos, o que levou o professor de Medicina Legal a fazer uma cuidadosa pesquisa nos registros, desde o ano de fundação do asilo. Antes de discutir a investigação do beribéri no asilo por Nina Rodrigues, é importante registrar um estudo anterior e pioneiro na Bahia sobre essa doença.

O caso de beribéri mais antigo foi registrado na Bahia em 1863 pelo Prof. Silva Lima (1867). Nesse famoso estudo, apresentado em vários números da revista *Gazeta Médica da Bahia*, o autor observou que a doença, “caracterizada por paralisia, edema e fraqueza geral” (*Ibidem*, p.110), de início esporádica, passou a ter uma freqüência progressiva na Província. No Asilo S. João de Deus, o primeiro caso registrado foi em 1877. Posteriormente, a freqüência aumentou e chegou a registrar um surto de beribéri no

período de 1882-84, sendo que, no relatório de 1895, já constava o predomínio da forma crônica da doença (Vianna, Fontes, Moreira, 1895: 17).

Silva Lima (1866, 1867), nesse seu trabalho original, não só ofereceu os elementos de confiabilidade para o diagnóstico clínico (*Idem, 1866*), como também chegou a afirmar em relação às causas da doença, ainda desconhecida, a seguinte conclusão na parte final de seu estudo:

“Sem presumir cousa alguma theoreticamente acerca d’este ponto, isto é, sem sahir do dominio dos factos, direi que a doença não pareceu diffundir-se por contagio ou infecção, e sim depender de causa morbifica largamente espalhada, de circunstancias, ou condições hygienicas geraes desconhecidas” (*Idem, 1867: 270*; grifo nosso).

Nina Rodrigues esteve atento às sutis observações do médico português da Escola Tropicalista. Depois de fazer o levantamento dos anos iniciais do Asilo, ele passou a analisar os dados relativos ao período mais próximo a 1904 (ver abaixo na Tabela 4).

TABELA 4 - MOVIMENTO DE ALIENADOS NO ASILO SÃO JOÃO DE DEUS, COM O NÚMERO DE ÓBITOS E INDICADORES DE MORTALIDADE POR BERIBÉRI - 1897-1904.

A N O	EXISTENTE (A)	ENTRADA (B)	A + B	SAÍDA					
				Alta	Óbito	Taxa Morta- lidade *	Óbito p/ Beri- béri	Mort. prop. p/ Beribéri **	Tx Mort p/ Beribéri ***
1897	123	67	190	26	42	22,1	5	11,9	2,6
1898	122	56	178	26	16	9,0	0	0	0
1899	196	58	254	20	45	17,7	11	24,4	4,3
1900	129	55	184	25	19	10,3	2	10,5	1,1
1901	140	124	264	44	43	16,3	7	16,3	2,6
1902	177	107	284	37	99	34,9	34	34,3	12,0
1903	148	96	244	32	75	30,7	32	42,7	13,1
1904	137	43	180	30	86	47,8	58	67,4	32,2

A = nº existente de asilados no 1º dia do período; B = nº de entradas de alienados durante o período

* Taxa de mortalidade = nº de óbitos / nº existente + entradas x 100,.

** Mortalidade proporcional por beribéri = nº de óbitos por beribéri / total de óbitos x 100.

*** Taxa de mortalidade por beribéri = nº de óbitos por beribéri / nº existente + entradas x 100.

FONTE: Jacobina & Carvalho, 1998, com base na tabela de Nina Rodrigues (1905: 425).

O interesse desse estudo prende-se não somente ao fato dele ter levantado dados que permitiram a descrição do fenômeno, mas também por ter buscado uma explicação que se contrapunha às concepções existentes sobre a gênese da doença.

A questão levantada por Nina Rodrigues (1905) era a seguinte: o beribéri depende das condições ambientais do estabelecimento e da própria Quinta da Boa Vista ou é consequência de “*defeitos materiais e administrativos do Asylo?*”(p.424). Por condições ambientais entendia-se o meio capaz de proporcionar a difusão de um agente infeccioso, ao qual se atribuía a causa da doença.⁷⁸ Ao postular a possibilidade de que problemas materiais e administrativos do Asilo poderiam ser os fatores determinantes, Nina Rodrigues apontava para a necessidade de se levar em conta as condições de vida no interior do Asilo.

Investigando o fenômeno em dois aspectos, a ocorrência de surtos e de casos esporádicos, Nina Rodrigues respaldou-se nos dados apresentados na Tabela 4, para afirmar que o fator capital no desencadeamento da epidemia era a “*criminosa superaglomeração dos doentes naquele estabelecimento*” (*Ibidem*, p.424). Considerou que a mortalidade geral observada na população de alienados, “*tem disso o fiel, que vae impedindo o acréscimo das aglomerações*” (*Ibid.*, p.425). Até 1901 verificou-se um comportamento pendular na taxa de mortalidade, contrabalançando o aumento do número de pacientes. Dessa data em diante, as entradas se elevam progressivamente (55 em 1900 para 124 em 1901) e a mortalidade geral dobra ou triplica. Logo em 1902 sobrevém o início dessa nova epidemia de beribéri.

“Nesse e no anno seguinte mantendo-se a mesma entrada elevada, a agllomeração exaggera-se ainda pela diminuição dos alojamentos com o estado de ruínas do dormitório. E então neste anno (1904), a mortalidade pelo beri-beri attinge o fastigio, reduzindo a população do Asylo a quasi metade” (*Ibidem*).

Demonstrada a correlação existente entre o aumento da população asilar e a elevação subsequente da taxa de mortalidade, o pesquisador partiu para investigar especificamente o beribéri. Disponha para tanto de um verdadeiro “experimento

⁷⁸ Vale ressaltar que, na época, com o crescente predomínio da concepção microbiana, estava em franco declínio a concepção miasmática das doenças, inclusive a variante de Von Pettenkofer, de grande aceitação até então (Vandenbroucke *et al.*, 1991, p. 969). Assim, declinava o papel dos miasmas na gênese do beribéri e ascendia sua provável origem infecciosa, sendo poucos os que levantavam a hipótese carencial.

natural” que lhe permitiu refutar as hipóteses prevalentes na época. Assim, contestou a influência das “condições ambientais” apontando que na população que morava nos arredores do Asilo, geralmente em precárias habitações, “*mal situadas, algumas no declive da montanha entre o Asylo e o braço do Dique (...), outras tão próximas do Asylo*” (*Ibid.*, p.426), não havia relato de um só caso de beribéri. O próprio Nina Rodrigues visitou casa por casa, obtendo a confirmação das famílias que moravam no local, algumas há mais de 6 anos: “*E no entanto, dentro do Asylo, situado no alto da collina, batido de vento de todos os lados, cercado de declives, que devem dar facil escoamento ás aguas phluviaes, o beri-beri assola e dizima os loucos*” (p.426).

Afastadas as condições externas, refutando completamente a teimosia de algum remanescente da concepção miasmática, o professor passou a investigar as condições existentes ao interior do Asilo, onde teria de enfrentar a possibilidade da ‘difusão por contágio ou infecção’, que os estudos do mestre Silva Lima (1867) já tinham posto em questão. Ele constatou que, ao longo dos vários anos, o beribéri apresentava-se nos loucos, mas raramente acometia os funcionários. No ano de 1904, quando dois terços dos 180 alienados adoeceram por beribéri, apenas em um dos funcionários do Asilo foi diagnosticada esta doença. Entretanto, ele já a apresentava quando veio do interior para trabalhar no asilo. A esta altura, Nina não podia sustentar que esta misteriosa doença fosse contagiosa, desde que acometeu a grande maioria dos alienados, mas não foi transmitida para os funcionários, inclusive aqueles mais simples, com contatos freqüentes e prolongados com a população asilada. Então, Nina formulou a sua hipótese:

“Diante destes factos, que difficilmente se conciliam com doutrinas pathogenicas do beri-beri (...) devemos concluir que é nas condições higienicas dos compartimentos occupados pelos loucos, na sua alimentação, etc, que se terá que procurar a explicação, ainda hoje desconhecida, da produção da molestia. (Nina Rodrigues, 1905: 427; grifos nossos).

Na frente de seu tempo, o pesquisador chegou a levantar a hipótese da verdadeira etiologia do beribéri. O trabalho clássico de Fletcher, feito num manicômio de Kuala Lumpur, na Malásia, que demonstrou a relação entre a ocorrência do beribéri e a alimentação, foi realizado de 5 de dezembro de 1905 a 31 de dezembro de 1906 e publicado pela primeira vez em 1907 (Fletcher, 1993), portanto dois anos depois de de Nina.

Fletcher, responsável pela experiência conclusiva do caráter carencial da doença, foi influenciado pelo trabalho de Leonard Braddon que, em 1901, notou uma diferença de incidência do beribéri na Malásia, entre os migrantes chineses (severamente afetados) e hindus (raramente), relacionada com a dieta à base de arroz. Braddon, inspirado na “teoria do germe”, achou que o arroz branco continha algum tipo de fungo que produzia a doença (López Cervantes, 1993). Fletcher estabeleceu as alternativas de que o arroz branco (siamês) podia conter “algum veneno” ou existiria “alguma substância essencial para o corpo humano” ausente nele e presente no arroz hindu (Fletcher, 1993, p.432). Demonstrou com clareza que o risco de adquirir a doença não dependia do lugar de residência, como afirmava Sir Patrick Manson (*Ibidem*, p.429) e obteve nesse brilhante “experimento” a evidência de que o tipo de arroz na dieta podia induzir ou curar a doença no mesmo indivíduo. Merece registro o estudo do japonês Takaki (1906), que considerou o beribéri uma deficiência protéica na dieta. Em 1910, Frazer e Stanton estabeleceram que a doença era um transtorno do metabolismo e o polonês Casimir Funk elaborou, em 1912, a teoria das vitaminas e relacionou o beribéri entre as avitaminoses. Por fim, R.R. Williams, em 1933, isolou a tiamina ou vitamina B1 (López Cervantes, 1993).

Vale aqui um paralelo com o trabalho de Nina Rodrigues: Juliano Moreira (1907) cita um relatório do Governo do Pará, onde o Asilo da Santa Casa dessa unidade federada do norte vinha apresentando uma mortalidade alta, principalmente por beribéri, desde 1896 até 1903, quando passou para a administração direta do Estado. Como Belém não apresentava epidemia da doença e o asilo estava num “bairro reconhecidamente sadio”, as autoridades sanitárias identificaram a causa nas más condições de instalação da sala de banhos”. Fizeram duas novas salas para a “balneoterapia” e com essas medidas o beribéri desapareceu do asilo. O curioso é que mais adiante no relatório constava também uma nova medida, que os autores não relacionavam com o declínio da epidemia, onde “*de par com a mais ampla liberdade, foi o regimen alimentar modificado, sendo o ‘menu’ variado, quanto possivel, e entrando nelle grande copia de alimentos vegetaes*” (Moreira, 1907: 431).

Depois desse exemplo de antolho paradigmático, que impediu as autoridades asilares do Pará de ver outros determinantes, retornemos ao trabalho de Nina Rodrigues (1905). Ele também analisou a ocorrência de casos esporádicos, constatando que a distribuição do

beribéri pelas várias “freguesias” da cidade, coincidia com a existência de instituições similares ao asilo no que diz respeito ao usuário e às características de confinamento e ‘superaglomeração’ (*Ibidem*, p.424). Ou seja, o maior número de casos ocorria nas *freguesias* (bairros) de Brotas (onde situava-se o Asilo São João de Deus), Sant’anna (presença do Hospital de Caridade Santa Izabel) e Mares (localização da Penitenciária).

Para além da importância histórica de que se reveste o trabalho de Nina Rodrigues, é necessário ressaltar a pista que ele nos fornece no sentido de se entender o porquê da mortalidade elevada no Asilo São João de Deus. Na medida em que crescia o número de alienados na situação de confinamento e, simultaneamente, ocorriam crises financeiras, possivelmente dava-se uma queda na quantidade e qualidade dos alimentos fornecidos aos alienados, o que responderia pela ocorrência de epidemias de doenças carenciais, como o caso do beribéri.

Os loucos eram, portanto, vítimas de doenças como o impaludismo, a “*diarrhœa septica*” e o beribéri, que periodicamente *dizimavam* grande quantidade da população do Asilo. Isto tinha, inclusive, um significado maior, que era o da correção do desequilíbrio entre o crescente número de alienados e a escassez de meios para mantê-los vivos. Embora não se admitisse explicitamente esse papel corretivo das epidemias, os críticos do Asilo, como Nina Rodrigues, não o deixavam de assinalar:

“Não fosse este sorvedouro de loucos, poder-se-hia pensar, o numero d’elles se teria elevado tanto que o Governo já se havia de ter visto compellido a dar-lhes uma assistencia regular; de facto, desde que o numero d’elles sobe, dá-se a agglomeração, uma das molestias reinantes adquire o character epidemico, esvasia o asylo que assim abre margem para nova fornada de condemnados” (apud Prager, 1919: 35-6).

Podemos avançar na interpretação desses fatos, considerando que uma determinada parcela de alienados equivalente à maioria da população asilar, não dispo de um poder contratual (ou *status* social), em decorrência da sua origem de classe, era reclusa por razões sociais no Asilo e acabava, na prática, sendo fisicamente excluída (era freqüente o número de óbitos ser maior que o de alta, conforme se observa nas tabelas 2 e 4).

O beribéri funcionava como o mediador das finalidades não manifestas da prática asilar, ao realizar a extinção física daqueles que já haviam sido excluídos socialmente, de início na condição de escravos ou “desvalidos”, e depois, enquanto trabalhadores “livres”, sub ou desempregados, que constituíam um excedente estruturalmente determinado.⁷⁹ Operava-se a reclusão e até a extinção física daqueles submetidos à dupla exclusão, pelo fato de serem *improdutivos*, ou seja, parte do excedente tornado desnecessário para a economia dominante e *loucos*, expressão da irracionalidade que ameaçava a ordem constituída.

Afinal, numa sociedade dominada pela racionalidade e produtividade, a loucura ficaria completamente à sua margem, se não fosse a teimosa “desordem”, a sua potencial transgressão. Daí, sua reclusão nas Casas de Correção, nos porões da Santa Casa e posteriormente no Asilo. Nesse último, a Medicina, já também mental, se propôs a restituir a razão e obter a produtividade do alienado, além de manter a exclusão.

A “laicização” do Asilo da Santa Casa

Em relação às propostas que o relatório de 1905 trazia, o próprio Nina Rodrigues sabia que elas não conseguiriam se efetivar, nem para a assistência nem para o ensino⁸⁰ pois, tendo como pano de fundo uma grave crise financeira, era praticamente irreversível o conflito da SCM com o Governo. Mas Nina foi instado por Juliano Moreira a defendê-las. A aprovação do documento serviu para gerar no ambiente acadêmico um movimento favorável à avocação do asilo pelo Estado.

Um exemplo disso foram os protestos dos estudantes de medicina, endossando as teses de Nina e pedindo melhoramentos no hospício. A Santa Casa, através de sua Mesa, respondeu aos alunos em ofício alegando ser apenas uma administradora de uma

⁷⁹ Não parece ser por acaso que, no asilo, o período imediatamente anterior e seguinte à abolição da escravatura tenha sido terrível para os asilados (tabelas 2, 3 e 4), pois, mesmo lá fora, a vida de uma expressiva parcela dos “africanos” e descendentes não valia *economicamente* mais nada. A “libertação” deve ter custado caro. Para muitos, a própria vida.

⁸⁰ Numa seção anterior deste capítulo referimos sobre sua proposta para o ensino de Psiquiatria com a criação de um serviço especializado em anexo ao hospital geral (Nina Rodrigues, 1905: 175). Estava na frente de seu tempo, pois, reafirmemos, essa proposta aguardou meio século para se tornar realidade, e as aulas práticas continuaram exclusivamente no manicômio até meados da década de 50.

instituição falida pela omissão do Governo no pagamento de seu compromisso assumido por contrato (ASCMB. Campos, 1909: 6-7).⁸¹

Afirmando ser em consequência deste movimento dos acadêmicos (*Ibidem*, p.7), em sessão da Mesa de 10 de junho de 1908, a Misericórdia resolveu pela rescisão do contrato com o Estado, sob o pretexto da pouca participação financeira oficial na manutenção do estabelecimento. Parece ter sido mais um jogo de cena, pois a Junta, logo em seguida, deliberou aguardar, na esperança de manter a instituição e torná-la rendosa ou, pelo menos, cedê-la reavendo parte dos créditos de dívida que julgava possuir.

Diante das pressões médicas, o novo Provedor Fillippe Daltro de Castro alegava razões econômicas para o não preenchimento do cargo de diretor médico, como previsto no contrato com o governo (ASCMB. Castro, 1911: 11). Há uma nítida mudança discursiva entre o mordomo do Asilo na gestão anterior, José d'Oliveira Castro, que mereceu a confiança do Provedor, Manoel Campos de 1892 a 1908, e essa provedoria de 1909-10. No relatório do biênio 1905-06, o mordomo Oliveira Castro dizia que “*os melhoramentos feitos dão ao Hospício S. João de Deus um aspecto menos triste e mais consentaneo com os principios da caridade*” (ASCMB. Campos, 1907: 34). No relatório de Daltro de Castro, ele defende reformas no asilo “*nas condições reclamadas pela sciencia*”, entre elas, como urgente e imprescindível, a nomeação de um médico “*de competencia comprovada em estudos psychiatricos para direcção superior do serviço sanitario do Hospício*” (ASCMB. Castro, 1911: 11; grifos nossos).

Nesse relatório encontramos um exemplo de como um testemunho voluntário pode tentar reescrever a história, do seu ponto de vista, lembrando-nos uma máxima nietzscheana, segundo a qual ‘boa consciência é sinal de péssima memória’. Disse o Provedor Daltro de Castro:

⁸¹ Diz o officio de 29.05.1908: “*A assistencia publica, bem o sabeis, é um dever do Estado e do Municipio. É hoje principio fundamental na legislação dos paizes cultos que a assistencia aos pobres e aos enfermos seja prestada pela comuna ou municipio de sua residencia (...) Entre nós, o principal orgam de assistencia publica é a Misericordia (...) [que] administra actualmente, alem do Hospital Santa Isabel, o Asylo de Orphãos e Cemiterio [do Campo Santo] que lhe pertencem, mais o Hospicio de S. João de Deos, o Hospital dos Lazaros eo Asylo de Mendicidade, que pertencem os dois primeiros ao Estado e o ultimo ao Municipio, em virtude de contractos, nos quaes estes se obrigaram ao pagamento de diarias ou de subvenções annuaes (...) Infelizmente, porem, o Estado e o Municipio não têm nos ultimos annos effectuado o pagamento das prestações vencidas, de modo que a Misericordia é actualmente credora do Estado (...) e do Municipio. Nestas circunstancias lhe seria absolutamente impossivel emprehender a reforma que ella [Santa Casa] reconhece necessaria e imprescindivel, radical e completa no Asylo de S. João de Deos (...)*” (ASCMB, vol. 107, f. 41-42).

“Era director, bem recordamos, um dos mais bellos talentos entre os medicos e, actualmente, dos mais distintos cathedaticos de nossa Faculdade de Medicina, o Dr. Anisio Circundes de Carvalho, que foi exonerado inoportunamente, sendo substituido por um estrangeiro viciado em extremo, o que obrigou ao Provedor a também dispensal-o do emprego, indevidamente exercido” (Ibidem, p. 11).

Se o jovem Anísio Circundes não tivesse se tornado um dos mais distintos catedráticos teria merecido, mesmo tardiamente, esse reparo? Infelizmente a análise histórica não responde a todas as questões.

O retorno da direção médica no Asilo da Santa Casa

O esforço de aproximação da Santa Casa de Misericórdia com os médicos não ficou só no plano retórico. Em março de 1911, o Provedor Theodoro Teixeira Gomes nomeou o Dr. Eutychio Leal, que assumiu a direção do hospício em 1º de abril de 1911. Porém, mantinha as mesmas prerrogativas para os dirigentes da Santa Casa em relação ao trabalho do diretor médico, como por exemplo, a de resolver sobre a admissão dos doentes (ASCMB, vol. 107, f. 318).

A Santa Casa tentou neutralizar a oposição médica. Porém, naquele momento, uma administração médica para o hospício não era suficiente, uma vez que as lideranças médicas - da Faculdade e da associação profissional -, reivindicavam a direção médica numa administração estatal direta. Assim, a nomeação do Dr. Eutychio Leal, profissional respeitado entre os colegas, não arrefeceu os ânimos da luta pela ruptura com a Santa Casa.

As ameaças de rescisão da Santa Casa tinham produzido um efeito contrário ao esperado, gerando grande descontentamento e pondo a opinião pública, alimentada pela imprensa, a favor da desvinculação da Irmandade do Asilo. Quando, em 1911, o Provedor informou ao governador que tinha apresentado à Junta a proposta de devolver o hospício, a decisão foi divulgada na imprensa. O “Diário da Bahia” publicou uma matéria, em 12 de novembro de 1911, onde concluía que o contrato da SCM e o Governo não tinha sido bom para os loucos. Constatava que, quase quatro décadas depois de criado o asilo, os alienados ainda não estavam reunidos naquele nosocômio, muitos ainda aprisionados como criminosos, outros nos asilos de indigentes. O artigo lembrava a crítica de Manoel Vitorino, em 1881, a continuidade da campanha por Nina Rodrigues em 1905 e, no final, defendia que o Governo chamasse a si o serviço ou

deixasse sob a administração da Santa Casa, garantindo todas as condições reclamadas (ASCMB, vol 108, f.19).

Cabe aqui discutir com mais detalhe qual era a principal reivindicação da Santa Casa. O contrato celebrado em 1873 obrigava a SCM a assumir as despesas do asilo e internar até vinte alienados. O Governo assumia os indigentes acima desse número e poderia realizar obras no patrimônio com autorização do poder legislativo. Já foi referido o endividamento da SCM com os bancos para as reformas iniciais. É possível que a Irmandade esperasse um retorno rápido, com repasse de verbas governamentais e ganhos com pensionistas particulares e uso do alienado como mão de obra. De acordo com a análise do provedor Theodoro Teixeira Gomes (gestão 1911-12), na qual ele fazia um levantamento das receitas e das despesas desde a fundação do asilo, em 1869, passando pela inauguração em 1874 e seu funcionamento até aquele ano (1911), havia um déficit histórico em favor da Santa Casa.

TABELA 5: RECEITAS E DESPESAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
COM O ASILO DE SÃO JOÃO DE DEUS - 1869/1911

Item	Valor (Réis)
RECEITAS	
Pensionistas pagos pelo Governo	935:694\$000 **
Legados diversos e renda própria do Asilo*	349:127\$830
Juros de apólices do patrimônio	171:876\$900
Loterias concedidas pelo Governo	61:720\$000
Total	1.486:418\$730
DESPESAS	
Sustento dos loucos, roupas, farmácia e pessoal	1.615:387\$660
Obras (Pavilhão, Casa-forte, cozinha, banheiro etc.)	315:618\$920
Juros bancários por empréstimos	184:102\$400
Total	2.115:108\$980
R - D	- 628:690\$250

*Arrendamento de terras, venda de produtos da fazenda, pensionistas particulares.

** Há pequenas diferenças entre os dados impressos (ASCMB. Gomes, 1913: 132) e os manuscritos (ASCMB, vol. 107, f. 332v-333). Optou-se pelos impressos. Nesses, o valor de receita dos pensionistas pagos pelo Governo aparece com o valor de 935:694\$090. Como a diferença é irrisória, corrigimos o valor para 935:694\$000, compatível com as operações seguintes, parecendo claramente um erro de impressão.

Fonte: Dados extraídos do relatório referente ao ano de 1911 (ASCMB. Gomes, 1913: 132).

Conforme os dados apresentados (ver tabela 5), descontando do déficit total - de mais de 628 contos de réis - um valor em torno de 164 contos, referentes às subvenções que o governo assumia pagar, ainda ficava um déficit de mais de 464 contos de réis (ASCMB. Gomes, 1912: 132; vol.107, f.323v). Bastos (1985:75-76) dividiu essa despesa histórica pelo número de anos (41 anos de 1869 a 1911) e observou que, em média, a SCM despendeu dos seus cofres acima de onze contos de réis para a manutenção do asilo, embora a Irmandade tenha argumentado, desde que assumiu o asilo, que só poderia despende oito contos de réis anuais.

A questão parecia estar num plano mais político que financeiro. Como a Administração Central da SCM suspendeu uma significativa subvenção anual (25 contos de réis) para o Asilo, desde 1886, e mesmo com os atrasos no repasse dos recursos do governo provincial e depois republicano estadual, o asilo era praticamente financiado com recursos estatais (Bastos, 1985: 82), principalmente a partir de 1890. Assim, não era difícil para o governo “chamar para si” um serviço que, na prática, era ele quem financiava.

Da leitura do Relatório também se extrai a agudização do conflito entre a Santa Casa e o Governo, expressa na crítica acirrada do provedor:

“em lugar de procurar melhorar o estado deploravel em que se acha o Hospicio afim de n'elle serem recolhidos aquelles que carecem melhorar a sua infeliz sorte... lembra-se o Governo de esbanjar os dinheiros publicos pela forma porque se tem visto, como é publico e notorio, ou empregal-os sem grande utilidade” (Praguer, 1919, p.63; grifo do autor).

A avocação do hospício S. João de Deus não aconteceu em 1911, devido às turbulências políticas que aconteceram naquele verão de 1911-12. Por divergências políticas, o governador João Ferreira de Araújo Pinho (1908-1911) renunciou ao governo, mas seu substituto legal, o deputado e presidente da Câmara Aurélio Vianna, foi recusado pela maioria do Parlamento estadual. Mesmo assim o novo governador assumiu o cargo e desafiou não só os adversários locais, mas o próprio governo federal, pois com a polícia ocupou o prédio onde funcionava o legislativo estadual e por decreto transferiu a capital para a cidade de Jequié. A oposição, liderada por José Joaquim Seabra, recorreu à justiça federal e obteve ganho de causa. O governador Aurélio Vianna manteve-se na

mesma posição, então o Juiz Paulo Pontes pediu garantias ao General Sotero de Menezes. No dia 12 de janeiro de 1912, aconteceu o bombardeio à Capital da Bahia, danificando vários edifícios do centro de Salvador (Tavares, 1974: 222-24).

Com a eleição realizada naquele mesmo mês de janeiro, venceu para o quadriênio de 1912 a 1916, José Joaquim Seabra, o J.J.Seabra, que, enquanto Ministro da Justiça e Negócios Interiores de Rodrigues Alves, em 1903, tinha levado Juliano Moreira para o serviço federal de assistência aos alienados.

A Junta da SCM aprovou uma proposta de negociação com o novo governo, demonstrando que não queria abrir mão do controle do Asilo, pelo menos sem antes receber a dívida que o Estado teria para com a Irmandade. A Santa Casa estava disposta a fazer um novo contrato, assumindo receber oitenta alienados, em vez de sessenta, como pensionistas do Estado. Mas deu o prazo até 30 de abril para uma solução definitiva, pois o Governador já tinha informado que precisava de uma autorização do poder legislativo para a renovação do contrato.

Para Novis (1923: 311), o governo de J.J. Seabra, empossado em 29 de março de 1912, diante de um relacionamento institucional conflitivo e pressionado pelas entidades médicas, em 29 de abril, um dia antes do prazo dado pela SCM, deliberou pelo controle direto do hospício, avocando ao poder público a responsabilidade do asilo, que foi feita formalmente através de decreto em 1º de maio de 1912 (Decreto nº 1095). No dia 4 de maio de 1912, na sala da Provedoria, com a presença de representantes do governo estadual, o provedor Theodoro Teixeira Gomes assinou o termo de entrega do Hospício S. João de Deus (ASCMB, vol. 157, f.129-131).

A Câmara de Deputados não só aprovou a mensagem do governador que relatava a avocação do asilo e dos outros estabelecimentos administrados pela Santa Casa, como também, através do parecer conjunto das comissões de saúde pública, justiça, obras públicas e constituição, criticou a Irmandade pela situação precária do asilo, lamentando o fato de tal medida não ter sido tomada há mais tempo, pois, entre seus argumentos, estava o de considerar “*com vantagens a administração pelo Estado, dando á assistencia uma feição compativel com os conhecimentos modernos e resultados obtidos à luz da sciencia*” (ASCMB. Gomes, 1913: 59-60).

Era o afastamento de uma instituição, cuja prática filantrópica, de inspiração religiosa, se mantivera permanentemente em conflitos com a prática médico-psiquiátrica. Era também a tomada efetiva da direção médica do asilo, agora em novas bases, pois os médicos acreditavam que, a partir daquele momento, eles poderiam levar adiante seus planos, que julgavam resolutivos para a questão da assistência aos loucos, nomeados na época não mais de “alienados” e sim de “psicopatas”. A “medicina mental” voltou ao Asilo São João de Deus, chamando-o primeiramente de Hospício e, duas décadas depois, de Hospital Juliano Moreira, substituindo o santo pelo sábio, um nome da Igreja por um da Ciência, numa evidência simbólica do processo de *laicização* do cuidado ao louco na Bahia (Jacobina, 1982).

Laicização aqui não é no sentido de exclusão da ação *direta* dos religiosos no cuidado aos loucos, como acontecia em vários asilos, com as irmãs atuando muitas vezes em confronto com a racionalidade médica. Essa ação foi desejada pela administração da Santa Casa, mas a Irmandade nunca conseguiu realizar esse intento no São João de Deus. Aqui o uso do termo “laicizar” é no sentido do fim de uma condução caritativa e filantrópica de uma instituição de inspiração religiosa, da Igreja católica, que dirigiu o asilo chegando até a prescindir de uma direção médica, sendo o médico uma presença eventual e secundária.

Agora, subordinada apenas a um Estado laico, que também lhe cobrava a exclusão da loucura, mas que lhe dava o poder de administrá-la no plano técnico, a Psiquiatria retomava seu rumo aos objetivos que se dizia predestinada, a “cura” da loucura. O tratamento do louco para torná-lo “sadio”, ou seja, dócil, trabalhador, disciplinado.

Quadro 4 - DIRETOR, ADMINISTRADORES E MÉDICOS DO ASILO SÃO JOÃO DE DEUS - 1874 / 1912

PERÍODO	DIREÇÃO / ADMINISTRAÇÃO	PERÍODO	MÉDICOS DO ASILO
Jun/1874 - Out/1877	Diretor e Médico: Demétrio Cyríaco Tourinho*	Jun/1874 - Ago/1877	Médico efetivo: Amâncio João Cardoso de Andrade*
Out/1877 - Dez/1879	Administrador e Médico: José de Teive e Argollo	Out/1877 - 1878	Médico efetivo: José Francisco da Silva Lima
Dez/1879 - Mar/1882	Administrador e Médico: Anísio Circundes de Carvalho*	1878 - 1880 1881 - Set/1884 1882	Médicos efetivos: José Luiz de Almeida Couto Augusto Freire Maia Bittencourt* Manoel Vitorino Pereira (Substituto)
Mar/1882 - Mar/1911	Administradores “Leigos” da Santa Casa de Misericórdia	1884 Set/1884 - 1893 1885 Mai/1894 - 1896 1896 - Out/1897 1897	Médico interino: Manoel Maria Pires Caldas Médico Efetivo: Lydio Pereira de Mesquita Médico Interino: Guilherme Pereira da Costa Médico gratuito: João Tillemont Fontes* Médico efetivo: João Luciano Rocha* Antônio Vitório de Araújo Falcão
Abr/1911 - Abr/1912	Administrador e Médico: Eutychio Leal		

* Médicos que se exoneraram do cargo ou foram afastados pela Santa Casa de Misericórdia por conflito com seus dirigentes (Provedores e Mordomos).
Fonte: Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Relatórios dos Provedores (1872-1912).

Quadro 5

PROVEDORES DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA (1869-1924)

Período	Mandatos	Nome do Provedor
Ano Compromissal (início em 2 de julho)	(Nº)	
1852-1853	01	Sr. Francisco José Godinho
...		
1869-1870	01	Sr. Manoel José de Figueiredo
1870-1871	01	Desembargador Antonio Ladislao de Figueiredo Rocha
1871-1872	01	Comendador Bernardo do Canto Brum
1872-1876	05	Conselheiro Manuel Pinto de Souza Dantas
1876-1877	01	Dr. Antonio Carneiro da Rocha
1877-1881	04	Dr. Francisco Rodrigues da Silva
1881-1887	06	Conde Joaquim de Pereira Marinho
1887-1892	05	Escrivão João Bernardino Franco Lima, no impedimento do provedor Barão do Guahy
1892-1893	01	Dr. Evaristo Ladislao e Silva
1893-1895	02	Comendador Manoel de Souza Campos
<hr/>		
Ano civil (1º de jan.)		
<hr/>		
1895-1908 *	07	Comendador Manoel de Souza Campos
1909-1910	01	Dr. Phillippe Daltro de Castro
1911-1914	02	Comendador Theodoro Teixeira Gomes
1915-1924	05	Isaías de Carvalho Santos

* Com a mudança do ano compromissal (com início em 2 de julho, aniversário da padroeira da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Santa Isabel) para o ano civil (com início em 1º de janeiro), em 31 de maio de 1896, o mandato nesse período de mudança foi excepcionalmente de 2 de julho de 1895 a 31 de dezembro de 1896.

ANEXO 1**ARQUIVO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA - ASCMB
DOCUMENTOS MANUSCRITOS**

1.1

Registro de pagamento do Tesoureiro da Santa Casa de Misericórdia ao mestre-de-obra Gabriel Ribeiro que construiu as “casinhas dos doidos”, no Hospital de Caridade, no início do século XVIII, quando o hospital funcionava na Misericórdia, junto à sede da Irmandade.

Em 20 de setembro de 1706 despendeu o d^o Tez^o, Franc^o João Lembroto, dezaSetemil e q^{tos}, q Recebeu o mestre Gabriel Rib^o da obra q fes nas cazinhas dos doudos.

Fonte: ASCMB - Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Livro de Despesa, vol.850, f. 254v, 1700-9.

1.2

Carta de 12 de Maio de 1853, do Provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia ao Provedor do Rio de Janeiro, remetendo vinte alienados para o Hospital de Pedro 2º, acompanhado de um enfermeiro da Irmandade.

Ilmº e Exmº Sen. José Clemente Pereira. Conselheiro d'Estado, Senador do Imperio e Provedor da Caza da Misericordia do Rio de Janeiro.

Fiz presente à Meza administrativa desta Santa Caza o officio que V. Exa. me honrou, datado de 8 de Abril corrente, e fui por ele authorizado para dignificar a V. Exa., da maneira mais positiva o seo profundo reconhecimento pela franqueza com que V. Exa. se presta a mandar receber vinte alienados, para serem tratados no piedoso e filantropico Estabelecimento de Pedro 2º, onde encontrarão as comodidade proprias, que aqui não tem o Hospital da Santa Caza, e talvez mesmo completo restabelecimento.

Aproveito pois esta occasião para remetter esses vinte infelizes pelo Patacho Confiança, sendo dez de cada sexo, constantes da lista nominal junta; cumprindo-me declarar a V.Exa., que se alguns delles tiverem a fortuna de restabelecer-se e quizerem voltar a esta Provincia, o Irmão Thesoureiro d'esta Santa Caza tem authorização para pagar os saques que se fizerem por causa das passagens de volta.

Aos infelizes alienados acompanha Anselmo José da Cunha, enfermeiro do Hospital da Santa Misericórdia, que tem de voltar na primeira occasião para o mesmo Hospital.

Bahia, Caza da Misericórdia, 3 de Maio de 1853.

Provedor Francisco José Godinho

Seguia em anexo a relação nominal dos vinte alienados enviados (f. 103v).

Fonte: ASCMB. Livro 8º de Registro, vol. 92, f.103-103v, 1852-56.

1.3

O Alvará com a descrição do Solar da Boa Vista, terreno e demais construções pertencentes à propriedade situada na estrada de Brotas, comprada pelo Governo da Província para ser o Asilo de São João de Deus.

“Uma propriedade nobre e de sobrado, sita na Fazenda ‘Bôa Vista’ na Estrada de Brotas, freguesia do mesmo nome, em terreno proprio, com cento e quatro palmos de frente, e cento e trinta e cinco de fundo, tem na sua entrada grande portão de ferro, com proporções para um jardim; no pavimento terreo tem duas salas de frente, sete grandes quartos, um grande salão que comprehende todo o fundo, grande cozinha, tem bôa capella dourada, com Imagens, paineis e mais utensilios; no segundo pavimento, sala de entrada, duas salas de frente, no fundo tres salas, tres grandes quartos e dous menores, tem grande mirante dividido em tres partes com grandes salões e toda de paredes dobradas e as divisões de frontaes singelos, avaliada em trinta e oito contos de réis. Uma casa terrea sita no quadrado na frente do sobrado, com oitenta e um palmos de frente, com porta e tres janellas, sala fechada, cozinha, edificada sobre pilares e frontaes de tijolos, avaliada em quinhentos mil réis. Uma dita de Campo sita no fundo do Sobrado com trinta e cinco palmos de frente, e cincoenta e sete de fundo, com a entrada por um lado, sala de frente, dous quartos, corredor assoalhado, sala de jantar terrea, toda circulada de janellas, e construida de paredes dobradas, as lateraes e divisorias de frontaes singelos e de adobes, avaliada em um conto e quinhentos mil réis. O terreno da Fazenda ‘Bôa Vista’ com frente de trezentos e oitenta e nove braças, que forma a entrada da propriedade, e contendo o restante do terreno cincoenta e oito mil cento e sessenta e seis braças quadradas, segundo informações, tem quatro grandes brejos, matas, arvorêdos fuctiferos, uma pradaria, duas fontes, divide pelo sul com terrenos do Doutor Evaristo Ladislão e de outros, pelo fundo com Dona Leopoldina Ramos, pelo norte com terrenos do conego Miranda, avaliada em vinte contos de réis”.

Fonte: ASCMB - Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, vol. 157, fls. 33v-35, 1869-1928.



Fig 12 – O Solar da Boa Vista, construído em fins do século XVIII, sendo seu primeiro proprietário Manuel José Machado. Em 1858, foi adquirido pelo Dr. Antônio José Alves, catedrático da FAMED e pai de Castro Alves. Em 1869 o Governo Provincial comprou o prédio para instalar o asilo de alienados, administrado pela Santa Casa de Misericórdia. O Asilo S. João de Deus foi inaugurado em 24 de junho de 1874. Solar suburbano apresentando dois elementos peculiares à arquitetura civil baiana do século XVIII: o mirante e o pátio. O mirante assumiu a forma de uma torre. Este elemento medieval é comum na arquitetura civil luso-brasileira (Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.2, jan.1918).

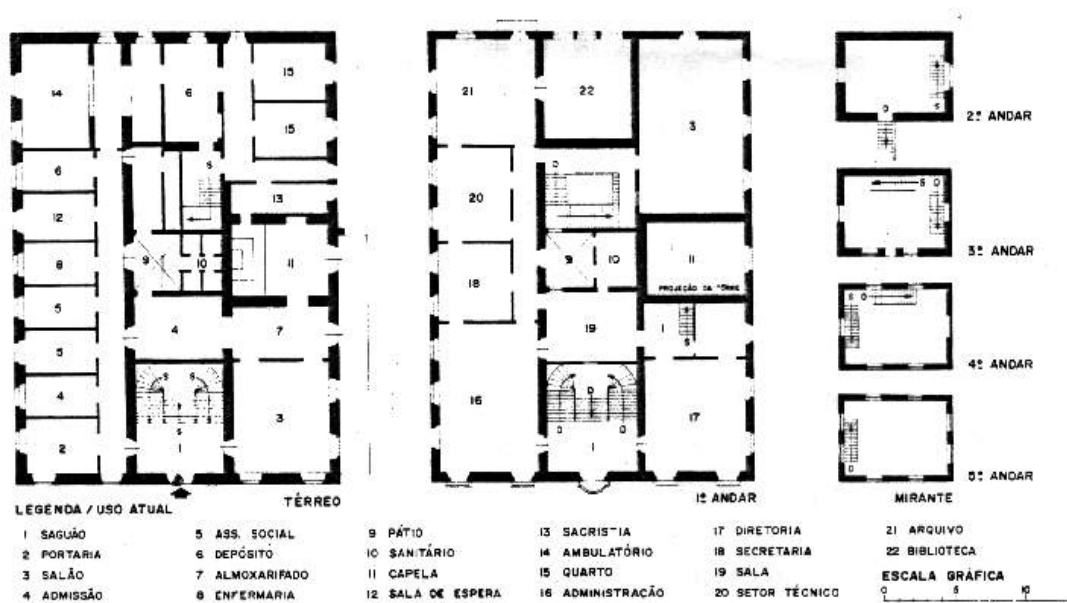


Fig 13 – As plantas do térreo, do pavimento superior e dos quatro andares do mirante do Solar da Boa Vista. Seu interior foi muito modificado para transformação em asilo de alienados. A capela foi deslocada para o pavimento térreo, provavelmente para possibilitar que escravos e agregados pudessem assistir a missa. Tem um saguão central com escadarias de três lances, que conduz ao pavimento nobre. Edifício de notável mérito arquitetônico (Fonte: IPAC-BA, 1975).

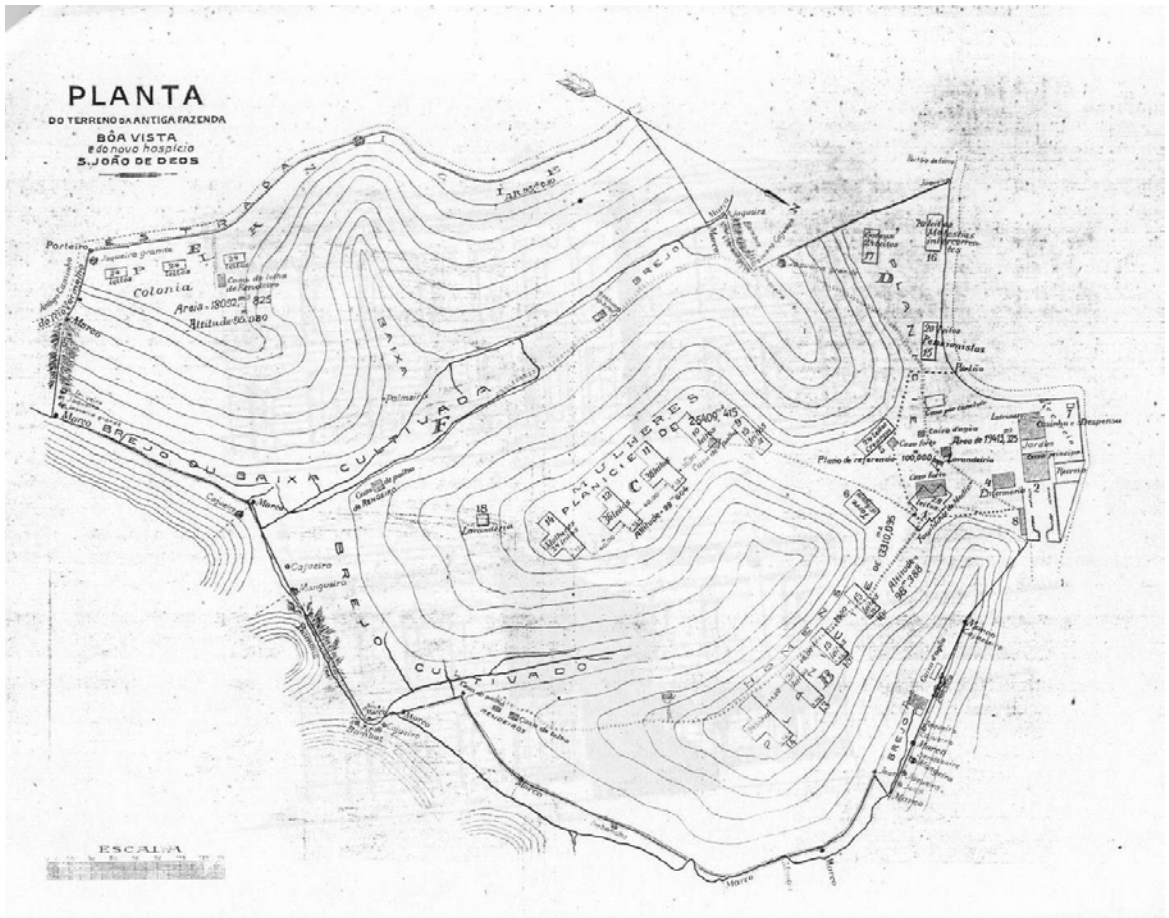


Fig 14 – Planta da Chácara da antiga Fazenda Boa Vista, apresentada no relatório de Raimundo Nina Rodrigues, Antônio Pacífico Pereira e Luiz Pinto de Carvalho (1905), com a proposta de reformas para o então Hospício S. João de Deus. Note-se, além do Solar, a proposta de pavilhões separados para homens, mulheres e, mais afastado, da colônia agrícola (Fonte: Nina Rodrigues, Pereira & Carvalho, 1905).



Fig 15 – As furnas do Hospital de Caridade (São Cristóvão) da Santa Casa. Grutas subterrâneas cravadas na própria rocha e guarnecidas de sólidas grades de ferro, onde eram internados os insanos, quando foram transferidos, em 1833, dos porões infectos da Misericórdia para essas enxovias no antigo Colégio dos Jesuítas no Terreiro de Jesus, prédio onde também funcionava a Faculdade de Medicina (Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.2, jan.1918).

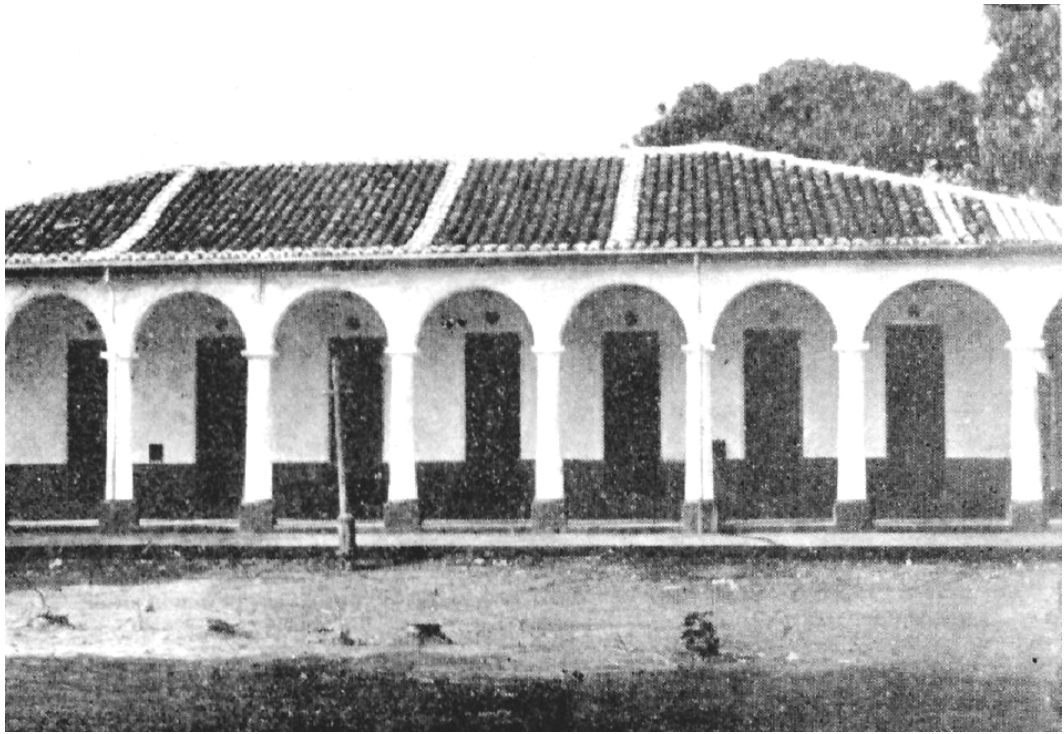


Fig 16 - Casa-forte, “enorme erro de pedra e cal”. Pavilhão celular, com 16 cubículos úmidos, estreitos, sem sanitário, onde os alienados satisfaziam ali mesmo suas necessidades. Foi construída na gestão do primeiro diretor, Demétrio Tourinho (1874-77) e demolida em 1913, na gestão de Eutychio Leal, com a ajuda dos doentes (Fonte: *Bahia Ilustrada*, v.2, n.2, jan.1918).



Fig 17 – Demétrio Ciríaco Tourinho (1826-1888). Lente catedrático de Patologia Interna (1871), foi o primeiro diretor do Asilo São João de Deus (1874-77). Em 1923 foi homenageado com o nome do pavilhão do Laboratório de Análise Clínica e Farmácia (Fonte: Oliveira, 1992).



Fig 18 – Silva Lima (1826-1910), um dos fundadores da Escola Tropicalista da Bahia e o principal idealizador da Gazeta Médica da Bahia. Foi médico clínico do Asilo S. João de Deus na gestão de Demétrio Tourinho, 1874-1877 (Fonte: Oliveira, 1992).

GAZETA MEDICA DA BAHIA

PUBLICADA

POR UMA ASSOCIAÇÃO DE FACULTATIVOS, E SOB A DIRECÇÃO
Do Dr. Virgílio Climaco Damazio.

Publica-se nos dias 10 e 25 de cada mez.

ANNO I

BAHIA 10 DE JULHO DE 1866

N.º 1.

SUMMARY.

I. INTRODUÇÃO. II. TRABALHOS ORIGINAES.—Illegitima publica-
1. Congresso sanitário inter-nacional: nenhum representante por
parte da medicina brasileira. II. Estado sanitario desta provincia, de
julho a maio de 1866. III. RESISTENCIA CLINICA.—1. Comunicação
entre a bexiga do fel e a bexiga urinaria com expulsão de calculos
bilhares pelas vias urinarias. II. Duas nevrologias na uretra, empec-

ço do bromureto de potasio, cura. IV. EXCERPTOS DA IMPRENSA
MEDICA ESTRANGEIRA.—I. Nota sobre a uretrotomia interna, a pro-
posito de dois casos de apertio organico da uretra curados por
esta operacão. Tratamento da diptheria pelo hyposulphite de soda.
V. NOTICARIO.

INTRODUÇÃO.

Incescent quotannis scientis, emen-
dantor quodlibet, et ad fastidium suum
optatim sensim consistique, plurimum
vitorum opera et studio junctis, fell-
citer properant.

TUYUENA.

A historia da imprensa litteraria da Bahia é mui pouco animadora para aquelles que, cedendo á tentação de escrever para o publico, se aventuram ainda pelas veredas do jornalismo, arriscando-se a engrossar o já crescido numero das tentativas mallogradas.

A imprensa medica principalmente, essa, podemos-lo dizer sem receio de contradicção, ainda está por nascer, apesar de mais de um esforço nobre e generoso, sem duvida, porém mal succedido, para lhe assegurar uma existencia positiva e duradoura.

Por duas ou tres vezes, n'esta provincia, se ensaiou a publicação de um periodico, exclusivamente consagrado ás sciencias medicas, sob os auspicios, e com a collaboração, de sociedades organisadas para esse fim; uma d'ellas chegou á dar á luz o primeiro numero de uma publicação mensal; outras nem isso conseguiram; abandonaram a ideia em projecto, e tambem desapareceram com ella sem que ficassem vestigios, sequer, de sua existencia. Porque? Seria cedo ainda então, selo-ha ainda agora, para inaugurar o trabalho scientifico e litterario da profissão medica entre nós? Estaremos condemnados a uma per-

petua inercia, limitando-nos, quando muito, a admirar os que trabalham e a invejar-lhes a gloria de levarem o seu tributo intellectual para a grande obra do melhoramento das condições phisicas e moraes do homem, pelo conhecimento da sua natureza, das suas necessidades, das suas dôres, dos seus vicios, das suas paixões e das suas miserias n'esse breve transito, a que se chama vida humana? Cremos que não. Não era cedo então, e ainda o é menos agora, para nos convencermos de que todos os operarios da sciencia têm obrigação de accrescentar o patrimonio commum na medida de suas forças e de seus talentos, e de transmitti-lo ás gerações porvir mais rico do que o herdaram de seus antepassados. Sem isso fóra impossível o progresso; nem a medicina houvera sahido nunca do cahos, em que jazeu por muitos seculos, se a luz de tantos e tão fecundos ingenhos lhe não tivesse allumiado o caminho, e alargado os horizontes.

Como o navegante, que nota minuciosamente os baixios desconhecidos, as correntezas periodicas, os parais occultos, em proveito de outros, que apoz elle se arriscarem pelas mesmas paragens, — assim aquelles, que exercem e cultivam a medicina, estão adstrictos a tornar conhecidos os resultados das suas investigações scientificas, da applicação dos principios á pratica de todos os dias, o modo porque os climas, as estações, e mil outras circunstancias influem na origem, na forma, na marcha, na duração e na cura das molestias, e finalmente a historia exacta e minu-

Fig 19 – Primeira página da Gazeta Médica da Bahia, de 10 de julho de 1866. Revista onde os médicos escreveram muitos artigos defendendo a criação do Asilo e Silva Lima divulgou os relatórios anuais da primeira gestão. Após a saída dos médicos da direção do asilo, foram publicados vários artigos com críticas à administração da Santa Casa (Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.3, fev.1918).



Fig 20 – Manoel Vitorino Pereira (1853-1902). Lente catedrático de Clínica Cirúrgica (1883), foi Mordomo e médico clínico do Asilo S. João de Deus. Na República foi um dos primeiros Governadores da Bahia (1889-90) e Vice-Presidente do Brasil (1894-98). Crítico da Casa-forte, que a considerou “um enorme erro de pedra e cal”, foi homenageado com o Pavilhão que a substituiu e que funcionou até 1966 como um manicômio judiciário (Fonte: *Bahia Ilustrada*,1918).



Fig 21 - Anísio Circundes de Carvalho (1856-1939). Foi o terceiro diretor médico do Asilo São João de Deus (1879-82). Com seu afastamento por divergência com a provedoria da Santa Casa, os médicos só retornaram a direção do hospício em 1911. Foi lente catedrático de Patologia Médica (1889). Foi homenageado em 1929, dando o nome ao antigo pavilhão Charcot (Fonte: Oliveira, 1992).



Fig 22 - Augusto Freire Maia Bittencourt (1847-1890). Médico clínico do Asilo S. João de Deus (1881-84), foi homenageado com o nome do Pavilhão—Colônia em 1929. Augusto Maia foi o primeiro Lente catedrático da cadeira de Clínica Psiquiátrica, tendo sido aprovado por concurso com a tese “Considerações clínicas a cerca da Paralisia Geral” , em 1886 (Fonte: Oliveira, 1992).



Fig 23 - João Tillemont Fontes (1860-1907). Lente catedrático de Clínica Psiquiátrica e Moléstias nervosas, em 1890, por nomeação baseada na Reforma Benjamin Constant (Fonte: Oliveira, 1992).



Fig 24 - Alfredo Tomé de Brito (1865-1909). Lente catedrático de Clínica Propedêutica (1893) e diretor da Faculdade de Medicina (1901-1908). Em 1916 foi homenageado dando nome a um pequeno pavilhão, que, em 1923, na gestão de Novis, foi ampliado e transformado no pavilhão de ensino da cadeira de Psiquiatria da Faculdade (Oliveira, 1992).



Fig 25 – Antigo Colégio dos Jesuítas, no Terreiro de Jesus, onde funcionava a Faculdade de Medicina e onde também ficou instalado, a partir de 1833, o Hospital de Caridade da Santa Casa, até 1893, quando foi inaugurado o Hospital Santa Isabel, em Nazaré. As aulas práticas da cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Médica eram dadas no Asilo S. João de Deus, depois Hospital Juliano Moreira (Fonte: *Bahia Illustrada*, v.1, n.1, dez.1917).

SUMÁRIO - VOLUME 2

PARTE III

O Manicômio do Estado da Bahia (1912-1947): De Hospício S. João de Deus a Hospital Juliano Moreira **209**

Capítulo 4 O Hospício S. João De Deus na Bahia da 1ª. República (1912-1930) **211**

4.1 A Expansão pavilhonar na “fase áurea” do Hospício 215

4.2 Do Alienismo ao Higienismo organicista:
o psiquiatra e os outros agentes do Hospício 236

4.3 O Cuidado aos psicopatas e degenerados no Hospício 260

Capítulo 5

De santo para sábio: o manicômio num contexto predominantemente autoritário (1931-1947) **298**

5.1. De Hospital São João de Deus a Juliano Moreira:
as mudanças institucionais para além do nome 302

5.2. Os agentes da Psiquiatria manicomial e seu instrumental bio-médico 351

5.3 - Fome, violências, doenças e mortes no Manicômio:
as condições de vida e saúde dos internados no Hospital Juliano Moreira 375

Considerações Finais **439**

Bibliografia **453**

PARTE III

O MANICÔMIO DO ESTADO DA BAHIA (1912-1947): De Hospício S. João de Deus a Hospital Juliano Moreira

Este período da história manicomial na Bahia tem como marco inicial o desligamento do Asilo de S. João de Deus da Santa Casa de Misericórdia, em 1912, analisado no capítulo anterior. Vimos que essa avocação do estabelecimento pelo Estado foi tardia, quase vinte e três anos depois da Proclamação da República, enquanto que tal processo se deu de modo quase imediato no Rio de Janeiro, no ano de 1890.

Essa demora do poder público baiano em assumir a administração do hospício pode ser compreendida, se levarmos em conta que, ao contrário das províncias do Sudeste-Sul, não havia um movimento republicano fortemente organizado nas regiões Nordeste e Norte do país. Foram os liberais e os conservadores da Monarquia que, numa política de acomodação, comandaram no novo regime político as unidades federadas fora do eixo Rio de Janeiro-Rio Grande do Sul, até o momento em que assumiram o poder lideranças nascidas no novo cenário republicano (Sampaio, 1998).

Assim, na Bahia, até 1912, quando J.J. Seabra chegou ao poder, foram os monarquistas conservadores, como Luiz Viana, Severino Vieira e José Marcelino de Souza (*Ibidem*, p. 234), que governaram o Estado e com seus seguidores comandaram a política paroquial naquela sociedade oligárquica. Só para citar um exemplo dessa permanência monarquista também no poder legislativo: o 3º Barão de São Francisco morreu em 1913, com 81 anos, ocupando a presidência do Senado estadual na Bahia (*Ibid.*, p.50).

Embora tardia, essa avocação do Asilo da Santa Casa pelo Estado republicano representou para os médicos a possibilidade da garantia de sua hegemonia no hospício, onde prometiam transformá-lo numa instituição sanitária, voltada para as finalidades manifestas de tratamento, cura e reabilitação dos alienados.

No período de 1912 até meados da década de quarenta, a ser estudado nesta Parte III, o Hospício S. João de Deus representava praticamente a psiquiatria baiana, pois era nessa instituição manicomial que eram desenvolvidas as práticas psiquiátricas, inclusive a forense, bem como o “ensino prático” da disciplina ‘Clínica Psiquiátrica’ da Faculdade

de Medicina da Bahia. Além disso, só em 1943, com a criação do Sanatório Bahia, apareceu uma instituição psiquiátrica particular de destaque, tirando do São João de Deus a exclusividade no internamento de pacientes particulares, os “pensionistas”.

O Hospício foi objeto de uma série de reformas nessa nova conjuntura, ampliando sua capacidade de internamento, além de algumas tentativas de práticas extra-muros, influenciadas pela Liga de Higiene Mental. Porém, apesar das inúmeras reformas, fundamentalmente voltadas para sua estrutura física, o manicômio continuava a apresentar seus momentos críticos no plano assistencial. Como marco final dessa conjuntura, na segunda metade dos anos 40, utilizou-se a intervenção do governo estadual no estabelecimento, diante de uma grave e prolongada crise, num contexto político favorável às mudanças, qual seja, o de redemocratização do país com a saída do regime ditatorial denominado de “Estado Novo” (1937-45).

Como procedimento analítico, estudaremos esta conjuntura em dois sub-períodos, seguindo a periodização da história política do país e da unidade federada: o do hospício na Primeira República, de 1912 a 1930, quando, apesar das crises, predominaram as reformas e o crescimento da instituição; e a conjuntura de 1930 a 1947, um período também de reformas e crises para o manicômio, até que, após o período autoritário, já na fase de reconstrução democrática, aflorou com mais visibilidade a gravidade da situação manicomial. Essa divisão é coerente com sua nova condição de hospício *estatal* do São João de Deus, submetido, portanto, às definições das políticas públicas dos governos baianos, tais como a política de assistência sanitária, a do funcionalismo, a de escolha dos dirigentes etc.

Os elementos de análise para os dois sub-períodos serão, primeiramente, o próprio dispositivo institucional - o hospício, enquanto cenário de crises e reformas; depois enfocaremos o papel dos agentes, seus saberes, técnicas e poderes, em especial do *psiquiatra higienista* de formação organicista, fazendo uso das novas técnicas biológicas. Por fim, discutiremos as condições de vida dos internados, genericamente denominados, na época, de *psicopatas*.

CAPÍTULO 4

O HOSPÍCIO S. JOÃO DE DEUS NA BAHIA DA 1ª REPÚBLICA (1912-1930)

Crises e Reformas do Manicômio Estatal

O desligamento do Hospício S. João de Deus da Santa Casa de Misericórdia, como analisamos anteriormente, foi resultante de uma luta travada inicialmente pelos médicos, já organizados em entidades profissionais e com publicações especializadas, mas que souberam levá-la aos outros setores organizados da sociedade, principalmente ao âmbito parlamentar e aos órgãos da imprensa, o que deu origem a uma pressão contínua da opinião pública, indignada ante os testemunhos das precárias condições nas quais funcionava o asilo. De qualquer modo, o desentendimento da Irmandade com o governo republicano se agravou, ficando irreversível, principalmente no que dizia respeito à participação financeira do Estado na manutenção da instituição asilar.

A análise dos documentos permite sustentar a tese que a Santa Casa de Misericórdia não queria ceder o Asilo S. João de Deus. Para tentar mantê-lo, cedeu às pressões, sobretudo dos setores ligados à medicina e, em 1911, colocou um médico na direção do asilo. No ano seguinte, propôs ao governo um novo contrato e, caso não fossem atendidas suas reivindicações nesse novo instrumento legal, utilizou como forma de pressão a ameaça não só de entregar o estabelecimento, mas de abandoná-lo depois do prazo dado - 30 de abril de 1912:

“Venho comunicar a V.Exa., que, torna-se necessario que o Governo tome a deliberação de ordenar o fornecimento de comestiveis para aquelles dois primeiros estabelecimentos [Hospício S. João de Deus e Hospital dos Lázaros], uma vez que, do dia 1º de Maio em diante esta Santa Casa abandona a administração desses estabelecimentos ao Governo” (ASCMB.Gomes, 1913: 41; grifo nosso).

Esse ofício, datado de 23 de Abril de 1912, era dirigido a um governo recém-empossado - o de J.J. Seabra -, iniciado em 29 de março. A linguagem de “abandono” na ameaça irritou o governo, pois em sua Mensagem ao Legislativo o governador Seabra não deixou de mencionar sobre os estabelecimentos que “a Santa Casa dirigia e resolvera abandonar” (*Ibidem*, p.49). Isto serviu de alibi para os setores no governo e fora dele, que defendiam a avocação do Asilo. Vimos, no capítulo precedente, que, diante das pressões, Seabra agiu com rapidez, pois, um dia antes do prazo, em 29 de

abril, comunicou à Santa Casa a avocação do Hospício a partir de 1º de Maio. Logo a seguir, a Assembléia Legislativa aprovou o ato governamental (APEB.Seabra, 1913: 42).

Esse ato não foi de um governante alheio às reivindicações dos médicos, pois, tendo sido Ministro da Justiça e Negócios Interiores do Presidente Rodrigues Alves, J.J. Seabra convidou para dirigir o Hospício Nacional de Alienados e depois a Assistência aos Alienados do Distrito Federal, o seu conterrâneo, Dr. Juliano Moreira, que assumiu o cargo em março de 1903 (Paim, 1976:23). Juliano Moreira, é bom lembrar, foi um dos elaboradores do famoso relatório de 1895, que denunciava a crise do Asilo S. João de Deus e defendia a sua separação da Santa Casa, com direção única e sob a responsabilidade médica (Vianna, Fontes, Moreira, 1895).

Essa separação garantiu, por um lado, uma maior *autonomia* da prática psiquiátrica, sem a interferência da concepção tutelar da instituição beneficente no cuidado aos psicopatas e, por outro, uma maior *vinculação* ao aparato repressivo de Estado, ao qual ficava diretamente subordinado.

Enfim, o Hospício S. João de Deus passava a ser do Governo do Estado da Bahia. Porém, para dirigir o manicômio estatal, Seabra manteve o último administrador do asilo da Santa Casa, Dr. Eutychio Leal, nomeado em 31 de março de 1911 pelo Provedor Theodoro Teixeira Gomes (ASCMB. Gomes, 1912:136). É necessário, portanto, retroceder um pouco e analisar a administração de Leal, ainda no contexto da Santa Casa, para compreender sua permanência no hospício.

Eutychio Leal recebeu um estabelecimento cujo estado em que se encontrava era qualificado de “vergonhoso” pela própria Santa Casa, através de seu provedor Teixeira Gomes (*Ibidem*, p.138). Diante do que viu, o novo diretor considerou o hospício numa fase pré-pineliana (Leal, 1912: 359) e, três semanas depois, escreveu um ofício ao Provedor, descrevendo o que testemunhou e cobrando medidas técnicas e ações políticas da Irmandade:

“Devo dizer, já agora, menos para sciencia de V.Ex. do que para conhecimento dos poderes officiaes e do tribunal publico que nos acompanha os actos, que considero um milagre o se manter regular o estado sanitario deste Hospicio, cujos commodos,

tão acanhados em proporções como faltos de hygiene, estão a transbordar os noventa e seis infelizes asylados” (ASCMB. Gomes, 1912: 139).

Chamou-lhe a atenção de início a precariedade das condições higiênicas, sem uma adequada rede de distribuição de água e, sobretudo, de esgoto. Não poderia lhe passar despercebido o absurdo do uso do chamado “sistema de barris” no canto dos dormitórios, que tanto escandalizara o provedor Teixeira Gomes, onde os loucos satisfaziam, diante dos outros, as suas necessidades fisiológicas (*Ibidem*, p.134). Para expressar a gravidade do quadro que encontrou, ele fez um convite retórico a “*uma visita ao dormitorio desses desgraçados, donde, mesmo à distancia, exala um cheiro acre de urina e excremento*” (*Ibid.*, p.139). Se, com tal visita, o convidado ainda não tivesse se indignado, ele mostraria então, “*com as suas arcadas antigas e as suas grades de prender fêras, esse monstruoso carcere, onde o desespero assalta os cerebros abandonados da razão*” (*Ib.*, pp.139-40). Era um pavilhão com 16 cubículos que recebia o nome ‘arrepante’ de Casa Forte (Leal, 1918).

Como proposta, indicava que ‘o grito das queixas’ saísse à rua e fosse levado à câmara legislativa estadual para que ela autorizasse ao governo repassar os recursos necessários às reformas que pediam urgência nas ações, antes que só restasse, como medida extrema, a de “*abrirmos aos nossos loucos as portas deste Hospício*” (ASCMB. Gomes, 1912;141).

Se, por um lado, o Provedor, em sua resposta ao diretor, eximiu-se de qualquer responsabilidade, acusou o governo e reiterou a ameaça de ‘abandonar’ o hospício, por outro lado o governador Seabra leu atentamente esse ‘terrível libelo’ de 22 de abril de 1911, tanto que o citou na sua mensagem ao legislativo dos atos governamentais de 1912, onde, inclusive, justificou a manutenção do Dr. Leal na direção do Hospício, apesar do conflitante relacionamento com a Irmandade no processo de avocação:

“seguro da alta competencia profissional do illustre medico, que o estava dirigindo, não quiz que qualquer outro o substituísse, antes com elle combinei e estou executando todas as medidas de radical transformação de tão importante instituto de assistencia” (APEB. Seabra, 1913: 42).

O diretor Eutychio Leal, ainda no período da administração da Santa Casa, em 1911, viajou ao sul do país, conhecendo de perto os serviços de assistência aos alienados, em especial os do Rio e São Paulo, bem como alguns estabelecimentos em outros países sul-americanos, em especial na Argentina.

O relato dessa viagem, com descrição dos avanços na assistência aos alienados alcançados naqueles centros que visitou - Hospício Nacional, Juqueri, Lujan -, ele publicou na Gazeta Médica da Bahia, ainda uma revista científica de prestígio. No artigo, constava também a proposta para reformar o Hospício S. João de Deus, mas, para tanto, ele levantava uma questão preliminar: se a Santa Casa poderia arcar com as despesas necessárias às reformas imprescindíveis para estruturar adequadamente o serviço (Leal, 1912: 362).

Com essa condição prévia garantida, o diretor assumia executar um programa, cuja proposta ele chegou a esboçar no relatório. Antes, porém, fez uma advertência sobre a urgência de certas medidas a serem executadas, entre as quais:

“Urge então que a Santa Casa appresse por todos os meios a exequibilidade do projecto que o Governo do Estado tem em mãos mandando construir 16 pavilhões, dos quaes um apenas está em andamento há mais de um anno a esta parte” (Ibidem, p.362; grifo nosso).

O projeto referido acima pelo diretor foi aquele elaborado por Nina Rodrigues, Pereira e Carvalho (1905), que sugeria a avocação do asilo pelo Estado, o que levou o diretor da Faculdade, Alfredo Brito, a encaminhar ao governo estadual. Leal, ao assumir a direção médica do asilo, defendeu este projeto, que, segundo ele, aproveitava-se bem da topografia da Quinta da Boa Vista, tendo cada colina uma secção com pequenos pavilhões bem isolados (Leal, 1918).

Quando seu relatório anual com essas propostas saiu sob a forma de artigo, dividido em três partes, na Gazeta Médica da Bahia, nos primeiros meses de 1912 (Leal, 1912), a Santa Casa, para quem as medidas eram sugeridas, estava deixando a administração do Asilo, ficando assim, para o governo estadual, a responsabilidade pela sua consecução.

4.1 - A Expansão pavilhonar na “fase áurea” do Hospício

A avocação do Asilo pelo governo estadual, em 1912, foi saudada em julho de 1923 pelo então diretor do estabelecimento, Dr. Aristides Novis, como início da “*phase aurea do Hospício São João de Deus*”(Novis, 1923: 311; grifo nosso).

O hospício no período “seabrista”: Eutychio Leal, Barreto Prager e Aristides Novis

O primeiro período dessa “fase áurea” na vida do Hospício (1912-30) caracterizou-se pelo aumento da população asilada, efeito e mais ainda causa da ampliação da capacidade instalada, bem como pelos avanços no campo normativo e pela introdução de algumas inovações técnicas da psiquiatria.

Mantido na direção do hospício, Eutychio Leal deu curso ao seu projeto que estava de acordo com o programa do governo do Estado e, apesar de defender a expansão do confinamento asilar, ele garantia que uma administração médica seria mais econômica, quando afirmou que “*esse serviço bem dirigido, bem administrado é certamente menos dispendioso do que parece ao primeiro exame*” (Leal, 1912:361-62).

O diretor argumentava que a necessidade dessas novas instalações “*não se impõe só pelo fim aliás bastante justo de agasalhar todos os alienados do Estado*”, mas também pela razão de natureza técnica, pois só desse modo se poderia “*separar os casos agudos e curáveis dos crônicos, influido dest’arte no futuro dos pacientes - intimamente relacionado com a precocidade da entrada*” (Ibidem, p.363). Não apenas era negado um dos termos da contradição fundamental da prática psiquiátrica, a finalidade social de exclusão, escondida sob o véu eufêmico do verbo “agasalhar”, como também se afirmava, enquanto finalidade técnica de tratamento, não só a separação entre agudos e crônicos, mas também a precocidade da segregação como elemento positivo de recuperação.

Em sua administração (1911-16), o Dr. Eutychio Leal pode realizar algumas das “melhorias” que estavam contidas no seu programa de trabalho, que tinha como objetivo principal o de transformar o São João de Deus de “um albergue de doidos” em um “Hospício de alienados” (APEB. Seabra, 1914: 65). Sua prioridade inicial foi a

instalação da rede de esgoto, fundamental para o estado sanitário de um estabelecimento, cuja população se condensava mais e mais (Leal, 1912:364).

Em 1913, coerente com seu plano de ampliação do hospício, assim que concluiu a construção do **pavilhão Kraepelin**, ‘em nome do famoso professor de Munich’⁸², o diretor, Eutychio Leal, obteve do poderoso Secretário Geral do Estado, Arlindo Fragoso, a autorização para a edificação do **pavilhão Charcot**, em lugar do antigo Dormitório, e de um novo pavilhão, o **Alfredo Brito** (APEB. Seabra, 1914: 64-5). Os dois primeiros homenageavam as escolas psiquiátricas mais influentes no Brasil na época: alemã e francesa. O último - Alfredo Brito - era uma homenagem local, para o presidente da Sociedade de Medicina e diretor da Faculdade de Medicina, em cujas gestões produziram os dois mais importantes documentos críticos sobre o funcionamento do asilo sob a administração da Santa Casa já analisados na seção anterior (Vianna, Fontes e Moreira, 1895; Nina Rodrigues, 1905).

A gestão de Eutychio Leal foi marcada pelo aumento da capacidade instalada do hospício, que desde a fundação estava reduzido, além do velho Solar, ao Dormitório e à Casa-Forte, ambos construídos em 1874. Leal conseguiu do governo autorização também para construir a casa de residência do diretor e um novo pavilhão. Sobre a residência do diretor no manicômio, argumentava ele que, sob a Santa Casa, o médico fazia uma simples visita, mas, no hospício estatal, o diretor médico era obrigado a morar, segundo o novo regulamento (Leal, 1918).

Quanto ao novo pavilhão, o **Júlio de Matos**, foi um aproveitamento da antiga dispensa e cozinha. Com uma reforma completa, o novo edifício foi inaugurado por J.J. Seabra e Arlindo Fragoso em 25 de março de 1916. O nome do pavilhão era uma homenagem ao “talentoso alienista português” Júlio Xavier de Mattos, nascido no Porto em 1856 (*Ibidem*). Publicou várias obras, com destaque para: *Pathlogia das Allucinações*, de 1880, *Um caso de delírio de perseguição*, de 1884, e *A loucura, estudos clínicos e médico-legais*, 1889 (Kubiak, Cunha e Rocha, 2000; Larousse Cultural, 1988:3934). Na obra à qual tivemos acesso, *Allucinações e Illusões. Ensaio de Psychologia Médica*

⁸² A construção desse pavilhão foi autorizada pelo Governador Rodrigues Lima, desde o final do século XIX. Não tendo ido adiante, sua edificação foi retomada em 1910, pelo governador Araújo Pinho, com o Asilo ainda sob administração da Santa Casa, e só concluído, em 1913, por J.J. Seabra, quando o hospício já tinha sido avocado (Leal, 1918). Ver no fim do capítulo um quadro com todos os pavilhões.

(Mattos, 1892), o alienista homenageado demonstra erudição, sobretudo da literatura francesa, e experiência clínica, baseada em sua atuação no manicômio de Lisboa.

Outro destaque foi a derrubada da famosa Casa-Forte, “onde tantas vidas se sacrificaram” (APEB.Seabra, 1914: 63). Coube aos próprios internados, “*já então caridosa e scientificamente tratados*”, a obra de sua demolição (Leal, 1918). Em seu lugar, construiu-se a Secção Manoel Vitorino, ‘uma enfermaria moderna’ levantada das ruínas da ‘sombria prisão’, para albergar os ‘psicopatas delinqüentes’ (APEB.Seabra, 1914:64-65). O nome era uma homenagem àquele que, no passado, tanto desejara a extinção da Casa-forte, que mais se parecia com uma “jaula” (Vianna, Fontes e Moreira, 1895: 21). A Secção (depois Pavilhão) **Manuel Vitorino** se transformou, na prática, no Manicômio Judiciário e, alguns anos depois, voltou a apresentar novamente o aspecto de “jaula”, transformando também a homenagem em cruel ironia a um dos críticos mais veementes da violência asilar.

Naquele momento, o S. João de Deus concentrava todo o aparato psiquiátrico da Bahia: o hospício para doentes pensionistas e para loucos indigentes e o manicômio judiciário para loucos criminosos e delinqüentes enlouquecidos.

Essas obras realizadas representaram o início do programa de expansão física do hospício - *o Projecto de 16 pavilhões* - a fim de ‘agasalhar’ todos os loucos da Bahia. Contrapondo-se à recusa sistemática que a administração da Santa Casa tinha adotado, sobretudo nos últimos anos de sua administração, o governador Seabra chegou a explicitar essa diferença:

“O Governo do Estado nunca recusou receber no asylo reformado um só doente, antes para ali transferio os que encontrou, em degradante miseria, nas prisões publicas, ou ia achando pelas ruas”(APEB. Seabra, 1914: 65).

Esse objetivo já estava presente no artigo de Eutychio Leal, quando ele era diretor do asilo ainda sob a responsabilidade da Santa Casa:

“Logo o Estado dê cumprimento ao projecto em inicio o numero de enfermos crescerá extraordinariamente, recebendo o Hospício os que estão abandonados pelo interior e os enclausurados nas prisões da capital” (Leal, 1912: 481).

Não foi por acaso, portanto, que, de uma vez só, foram transferidos para o Hospício trinta e dois alienados que estavam na Casa de Correção (APEB. Seabra, 1915:81). Não

demorou muito para essa legião de excluídos - os loucos nas prisões, nos hospitais gerais, vagando pelas ruas da Capital ou abandonados pelo interior do Estado - superlotar o hospício, trazendo de volta os velhos problemas que atormentavam os dirigentes da Santa Casa. E sob a ameaça da ‘aglomeração’ o Governo começou a recusar os pedidos de recolhimento de alienados, exceto ‘os casos especiais de evidente interesse público’ (*Ibidem*, p.82). Foram apenas três anos, para o hospício estatal repetir a prática da Santa Casa de recusar doentes, que o governador Seabra criticara com tanta veemência.

Tendo como fonte de dados a correspondência recebida nesse período, a análise dos pedidos de internamento nos permitiu alguns achados interessantes. São inúmeros os casos nos quais o Secretário Geral do Estado, Dr. Arlindo Fragoso, mandava internar os pacientes, diretamente ou indiretamente (“de ordem” dele ou através do Chefe de Polícia), comunicando sua decisão ao diretor do hospício. O poder aristocrático da Provedoria foi varrido com a avocação republicana, mas, no Hospício S. João de Deus, a mudança do *locus* de poder ocorreu de modo semelhante à do Hospício Nacional no Rio, onde “o prestígio do comando vinha de um estado maior leigo, nas secretarias de Estado” (Peixoto, 1933:179). Conquistar a autonomia dos atos médicos pela competência técnica foi um dos grandes desafios para o psiquiatra Juliano Moreira quando chegou, em 1903, para dirigir o Hospício Nacional na Capital Federal (*Ibidem*).

Alguns exemplos, obtidos na análise da correspondência diária do estabelecimento, podem ilustrar a continuidade do poder “leigo”, denunciado pelos médicos contra a Santa Casa desde Demétrio Tourinho, o primeiro diretor do Asilo. Esse poder leigo, agora nas “secretarias de Estado”, continuava a restringir a competência médica do diretor na admissão e na alta dos pacientes. Serve de exemplo sobre a falta de autonomia para internar um paciente, o internamento do indigente Virgílio Mandacaru pelo diretor do Hospício S. João de Deus. Eutychio Leal comunicou o fato imediatamente, em 4 de agosto de 1914, ao Secretário Geral do Estado. O chefe da Diretoria do Interior, Justiça e Instrução Pública, em ofício de 7 de agosto, declarava que o Secretário Geral do Estado, Arlindo Fragoso, ficou ciente e “*resolveu que, d’ora avante, nenhum doente mais deverá ser recolhido até que, cessando os motivos da*

actual superpopulação, sejam enviadas ordens directas d'esta Directoria" (APEB.Caixa n. 3189; grifo nosso)⁸³.

Outro exemplo, agora em relação à alta de um paciente: o mesmo Secretário do Estado, Arlindo Fragoso, agora diretamente, responde ao ofício do diretor Eutychio Leal: "*visto sêrdes de parecer que o mesmo se acha em condições de continuar o seu tratamento em seu domicilio, declaro-vos que podeis dar-lhe a respectiva alta*" (*Ibidem*, of. 16.06.1914; grifo nosso). O saber técnico do médico continuava subordinado ao poder "leigo", não médico. O Provedor foi substituído pelo Secretário de Estado e o Mordomo pelo Diretor de Justiça ou mesmo pelo Chefe de Polícia.

Havia na época um outro poder pressionando o Hospício: o do "cidadão" Cosme de Farias. O rábula Cosme de Farias, que tinha o epíteto de "advogado dos pobres", foi uma das figuras mais populares e queridas na Bahia, das primeiras décadas até meados do século XX. De 31 de dezembro de 1913 a 17 de outubro de 1914 há registro de, pelo menos, trinta e cinco pedidos de recolhimentos de alienados indigentes, que estavam "fazendo desatinos", "ameaçando transeuntes" ou "atentando contra a moralidade pública", pelos mais diversos distritos (bairros) de Salvador. Como os pedidos às vezes tinham mais de um nome, somavam mais de 40 alienados que foram efetivamente recolhidos ao Hospício S. João de Deus em menos de um ano, a pedido de Cosme de Farias (APEB.Caixas n. 3188; 3189).

A República proclamou uma sociedade igualitária, de "cidadãos". O hospício administrado pelo Estado republicano não podia agir, como tinha agido a Irmandade da Misericórdia, que internava um número fixo de loucos pagos pelo governo e os demais, de acordo com os critérios da própria Irmandade, coerente com uma instituição filantrópica de origem monárquica, portanto tolerante com as diferenças. Com a República, mesmo desvalidos e abandonados, os loucos tinham direitos, pelo menos ao recolhimento e abrigo, bem como os cidadãos, que estavam nas ruas "ameaçados" por eles, de serem protegidos.

⁸³ Documentos como ofício, memorando, comunicação interna, processo etc, referentes ao Hospital Juliano Moreira (HJM), encontrados na seção republicana do Arquivo Público do Estado da Bahia (APEB) serão citados com a sigla APEB, seguido da Caixa numerada onde o documento está arquivado.

Cosme de Farias, cuja popularidade levou com que os governantes da época buscassem o seu apoio⁸⁴, obtinha em troca algumas concessões. Ele serviu, por exemplo, de mediador dos pedidos da comunidade soteropolitana contra os loucos na via pública, que apresentavam um “*deprimente espectáculo para os creditos desta cidade*” (APEB. Caixa n. 3188: of. 31.12.1913), mas acreditando também prestar uma ajuda ao pobre ou miserável que “perdeu a razão”. Ele seguia um procedimento padrão: obtinha do Delegado do distrito a declaração de indigente para o louco e o atestado de sua alienação mental através do parecer de dois médicos de renome. Então, solicitava o recolhimento diretamente ao Secretário Geral do Estado, ou, de modo mais raro, ao diretor do Hospício, como fez no caso do louco Virgílio Mandacaru, citado acima, que resultou na repreensão ao Diretor do Hospício pelo Secretário, por ter feito o internamento sem a sua prévia autorização.

Por mais de 50 anos, o “Major” Cosme de Farias fez essa mediação no internamento do miserável abandonado nas ruas com o manicômio estatal. No famoso inquérito de 1925, que veremos adiante, ficou claro que alguns desses atestados médicos eram assinados em branco. A Comissão de Inquérito que apurava denúncias feitas na imprensa contra o hospício verificou que tal fato era verdadeiro: examinando os papéis de internamento do doente registrado sob o nº 596 e confrontando as assinaturas dos dois médicos com os dizeres do atestado e do requerimento do Major Cosme de Farias, “*evidentemente se reconhece que o atestado foi escripto pelo Snr. Faria (sic), em vez de ter sido por um dos medicos que o assignaram*”(APEB. Caixa n. 3161. Inquérito de 1925, p.3).

Em março de 1916, assumiu o governo do Estado o *seabrista* Antonio Ferrão Moniz de Aragão, que no decurso do primeiro ano de administração exonerou apenas dois funcionários, um deles o Dr. Eutychio Leal, diretor do Hospício São João de Deus “por divergência com o governo” (APEB. Aragão, 1917: 7). Além dessa informação genérica, comum nas ‘mensagens’ de balanço anual de governo, não conseguimos descobrir as razões da demissão. Como a documentação do Hospício no período de

⁸⁴ Em 1920, oito anos depois da avocação do hospício da Santa Casa, o conflito desta com o governo permanecia e o provedor se queixava do Governador Antonio Moniz ter dado informações erradas ao popular deputado Cosme de Farias “para que este da tribuna da Câmara dissesse que o governo pagara tudo quanto devia à Santa Casa” (ASCMB. Santos 1920:39).

1912-1920 está muito incompleta, em especial as correspondências, os relatórios de plantões etc, não foi possível obter a razão dessa “divergência” do diretor do asilo, que tinha se mantido na mudança da administração da Santa Casa para o Estado, com o novo governador, que era um seguidor de Seabra.

Numa outra fonte, não oficial, apareceu a versão do próprio diretor demitido para a divergência que teve com o governo. Leal descreveu sua administração no hospício em uma série de artigos publicados na revista “Bahia Ilustrada”, editada no Rio de Janeiro, onde ele vivia, pois tinha obtido o título de professor catedrático de Anatomia patológica da Escola Superior de Agricultura e Medicina Veterinária (Dr. Eutychio...,1917). Num dos textos, ele argumentava que teve muitas dificuldades em expulsar os reдеiros dos terrenos da Quinta da Boa Vista, pela intervenção de “*elementos tão estranhos quanto indiferentes á boa sorte dos negócios públicos*” (Leal, 1918). Referiu que travou uma luta de quatro anos, “*menos com os reдеiros da Boa Vista do que com o próprio Governo*” (*Ibidem*), e perdeu, pois toda a Quinta foi “*de novo entregue á exploração dos mesmo reдеiros*” (*Ibid.*). O curioso é que o autor, festejado no primeiro número da revista como “um verdadeiro remodelador” do Hospício S. João de Deus, que tinha dado à assistência aos alienados na Bahia uma feição inteiramente nova e progressista (Dr. Eutychio..., 1917), deixou abruptamente de ser seu colaborador. Ele escreveu do segundo ao quinto número do semanário, quando comentou suas divergências com o governo, citadas acima. Esse último artigo se encerrava com um “*(continua)*” (Leal, 1918), porém, nos números seguintes, a continuidade não foi encontrada. O afastamento de Eutychio Leal desta revista editada fora da Bahia mostrava a força do “seabrismo”, mesmo à distância.

O governo de Antonio Moniz (1916-20) se deu numa conjuntura complexa, onde múltiplos fatores, com destaque para a guerra européia que já tinha se tornado mundial, determinaram uma grave crise econômica, pois o país ainda não tinha realizado sua política de substituição de importações. A Bahia, em particular, sentiu o encarecimento dos produtos da cesta básica, que gerou manifestações populares, como as de agosto de 1917 (APEB. Aragão, 1918: 7-9). Porém, quando o navio “Paraná” e depois o “Macau” foram torpedeados, criou-se um clima de unidade nacional diante do inimigo externo - o Império alemão -, que deslocou o foco dos movimentos sociais, pois, com a declaração de estado de guerra, as manifestações patrióticas dominaram a cena política até 1919,

quando uma greve geral pelas oito horas de trabalho teve muita repercussão na capital baiana, atingindo todos os ramos do trabalho (Sampaio, 1998: 144).

O quadro sanitário, como em todo o período da República Velha (1889-1930), apresentou nessa conjuntura o predomínio das doenças transmissíveis, mas merecem destaque duas epidemias: a primeira, foi a pandemia de *influenza* em 1918, conhecida como “a gripe espanhola”, que dizimou milhares de pessoas em todo o mundo; a outra foi a epidemia de varíola que, em 1919, assolou o país e, na Bahia, apresentou um quadro grave com 2.804 mortes, sendo que, no ano seguinte, ainda causou 363 óbitos (APEB. Seabra, 1922: 421).

Nesse período, de 1917 a 20, o Hospício esteve sob a direção do Dr. Antônio Barreto Prager. A nova gestão deu continuidade ao programa de reformas iniciado no governo Seabra, de quem o governador Antonio Moniz de Aragão era um fiel seguidor, daí o epíteto de ‘seabrista’ (Sampaio, 1998: 25).

O governador enumerou, entre as realizações de seu governo para o Hospício, a construção, em 1917, da “muralha” que o circundou parcialmente (APEB. Aragão, 1918: 70). No ano seguinte, foi concluído o pavilhão Charcot, com dois pavimentos, cada um deles com duas enfermarias. Como o novo diretor - Barreto Prager - se recusou a residir no Hospício, o prédio que lhe servia de residência foi reformado para abrigar os pensionistas do sexo masculino. Num momento de crise, a reforma foi possível com recursos do legado de um conceituado comerciante, Sr. **Vitor Soares Ribeiro**, cujo nome foi dado ao novo pavilhão, inaugurado em março de 1918 (*Idem*, 1919: 66).

Em setembro de 1920, quando Aristides Novis substituiu Barreto Prager, entre os pavilhões encontrados, o novo diretor citava o Pavilhão Júlio de Mattos, como um daqueles que satisfaziam os requisitos de arquitetura e higiene (APEB. Moniz, 1921: 34). Esses pavilhões, sobretudo o Charcot com suas quatro enfermarias, buscavam responder o mais grave problema do manicômio, a superlotação .

No plano normativo, uma realização importante no período foi a elaboração e aprovação, em 1918, do regulamento do manicômio. A Lei n. 1.151 de 15 de julho de 1916, que organizou o serviço sanitário, já tinha subordinado o Hospício à Diretoria

Geral de Saúde Pública, porém o Regulamento do Hospício São João de Deus (Decreto n. 1.764 de 16.01.1918) estabeleceu a forma de organização e as competências no nosocômio (Bahia, 1921). Em relação aos regulamentos anteriores, elaborados pela Santa Casa, a direção médica, pelo menos formalmente, conquistou um poder maior intramuros. No que se refere à assistência, um destaque foi a obrigação do médico e interno “*fazer plantão e pernoitar no estabelecimento, de sorte que a qualquer hora do dia ou da noite ha sempre lá um medico e um interno*” (APEB. Aragão, 1918:72), conforme reza o artigo 48 (Bahia, 1921:16-17).

Outra novidade nessa gestão foi o acordo lavrado entre o Governo do Estado e a Faculdade de Medicina, segundo o qual a Faculdade escolheria um pavilhão que, administrativamente, continuaria vinculado à direção do Hospício, mas cujo serviço clínico ficaria sob a responsabilidade do professor da cadeira de clínica psiquiátrica, com plena autonomia na sua utilização para fins didáticos, na prescrição de tratamento etc. (APEB. Aragão, 1918:72). De início o pavilhão escolhido foi o Kraepelin, na época “o melhor de todos” (*Ibidem*).

Barreto Prager foi mantido na direção do hospício no segundo governo de Seabra, que tomou posse em março de 1920, porém, um acontecimento o levaria a pedir exoneração do cargo em 9 de setembro do mesmo ano. Além da exoneração do diretor, foram demitidos dois médicos: Alfredo do Couto Britto e Fernando Studart (APEB. Seabra, 1922:356). Esse “Relatório” de Gonçalo Moniz, Diretor Geral de Saúde Pública, contido na “Mensagem” do Governador Seabra, em 1922, não explicava os motivos dessas “alterações no pessoal clínico” (*Ibidem*). A provável razão só foi encontrada com a leitura do depoimento do Dr. Murillo Celestino no auto de perguntas (manuscrito) anexado ao inquérito de 1925 (APEB.Caixa n.3161, f.17v). Assim como já tinha acontecido com Demétrio Tourinho, na primeira direção do antigo Asilo da Santa Casa, uma doente engravidou e deu luz no Hospício São João de Deus, gerando uma crise institucional que culminou com a mudança de toda a cúpula dirigente do manicômio.

Relações sexuais no hospício, sendo a gravidez de uma doente sua prova material, continuavam a ser um acontecimento altamente explosivo nessa “instituição total”.

A administração seguinte foi a do Prof. Aristides Novis, professor catedrático de Fisiologia da Faculdade de Medicina, que foi nomeado juntamente com os médicos assistentes Antonio Gil Cerqueira e Francisco Tavares, naquele mesmo dia da exoneração de Barreto Prager, em setembro de 1920 (APEB. Seabra, 1922:356). Novis permaneceu no cargo por cinco anos, até outubro de 1925, quando, afastado numa nova conjuntura política, foi servir no Departamento Nacional de Ensino (Novis, 1932:513).

A maior parte dessa primeira gestão de Novis no hospício se deu num governo de continuidade, com a conquista de um novo mandato por J.J. Seabra (1920-1924), principal líder do bloco dominante na política baiana, que governara de 1912 a 1917 e, depois de fazer seu sucessor - o governador Moniz Aragão (1917-20) -, retornava ao cargo.

Antes de analisar a primeira administração de Novis no Hospício, um acontecimento da política baiana merece aqui o registro: os opositores, sobretudo os seguidores de Ruy Barbosa (os *ruístas*), com a candidatura de Paulo Fortes, tinham sido derrotados na eleição de 1919, acusada de fraudulenta (Tavares, 1974: 224). Essa acusação de fraude eleitoral era costumeira na República Velha, em quase todo o país, tendo sido esse um dos pretextos para a “Revolução de 30”.

Houve, antes da posse de Seabra e como reação à fraude eleitoral, a chamada *revolta sertaneja de 1919*”, “a guerra do sertão contra a Capital”, quando uma legião de jagunços chefiados por *coronéis* como Horácio de Matos e Anfilófilo Castelo Branco, financiados por grandes fazendeiros, ligados às forças de oposição, invadiram cidades no sertão baiano, derrotaram as forças policiais locais, levando a uma intervenção federal. Esse era o objetivo dos ruístas, porém a intervenção federal não anulou a eleição, nem conseguiu a renúncia de Seabra, como insistiu o presidente Epiácio Pessoa (Sampaio, 1998:44-46). O interventor federal, General Cardoso Aguiar, conseguiu superar a revolta fazendo um acordo com as lideranças sertanejas, “como se fosse entre países inimigos” (Tavares, 1974:225). Episódios como esse desagradaram os jovens oficiais do exército, cuja insatisfação, em todo o Brasil, marcaria aquela década: do tenentismo e da “Coluna Prestes” até a ruptura na chamada “Revolução de 30”.

Resolvido o conflito, foi suspensa a intervenção e J.J. Seabra pôde assumir o governo. Para diminuir o poder que os “monizes” tiveram no governo de seu seguidor Antônio Moniz, acusado de praticar o nepotismo, Seabra não manteve o médico Gonçalo Moniz, primo do seu antecessor, como Secretário do Interior e Justiça e Instrução Pública. Gonçalo, que era um funcionário público, voltou para a Diretoria Geral de Saúde Pública, órgão vinculado a essa Secretaria de Estado. O governo, que era de continuidade, manteve Antônio Pragner na direção do hospício, porém com a exoneração do diretor, já analisada acima, o Prof. Aristides Novis foi nomeado, com o aval do próprio Governador J.J. Seabra, baseando-se no prestígio acadêmico do indicado, que era também um funcionário de carreira (APEB.Seabra, 1922:357-58).

A gestão de Novis foi também de reformas, continuando o trabalho dos colegas anteriores, visando a completa remodelação do famoso Hospício da Boa Vista. Se ainda não era “modelar”, o manicômio já apresentava, segundo seu diretor, eloqüente atestado do que podia realizar um governo que confiou na “direção idônea” dos médicos (Novis, 1923: 310-11).

Em busca desse ‘hospício modelo’, novas construções e melhoramentos foram feitos, comemorados com grande festividade, em 2 de julho de 1923, centenário da expulsão dos portugueses da Bahia, contando inclusive com a presença do governador (*Ibidem*, p.307). A “direção médica idônea”, dando provas de como podia ser racionalizadora nas despesas e merecer, portanto, a confiança do Estado, reformou o antigo Pavilhão Central com os recursos provenientes dos “pensionistas”. O Estado liberal oligárquico da Velha República (1889-1930) não reconhecia, mesmo nos hospitais públicos, a assistência à saúde como um direito social. Os pacientes oriundos das camadas de maior poder aquisitivo pagavam ao hospital (“pensionistas”) mas, em contrapartida, usufruíam de alguns privilégios.

Ao contrário do que acontecia no Asilo da Santa Casa, não era inexpressivo o número de pensionistas, nem a renda obtida. Durante o ano de 1924, por exemplo, seu número variou de 38 a 54, apresentando uma média mensal de 47 pensionistas. A renda anual foi de 82:769\$000, significativa se levarmos em conta que as despesa de custeio ordinário do Hospício foram de 185:145\$938 (APEB. Calmon, 1925: 41). O Hospício

era o único local de internamento particular para alienados no Estado, tendo locais especiais para homens (Pavilhão Vítor Soares) e para mulheres (cômodos no Pavilhão Central). Eram predominantemente pessoas oriundas das camadas médias, de comerciantes ou profissionais liberais, bem como alguns estrangeiros, internados pelos seus consulados (APEB. Caixas n. 3188; 3189), tema que analisaremos com mais detalhes no item sobre a situação de vida e saúde dos asilados.

Além do uso adequado dos recursos dos pensionistas, citem-se aqui outros exemplos de medidas racionalizadoras que, segundo o diretor, só uma “direção médica idônea” poderia tomar. Diante dos preços exagerados dos medicamentos, pois os fornecedores alegavam grande demora no pagamento, Novis obteve da Diretoria de Saúde Pública um repasse da quantia de um conto de réis (1:000\$000) por mês para compra de medicamentos à vista. E não ficou nisso. Com o recurso na mão, ele fez uma concorrência particular entre as principais farmácias da praça, enviando-lhes a relação das drogas usadas e pedindo por escrito uma lista de preços para pronto pagamento (APEB. Seabra, 1922:361). Com tal medida ele reduziu bastante o custo com os remédios. Outra medida racionalizadora foi a diminuição do consumo de carne no Hospício.

“Achando excessiva a ração de carne verde que era dada aos doentes e empregados, e que regulava, na media, em cerca de 500 gr. por pessoa e por dia, reduziu o novo Director essa ração a 400 gr., realizando dest’arte grande economia, sem notar inconveniente nessa redução para as pessoas assim alimentadas”(Ibidem, p. 361).

A economia chegou ao prato do alienado, embora essa excessiva “ração” não estivesse impedindo que grassassem no manicômio doenças carenciais como o beribéri, ou outras muito relacionadas ao estado nutricional como a própria tuberculose, como veremos adiante.

Em relação à expansão pavilhonar, um novo prédio, iniciado na gestão anterior, foi inaugurado: o **pavilhão Demétrio Tourinho**, numa homenagem ao primeiro diretor do asilo. Nele foi instalado, em 1923, além da nova Farmácia, um “Laboratório de Pesquisas Clínicas e Microbiológicas”, inovação inspirada na teoria microbiana, paradigma biomédico dominante na época, inclusive na psiquiatria, cuja concepção organicista foi fortalecida com o estabelecimento, no final do século anterior, da relação etiológica entre sífilis e paralisia geral progressiva (PGP). A pesquisa de *lues* se tornou

obrigatória no hospício. Outra razão era a forte associação das doenças mentais ou ‘psicopatias’ com doenças infecciosas como a tuberculose e beribéri, entre outras. Embora já fossem fortes as evidências da natureza carencial/alimentar dessa última doença, para o diretor e seu chefe, o Dr. Gonçalo Moniz, Diretor de Saúde Pública, sua gênese era infecciosa (APEB. Seabra, 1922: 430).

Ainda como parte do processo de crescimento da capacidade instalada, foi concluído em 1923 o **pavilhão “Alfredo Brito”**, com capacidade para cinquenta doentes, onde pouco tempo depois passou a funcionar a “Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina”, local das atividades práticas no ensino dessa especialidade médica.

Essas realizações eram parte de um esforço que a direção médica fazia no sentido de superar o descrédito e a ‘antipatia’ que a população passou a ter pelo hospício e seus agentes. Responsabilizando a Santa Casa, o Dr. Novis acreditava que as suas últimas administrações tinham conseguido *“reduzir, se não de todo dissipar no animo da população, de referencia ao verdadeiro conceito á ser de justiça, desfructado pelo Hospicio”* (Novis, 1923:311). Para o hospício chegar a esse “verdadeiro conceito”, o Dr. Novis, em 1923, fazia ao Governo estadual de J.J. Seabra três reivindicações: um pavilhão de isolamento para os psicopatas com doenças infecciosas, especialmente com tuberculose; a Colônia Agrícola, antigo projeto, já colocado no regulamento de 1918; e a *“criação de um serviço aberto, anexo a este Hospicio, de prophylaxia mental”* (*Ibidem*, p.315).

Se a primeira exigência era simplesmente um melhor ordenamento do hospício, baseada nas prescrições da teoria microbiana, as duas últimas se vinculavam às reformas do confinamento asilar, visando enfrentar o grave problema da superlotação e do seu crescente custo, pois, no início de 1921, o manicômio já tinha 302 psicopatas, um número que *“começa a exceder a capacidade maxima actual do Hospicio que não pode ser superior a 300”* (APEB. Seabra, 1922: 364).

O projeto de construção da Colônia Agrícola foi aprovado pelo Parlamento antes de Dr. Aristides Novis ter se afastado do cargo para servir ao governo federal, como também ele conseguiu a instalação do serviço externo do hospício, importante marco do atendimento ambulatorial da psiquiatria na Bahia.

Em relação ao Serviço de Profilaxia Mental, sua expectativa era de implantar o cuidado domiciliar aos “*affectados do espirito*” que não necessitavam de internamento (Novis, 1923: 315), inspirado no movimento da higiene mental. No Relatório do Hospício, em agosto de 1923, ano de fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (Costa, 1981), o diretor já incorporava, com muita sintonia, esse movimento de reforma da época: “*É a obra da Higiene Mental, para a qual se organizam Ligas e Congressos com os maximos cultores da especialidade, visando a dupla finalidade, humanitaria e patriotica da iniciativa*” (Novis, 1923: 315).

A psiquiatria baiana, com a criação desse Serviço de Profilaxia Mental, começava a ampliar o seu objeto de intervenção e, concretamente, inseria-se no movimento de Higiene Mental. Subordinado ao Hospício S. João de Deus, esse Serviço, em especial seu Dispensário, foi criado para atender a dois objetivos prioritários e relacionados: por um lado, deveriam combater a superlotação do asilo, servindo de triagem nas internações, evitando a piora dos quadros “menores” e atendendo o doente com alta, para impedir ou pelo menos adiar o seu retorno ao hospício; por outro lado, o governo obteria uma diminuição dos custos de uma assistência “insaciável”, cada vez mais onerosa (*Ibidem*, pp.315-16).

Era a primeira tentativa de extensão da medicina mental ao espaço social mais amplo, para além da instituição fechada, difundindo “*preceitos higienicos*” voltados para os quadros menores, não passíveis de internamento (Novis, 1923:315). Na prática, esse serviço não teve a importância projetada. A psiquiatria em geral, e a baiana em particular, ainda não tinham instrumentos eficazes para uma prática comunitária. O atendimento continuou concentrado basicamente no isolamento manicomial, porém fica o registro dessa tentativa extra-muros.

A influência do movimento de Higiene Mental no Hospício não se limitou à criação do “*Dispensario de Prophylaxia Mental*”, pois o pensamento higienista serviu de marco de referência na proposta de reorganização da assistência aos psicopatas na nova legislação sanitária que foi aprovada em 1925. A aprovação dessa legislação, entretanto, ocorreu em um novo cenário da política baiana.

Mais uma vez houve uma crise com a alternância de poder na conturbada política baiana da Primeira República. O governador Seabra tinha sido vice de Nilo Peçanha na Campanha para presidente de 1922, mas quem venceu foi Arthur Bernardes. No ano seguinte, J.J. Seabra também não conseguiu eleger seu sucessor, chegando a fazer ameaças ao afirmar que, sobre a cabeça do Presidente da República, “*recahiria toda a culpa e todo o sangue, que se derramasse na Bahia*” (APEB. Calmon, 1924:3). A Assembléia Legislativa proclamou, em 19 de março de 1924, o eleito nas urnas - o governador Góes Calmon - e aprovou intervenção federal para garantir a sua posse. Segundo Sampaio (1998:46), a intervenção foi planejada pelo presidente Arthur Bernardes, com uma motivação nitidamente de retaliação, por Seabra ter sido vice de Nilo Peçanha. A posse de Góes Calmon ocorreu em 29 daquele mês, sendo suspenso o estado de sítio logo em seguida, no dia 5 de abril.

Nesse início de governo, o Prof. Aristides Novis se afastou da direção do hospício para assumir, de modo interino, a Diretoria Geral de Saúde Pública. Nesse período - de 6 de março a 23 de junho de 1924 - a direção foi ocupada por médicos do próprio estabelecimento: Drs. Antonio Gil Cerqueira (de 6 de março a 10 de abril) e Antonio Sampaio Tavares (de 11 de abril a 23 de junho). O novo governador, entretanto, convidou Antônio Luiz de Barros Barreto para a Diretoria Geral de Saúde Pública, órgão onde Aristides Novis estava como interino e ao qual estava subordinado o hospício. Com a nomeação de Barros Barreto, Novis voltou ao manicômio, onde reassumiu a direção, em 24 de junho de 1924, ficando até outubro de 1925.

Um acontecimento, em abril de 1925, sinalizava para Novis o quanto a sua permanência na diretoria do “São João de Deus” era vulnerável, facilitando a decisão do governo de substituí-lo. Em 16 de abril de 1925, o jornal “A Noite” publicava denúncias contra os tipos de cuidado prestados aos doentes e de improbidade administrativa no hospício, em matéria assinada pelo jornalista Teixeira Gomes. O diretor Aristides Novis solicitou uma Comissão de inquérito externa ao estabelecimento para apurar as denúncias. O governador Góes Calmon nomeou para a Comissão o Diretor Geral de Saúde Pública, Barros Barreto, e os médicos Martagão Gesteira e Pery Guimarães, dirigentes de outros estabelecimentos de saúde do governo.

A Comissão de Inquérito ouviu praticamente todos os funcionários (67 de um total de 69) e consultou pessoas responsáveis por pensionistas (10 das 16 cartas enviadas foram respondidas). O resultado do inquérito foi apresentado ao governador em 5 de junho de 1925 (APEB.Caixa nº 3161, Inquérito de 1925). A Comissão constatou alguns problemas na assistência, como doentes sem diagnóstico firmado e doentes não criminosos no mesmo pavilhão de doentes criminosos, mas excluiu a direção e todo o corpo clínico de qualquer responsabilidade, apontando a superlotação como determinante. Encontrou também algumas irregularidades administrativas, como fornecimento irregular de medicamentos, ausência de registro do material recebido e falhas na fiscalização, mas considerou inverídicas tanto as denúncias de desvio de material quanto as de promiscuidade e atentado ao pudor (*Ibidem*, p.17).

No final do relatório, a Comissão fez uma série de sugestões consideradas indispensáveis para tornar o “São João de Deus” um estabelecimento “eficiente” na realização de suas finalidades. Entre as medidas propostas, além das melhorias nas instalações físicas e higiene nas dependências do nosocômio, destacavam-se as que defendem a continuidade da expansão pavilhonar, a melhoria do apoio técnico hospitalar e o atendimento externo. Vejamos as propostas mais relevantes:

- conclusão das obras em andamento no pavilhão Central; construção de dois pavilhões de 50 leitos para ambos os sexos de doentes indigentes, como solução para a superlotação; construção de mais dois destinados aos pensionistas, servindo para recolhimento de “enfermos fronteiriços” como os histéricos e toxicômanos, implicando também em aumento de renda; um pavilhão para isolamento dos casos intercorrentes (principalmente tuberculose); e ainda um pavilhão especial para instalação de completo serviço de balneoterapia, tendo anexas duas enfermarias para os doentes excitados;
- aparelhamento técnico do laboratório farmacêutico e do necrotério; e restabelecimento dos serviços antes existentes de pesquisas clínicas e microbiológicas;
- por fim, criação de um ambulatório para doentes que não necessitassem de internamento (APEB.Caixa nº 3161, p.17-18).

Ainda em defesa da direção, o parecer afirmava que algumas das medidas sugeridas já tinham sido solicitadas pelo diretor em seus relatórios anuais e em inúmeros ofícios.

Outras figuravam no projeto de lei sobre os serviços sanitários, em discussão no Congresso estadual, que contemplava a assistência aos psicopatas na Bahia.

Embora houvesse muito respeito pelo Prof. Aristides Novis, o novo cenário tornou impossível a sua continuidade na administração do Hospício. Ele ainda se encontrava na direção do hospício quando foi aprovada a Lei nº 1.811, em 29 de julho de 1925, que, no artigo 77, mudava a denominação do manicômio para **Hospital S. João de Deus** (Bahia, 1926:32), substituindo um termo gasto - hospício - por um termo mais moderno - hospital.

No seu art. 9º, a nova lei previa a elaboração do “Código Sanitário da Bahia”, que foi aprovado em 20 de novembro de 1925, com seus mais de 2.500 artigos. Nesse minucioso Código Sanitário estava o novo Regulamento do Hospital S. João de Deus (*Ibidem*, pp. 506-524). Essa nova lei era um instrumento normativo mais amplo que transformava a Diretoria Geral de Saúde Pública em Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública, diretamente subordinada ao governador, a qual, em 1928, passou a ser designada mais corretamente como Secretaria de Saúde, “*cabendo dest’arte á Bahia a iniciativa de ser a primeira das unidades da Federação a crear uma ‘Secretaria’ especialmente destinada ao trato dos problemas condizentes com a saúde publica*” (APEB.Barreto, 1928: 17-18).

No regulamento do Hospital S. João de Deus - não mais *hospício*, como no regulamento anterior de 1918 -, seu artigo 1º dizia que a instituição se destinaria não apenas ao tratamento dos pacientes, mas também à profilaxia das doenças mentais (Bahia, 1926: 506). Mais adiante, o art. 3º enumerava as incumbências do serviço de profilaxia mental, que extrapolavam a atuação circunscrita ao dispensário, propondo até visitas domiciliares para identificação de predispostos (alínea *a*, art. 3º). Era clara a influência do movimento da Higiene Mental no plano normativo da assistência aos alienados ou psicopatas.

Quando esse novo regulamento foi aprovado, Novis, que participara de sua elaboração, já não estava no exercício da direção do Hospital e do Serviço de Assistência a Alienados, tendo se transferido para o serviço federal de ensino, no início de outubro de 1925 (Novis, 1932: 513).

O hospital de psicopatas no “calmonismo”: Mário Leal, Catedrático de Psiquiatria

Assumiu a direção do manicômio o Prof. Mário Leal, catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina. Formalmente interina, na prática foi uma direção efetiva, numa gestão que durou mais de cinco anos, de outubro de 1925 a dezembro de 1930.

Como Mário Leal e seu antecessor eram professores da Faculdade de Medicina, nessas administrações aumentaram os vínculos entre a escola e o hospício. Mário Leal, como Catedrático, trabalhou para fazer do São João de Deus um centro de cultura psiquiátrica, para preparar tecnicamente os futuros profissionais. Para tanto, buscou que as observações clínicas ficassem a cargo da Faculdade. Implantou o serviço de anatomia patológica e elaborou a proposta de criação de um laboratório de Psicologia experimental (APEB.Calmon, 1927:140).

Antes de analisarmos as sugestões do novo diretor para a assistência aos alienados na Bahia, vejamos alguns dados levantados em relação à administração anterior, pois, embora as relações fossem cordiais entre os dois professores catedráticos da Faculdade de Medicina, Mário Leal tinha uma posição política clara de oposição ao seabrismo. Ele, juntamente com outros jovens professores de medicina, como Álvaro de Carvalho e Fernando São Paulo, fizeram parte da elite que fundou o partido de oposição - *Concentração Republicana da Bahia* - que elegeu Góes Calmon em 1924 (Sampaio, 1998:171).

Ao assumir a direção formalmente “interina” do manicômio, ele apresentou objetivamente uma série de informações que evidenciavam aspectos críticos da administração do Prof. Aristides Novis, revelando falhas ou mesmo descasos na assistência aos psicopatas: a) 47 doentes sem juízos clínicos firmados e 24 internados sem perturbação mental (p.98); b) 261 doentes sem observação clínica de um total de 478, ou seja, mais da metade (54,6%) dos asilados não tinham observações clínicas (p. 99); c) o serviço de odontologia realizou principalmente extrações, sendo 227 com anestesia e 118 sem anestesia (p.99); d) 114 doentes sem leitos: 70 mulheres e 44 homens (APEB. Calmon, 1926: 98-100).

Além do levantamento minucioso da situação do manicômio, foi elaborada uma série de propostas, inclusive para a viabilidade financeira das mudanças que sugeria. Além da

ajuda regular do Tesouro e da renda dos pensionistas (segundo seus cálculos a renda bruta anual seria 468:000\$000), Mário Leal contava com os recursos que seriam obtidos por um imposto que ele sugeria sobre a produção de aguardentes. Ele fez um levantamento dos alambiques e engenhos da Bahia, cuja produção era de mais de dezoito milhões de litros. Com um imposto de 100 réis por litro seria obtida a soma de quase dois milhões e trezentos mil réis que seriam alocados no “Fundo de Assistência aos Alienados da Bahia” para custeio, montagem e aperfeiçoamento dos serviços propostos (*Ibidem*, p.94-95).

Para a organização da assistência psiquiátrica na Bahia, além de defender a continuidade da expansão e melhorias físicas do “*Hospital Psiquiatrico*”, ele fazia a proposta de criação de mais dois estabelecimentos: o “*Serviço de Prophylaxia de Molestia Mentaes*” e a Colônia agrícola de alienados (APEB.Calmon, 1926: 93).

A Assembléia Legislativa do ano seguinte [1926] aprovou as leis que reformavam os serviços de assistência psiquiátrica, inclusive “o imposto moralizador de 10% sobre as bebidas alcoólicas, destinado ao fundo de assistência aos alienados e também aos sentenciados”⁸⁵ (APEB. Calmon, 1927: 138).

Pelo projeto aprovado, o Hospital deveria ter nove pavilhões, numa redução pragmática de quase a metade do projeto original da gestão de Eutychio Leal. Entre os existentes a serem reformados e os novos a serem construídos, ele destacava um para “*alienados impulsivos e delinquentes*”, outro para “*immundos*”, e outro para crianças, num total de 480 leitos, sendo 100 destinados aos pensionistas (*Ibidem*). A Colônia, com capacidade para 100 doentes crônicos tranqüilos, abrangeria também uma casa para fabricação de farinha e um estábulo para vacas (*Ibidem*, p.93-94).

Em março de 1928 Mário Leal foi mantido diretor do hospício com a eleição de Vital Soares para governador. Soares assumiu a continuidade do trabalho administrativo de seu antecessor e oposição ao seabrismo: “*Persiste o actual Governo na reacção,*

⁸⁵ A Assembléia Legislativa aprovou também em 1928 a criação de um “manicômio judiciário”, ligado à Secretaria da Polícia e Segurança Pública. O governo adquiriu naquele mesmo ano o terreno para construí-lo junto à Penitenciária (APEB. Soares, 1929:44).

iniciada na administração anterior, contra o velho regimen, velho e nefasto, que, largo tempo, ha dominado os nossos municipios” (APEB. Soares, 1929:15).

Com isso, o catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina conseguiu, até o final de sua gestão, interrompida com a “revolução de 30”, a implementação do Serviço de Profilaxia Mental, a cargo do dr. Júlio Calazans, o término da reforma do pavilhão Charcot, bem como a construção do Pavilhão-Colônia (GMB. Novis, 1932).

O antigo pavilhão Charcot, reconstruído, foi renomeado de **Anísio Circundes** (APEB.Barreto, 1930:227). Era uma homenagem àquele que, na primeira fase do asilo, sob a administração da Santa Casa de Misericórdia, tinha sido afastado de sua direção (ver capítulo anterior).⁸⁶

A Colônia, construída sob a forma pavilhonar, foi chamada “**Augusto Maia**”. Era também um desagravo da direção médica com outro colega que tinha se afastado do asilo. Dr. Augusto Freire Maia Bittencourt, primeiro *lente* de psiquiatria e ex-clínico do antigo Asilo, retornava simbolicamente ao Hospício, como nome de pavilhão, assim como acontecera a Demétrio Tourinho e Anísio Circundes, todos eles que, por confronto com a Provedoria da Irmandade, tinham deixado o asilo de alienados.

Mário Leal, na solenidade dessas inaugurações, embora no seu discurso tenha omitido ou mesmo manipulado acontecimentos históricos para retirar o papel do seabrismo na história do hospício⁸⁷, disse com lucidez que “*o progresso de uma sociedade se affere pelo cuidado com que são tratados os fallidos da razão*” (Leal, 1929:13562).

Com a construção do Pavilhão Colônia, em 1929, culminava-se essa etapa expansionista da “fase áurea” do hospício, onde a medicina mental realizara, com o apoio do poder público, uma série de melhorias, ampliações e novas construções, argumentando que o caráter inadiável dessas exigências era fundamental para realizar com êxito as

⁸⁶ Como o pavilhão Kraepelin nunca foi rebatizado e houve a retirada do nome de Charcot, é provável que esses fatos reflitam a diminuição da influência francesa e a hegemonia do organicismo alemão na psiquiatria baiana (e brasileira, vide a liderança de Juliano Moreira).

⁸⁷ Mário Leal era um militante político do calmonismo e declaradamente anti-seabrismo, a ponto de falsificar um acontecimento histórico (Leal, 1929:13563), ao afirmar que não foi J.J. Seabra e sim o governador Araújo Pinho que *arrancou* a administração do Asilo S. João de Deus da Santa Casa, além de saltar da direção de Eutychio Leal (1911-16) para a sua gestão no governo Góes Calmon, omitindo as gestões de Barreto Prager e Aristides Novis, no período de 1916 a 1925, de hegemonia do seabrismo.

proclamadas finalidades de tratamento, cura e reabilitação dos *psicopatas* e *degenerados*. Seguindo a sugestão dada pelo diretor Mário Leal, verificaremos a seguir, sobretudo na última seção, o grau de civilização e de cidadania na sociedade baiana, tomando como parâmetro o cuidado para com seus loucos.

Do ponto de vista dos agentes da prática psiquiátrica, sobretudo dos médicos, foi sem dúvida uma fase áurea na história do manicômio, assim denominada por um de seus intelectuais apologéticos, pois os psiquiatras retomaram a direção que estava sob a responsabilidade “leiga” do mordomo e administrador da Santa Casa, e garantiram juridicamente o poder no hospício, com o regulamento aprovado em lei, como parte do Código Sanitário. Além disso, reformaram o antigo solar Boa Vista e construíram uma dezena de pavilhões, entre os quais os reservados aos doentes particulares (“pensionistas”), o do manicômio judiciário para os psicopatas criminosos, a colônia para os crônicos e o do ensino prático da medicina mental. Naquele momento, o Hospital S. João de Deus concentrava entre seus muros todo o aparato responsável pelas práticas psiquiátricas realizadas na Bahia.

4.2 - Do alienismo ao higienismo organicista: o psiquiatra e os outros agentes do Hospício.

No cenário da instituição manicomial, com a passagem de Asilo da Santa Casa para Hospício do Governo estadual, tentaremos conhecer um pouco mais a atuação dos agentes e de seus saberes e técnicas incorporados à prática sobre os internados do “São João de Deus”, que, como visto anteriormente, recebeu no final desse período a denominação de Hospital.

A mudança de *alienista* - primeiro nome médico dado ao agente especializado no cuidado à loucura - para *psiquiatra* era também a redefinição da prática baseada num modelo moral - onde o recurso terapêutico nuclear era o chamado “tratamento moral”, caucionado na noção de recuperação, obtida principalmente pelas técnicas educativas disciplinares -, para o modelo médico de caráter organicista, com a incorporação progressiva das técnicas psicobiológicas e centrado na noção de irrecuperabilidade da doença mental. Esse predomínio só se verificou a partir da década de 20.

A primeira gestão do hospício, depois de sua avocação, ainda guardava a tradição do alienismo francês. Porém, não foi por acaso que na direção de Eutychio Leal, um pavilhão tenha sido construído e batizado de Kraepelin, nome do psiquiatra alemão que se destacou principalmente pela sua classificação nosológica.

Juliano Moreira na direção do Hospital Nacional estimulou muito o intercâmbio daquele serviço federal com os estaduais (Moreira, 1907; 1910). Assim, a viagem do diretor Eutychio Leal, ao sul do país e à Argentina, para conhecer os principais serviços de assistência aos alienados, fazia parte de uma estratégia nacional de modernização da psiquiatria brasileira.

No Hospício Nacional, ele conheceu o trabalho do Dr. Fernandes Filgueiras com as crianças com retardo mental, no pavilhão Bourneville (Leal, 1912:366-67). Foi no Rio de Janeiro, onde ele recolheu a idéia da separação pavilhonar, não só entre agudos curáveis e crônicos incuráveis, mas também a criação de pavilhões especiais para os alienados delinquentes, para os epiléticos, entre outros (*Ibidem*, p.363; 368).

Citava como meios terapêuticos mais eficazes em patologia mental a *balneoterapia* e a *clinoterapia*. O primeiro era um velho instrumento do tratamento moral para os agitados. Embora o Hospício S. João de Deus só tivesse uma banheira, o diretor se vangloriava dos resultados obtidos (Leal, 1912:369). Em relação à clinoterapia (do grego *kline*, leito), onde o tratamento era desenvolvido com o paciente no leito, em repouso prolongado e com nutrição adequada, requerendo para tanto salas apropriadas, o diretor lamentava o Hospício não possuir instalações adequadas para esse tratamento, cujo baiano Juliano Moreira foi um dos precursores de seu uso no país (Passos, 1975: 13)⁸⁸. Em 1923, numa visita do Governador J.J. Seabra, o diretor do manicômio - Aristides Novis - cobrava publicamente do governador esse recurso terapêutico para os casos agudos (Novis, 1923: 315).

Eutychio Leal sustentava também a tese que a ociosidade era a única razão de desordem numa casa de alienados (Leal, 1912: 370) e conseguiu organizar no São João de Deus uma sala de costuras para as mulheres (p.371). Apesar do pequeno número de doentes na costura, o hospício “*nunca precisou contractar fóra o arranjo do seu vestuário*” (Idem, 1918). Defendeu a ampliação da *laborterapia*, através de marcenaria, colchoaria, sapataria, entre outros ofícios (Idem, 1912:404-406). O diretor conseguiu da Secretaria da Fazenda uma máquina de fazer blocos de cimento (Idem, 1918). Mantendo-se, assim, na tradição alienista de Esquirol e Ferrus, ele proclamava a tríplice finalidade do trabalho no manicômio: “*não é só um meio de eficaz disciplina interna, como de ordem terapeutica, sem falar por enquanto no interesse economico*”(p.370; grifos nossos)

Era essa crença das finalidades múltiplas do trabalho que o levou a defender a colônia agrícola. O diretor chegou a ser categórico: “*Se alguma coisa pode faltar entre os processos de assistência, uma ha pelo menos que se impõe de todo e sempre; é a colonia agricola*” (Leal, 1912: 476). Justificando em seguida: “*E isto em razão do grande numero de doentes que existem em todos os hospitais capazes de pôr sua validez physica á serviço de casa, e com grande economia para ella*” (Idem, *ibidem*). Verificasse que um dos objetivos claramente predominava - o econômico, servindo às colônias

⁸⁸ Resende (1994:46) considera, num possível anacronismo, a clinoterapia - “o vulgar repouso no leito” - como um tratamento sem valor terapêutico. Indagamo-nos: quantos dos recursos que estão sendo utilizados nesse início de milênio não serão considerados sem valor terapêutico num futuro breve?

para desafogar o hospício para os doentes agudos. Elogiava o trabalho de Franco da Rocha nas Colônias do Juquery e a colônia de Lujan (Leal, 1912, p.479).

No seu relatório referente ao ano de 1914, depois de elogiar a localização e o clima no sítio da Boa Vista, Eutychio Leal cobrou do governo o afastamento da vizinhança que se apossara dos terrenos do Hospício, com a finalidade de criar uma colônia agrícola (APEB.Seabra, 1915: 84). Esta proposta, defendida desde o início, só foi concretizada no final dessa conjuntura, na gestão de Mário Leal, esperando, assim, quinze anos para a colônia, sob a forma pavilhonar, tornar-se uma realidade.

Ainda em relação aos recursos assistenciais, o primeiro diretor do hospício estatal na Bahia ficou impressionado com a assistência familiar introduzida por Franco da Rocha, a partir dos estudos que fez na Escócia (Leal, 1912: 483). O diretor guardou com simpatia a visita que fez a um grupo de quatro alienados confiados à guarda de um “nutrício”, morando numa pequena fazenda perto do Hospício de Juqueri (*Ibidem*, p.485).

Em relação aos agentes, embora a ênfase da análise tenha sido até agora sobre o médico, compreensível pela sua quase absoluta hegemonia no plano técnico naquela época, o texto do diretor do manicômio nos oferece uma idéia de como era a formação dos “enfermeiros”.

Segundo a descrição do diretor Eutychio Leal:

“Não ha na Bahia um enfermeiro instruido na sua profissão. Apanha-se ao acaso um individuo qualquer, de conhecimentos rudimentarissimos, muita vez analphabetos e admitte-se n’um dado serviço clinico. Somente depois de alguns annos de continuado exercicio elle forma o patrimonio que deveria ser a sua carta de apresentação nas enfermarias” (Leal, 1912: 410-11).

Em relação ao Hospício S. João de Deus, não havia nenhum empregado com a mais elementar instrução profissional (*Ibidem*, p.411). E dessa ignorância quem pagava o tributo cruel eram os infelizes alienados. Em sua visita ao Hospício Nacional no Rio, Leal foi informado do caso de um enfermeiro admitido sem a adequada formação e que teria infligido castigos físicos a um alienado pensionista. O fato ganhou repercussão na imprensa (*Ibid.*,p.418).

Para corrigir essa educação defeituosa, pois, mesmo que o profissional venha a desenvolver uma prática irrepreensível, ele permaneceria ignorando a “razão teórica” da ação executada, o diretor defendeu a criação no manicômio de uma escola de enfermeiros, como tinham criado tanto o Hospício Nacional quanto o de Juqueri, em São Paulo. Juliano Moreira deu tanta importância que escreveu na época um manual para o enfermeiro em hospital psiquiátrico (Leal, 1912: 419).

O programa e o regulamento da Escola de enfermeiros do Hospício de Juqueri foram citados no seu artigo na Gazeta Médica, como modelo a ser seguido. Um dado que reflete o grau de hegemonia médica e a subordinação do enfermeiro, era a existência no manual de uma seção com seus deveres não apenas para com o doente, mas também para com o médico (*Ibidem*, p.418). Apesar da racionalidade da proposta, ela não foi viabilizada. Duas décadas depois, em sua segunda gestão, Novis reivindicava, em vão, enfermeiras diplomadas para treinar esses auxiliares em serviço.

O organicismo higienista

O pensamento médico-organicista passou a exercer o completo domínio no hospício, com Aristides Novis, desde a sua primeira gestão (1920-25), o que já vinha acontecendo em quase todo o país, sob a forte influência de Juliano Moreira, que era um intelectual respeitado, inclusive nos países centrais, pelas suas pesquisas nessa linha organicista (Peixoto, 1933).

Novis concebia o manicômio não mais inspirado no feitiço das prisões, mas como uma organização hospitalar, que reconhecia o louco “antes um doente do que um criminoso”, ou seja, um “*enfermo do cérebro*” (Novis, 1923: 312). Não foi por acaso que, em sua segunda gestão, o manicômio recebeu o nome de Hospital Juliano Moreira. A ênfase desse professor de fisiologia era na gênese orgânica, mas, com uma parcial noção de recuperação, que tornava alguns quadros psicóticos recuperáveis, defendendo a cura pela intervenção precoce, por exemplo, nas psicopatias ligadas à sífilis. Daí sua prioridade ao laboratório de análise clínica, para ajudar no diagnóstico e tratamento das moléstias mentais, mas também das doenças intercorrentes (Novis, 1923).

Sua preocupação bacteriológica, o paradigma dominante na medicina, vai levá-lo a defender um “*pavilhão de isolamento*”, para evitar “*a promiscuidade dos doentes com molestias infectuosas com os demais*”(Ibidem, p.314), enumerando como as mais relevantes no manicômio: a tuberculose e a disenteria, mas também o beribéri, cuja etiologia estava em discussão na época, mas Novis e seu chefe imediato, Gonçalo Moniz, defendiam a natureza infecciosa da doença.

Abre-se aqui um parênteses, pois, sendo esta seção onde se discute os saberes e técnicas dos agentes da prática manicomial, parece-nos relevante conhecer a concepção sobre esta doença que continuava epidêmica no hospício do Estado, como tinha sido na época do asilo da Santa Casa. Gonçalo Moniz, colega de Novis na Faculdade, como Catedrático de Patologia Geral, desde 1915 (Oliveira, 1992:347) e Diretor de Saúde Pública, órgão ao qual estava subordinado o Hospício São João de Deus, declarou que

“a observação feita em nosso meio é contraria á doutrina da pathogenia alimentar do estado morbido de que me occupo: este apparece e desaparece sem que nenhuma influencia se nôte, num ou noutro sentido, na qualidade da alimentação usada pelas pessoas por elle acometidas. Surge, de facto, sem que alteração alguma se tenha dado no regimen nutritivo dos atacados e não raro termina pela cura, espontaneamente ou pela acção do tratamento apropriado, continuando o enfermo a alimentar-se da mesma fôrma que antes de adoecer” (APEB. Moniz, 1921: 104-105).

Moniz prosseguia sua análise, mostrando-se informado do debate travado nos centros mais avançados, porém, nos casos observados e diagnosticados de beribéri, não tinha ele verificado “*qualquer relação de causa e efeito entre o mal e a carencia, na dieta anterior dos que são por elle affectados, de principios chimicos especiaes, mais ou menos definidos, com particular referencia, das hoje tão faladas vitaminas*” (Ibidem, p.105). E conclui, confessando sua crença: “*Sou muito inclinado a crer, (...), que o que na Bahia, nós medicos chamamos beriberi é um estado morbido de natureza infectuosa ou toxi-infectuosa, embora de especificidade não ainda bem demonstrada*” (Ibid., p.105; grifos nossos). Aqui nos parece mais um exemplo de antolho paradigmático. Mas o diretor de Saúde Pública finalmente abriu espaço na sua crença para alguma dúvida: Se fosse demonstrada que se tratava de uma avitaminose, ele evidentemente concordaria com a exclusão do beribéri no quadro das “*moléstias transmissíveis*” (p. 106).

Além dessas reformas intra-muros, Aristides Novis defendia em seu artigo na *Gazeta Médica* a criação de um Serviço de Profilaxia Mental. Era, segundo o autor, um assunto novo e palpitante, em cogitação nos principais centros americanos e europeus. Esse serviço externo passaria

“a cuidar em domicilio os affectados do espirito, dos quaes, conforme Gilbert Ballet, a vultuosa cifra de 80% é de individuos não passíveis de internamento”, [o que iria] “alliviar a contribuição economica do Estado, restringindo a população dos Hospícios, onde taes enfermos iriam encontrar nos verdadeiros exemplares da loucura, pasto fértil para medrar e fazer expandir sua predisposição” (Novis, 1923: 315-16).

Ele não conseguiu viabilizar esse serviço aberto, proposto pelo movimento de higiene mental, principalmente em sua primeira fase, como as iniciativas de Gustavo Riedel. A mentalidade higienista, entretanto, consolidou-se na psiquiatria baiana. Um exemplo eloqüente verifica-se no trabalho de Santos (1923), um dos médicos assistentes do São João de Deus.

No seu artigo publicado na prestigiada *Gazeta Médica da Bahia*, em sua edição especial, em homenagem ao centenário da independência da Bahia, após estudar as doenças mais freqüentes no hospício por mais de uma década (1912-22), cujos dados analisaremos na seção seguinte, o Dr. Murillo Celestino dos Santos escolheu como ponto essencial de suas considerações gerais, a questão da raça (Santos, 1923: 255).

Primeiramente ele destacava a confusão entre raça e cor, chamando a atenção que na raça de mestiços tinha pessoas da cor parda, preta e branca (*Ibidem*, p.255). A seguir levantava a tese de que *“a mestiçagem deve até certo ponto ser encarada, psicologicamente, como factor de degeneração”* (*Ibid.*, p.255).

O autor afirmava também que, na Bahia, não existia mais o africano legítimo e já era regular o contingente asiático, destacando não os amarelos, mas os árabes, que, segundo ele, contribuíam para embarçar a nossa organização étnica. Para Santos *“não póde haver synergia completa, si, modificações constantes de ordem biologica, não foram reparadas pela educação psycho-somatica”* (p.256). Como conseqüências dessa falta de sinergia, a mestiçagem podia levar ao heteromorfismo, a desarmonia de sentimentos e até perturbações biológicas nas trocas químicas celulares, resultando daí, anomalia

psíquica (p.256). Aqui, ele abria a porta para a defesa da higiene mental e sua prevenção educativa.

Tomando como premissa a tese de que não existia unidade fisiológica nos tipos de nossa raça, ele concluía que a mestiçagem causava instabilidade e, como todas as funções guardavam relações entre si, não poderia haver boa organização mental, se essa harmonia fosse perturbada. Ressaltava também a tese da *“influencia indelevel dos geradores sobre o ser engendrado”*, onde *“a mestiçagem ora perturbam os traços essenciais ora fazem reviver os caracteres atávicos, de indivíduos mergulhados na noite dos tempos* (p.257)

Por fim, o autor propunha cuidar da raça, para ver realizada a previsão do historiador Visconde de Porto Seguro, segundo a qual o brasileiro teria *“a energia e intrepidez dos indígenas, o coração dos negros e a intelligencia dos brancos”* (p.257).

Aqui constatamos como toda periodização é relativa. Vimos que Costa (1981) dividiu a higiene mental em duas fases e que foi na segunda etapa, da *“higiene social da raça”*, a partir de 1931, que a mestiçagem passou a ser duramente criticada pela ideologia do purismo racial. Esse trabalho de Santos é ambíguo, não sendo por acaso que ele o conclua com a citação do Visconde de Porto Seguro, mas em todo o trabalho perpassa a idéia da miscigenação - do mestiço, do pardo - como fator de degeneração.

A concepção organo-higienista, defendida por Aristides Novis e Murillo Santos, além de presente nos artigos do novo regulamento do hospital e na criação do novo serviço de profilaxia mental, também orientava a prática do diretor, Mário Leal, que era o Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Bahia. Em 1915, uma lei federal separou novamente a psiquiatria da neurologia e Pinto de Carvalho, o catedrático da cadeira conjunta, optou em ficar na cadeira de doenças nervosas. Mário Leal, que fora segundo lugar no concurso, foi nomeado para a cátedra de psiquiatria, ficando de 1915 a 1947 (Rubim de Pinho, 1992).

A sua proposta de criação de um imposto sobre bebidas alcoólicas inspirava-se nas idéias da Higiene Mental. Argumentando a favor da medida, ele afirmava que taxando esse produto que não era de primeira necessidade, esse acréscimo no preço concorreria indiretamente para combater o seu uso imoderado, pois o alcoolismo tem sido um dos

importantes fatores na gênese das doenças mentais (APEB.Calmon, 1926:95). Mas, em vez de considerar que a medida poderia penalizar os produtores das bebidas pela diminuição do consumo, o diretor, coerente com a concepção do higienismo moralista, considerava justo que o ônus recaísse sobre o paciente dependente, considerado como um degenerado:

“É justo e natural que o toxicomano ou o viciado, ao levar aos lábios o líquido com que satisfaz o imperio de seu vicio ou da sua doença, prejudicando a si e á sociedade, nos deixe a certeza de que attenúa em parte o mal que produz, pagando exclusivamente o onus que em boa justiça não deverá recahir sobre os hombros dos seus concidadãos, que, livres de vícios e de taras degenerativas, concentram todos os seus esforços e energias sadias no trabalho commum em prol da grandeza e da força da Patria” (Ibidem, p.95; grifos nossos).

Não foi por acaso que os deputados chamaram-no de ‘imposto moralizador’. Com a lei aprovada, o Governo recebeu do Presidente da Liga Brasileira de Higiene, Ernani Lopes, uma moção saudando essa lei de 30 de agosto de 1926, *“que responsabiliza as bebidas espirituosas por dois de seus maiores delictos - a loucura e o crime”* (in APEB.Calmon, 1927:138). Essa idéia de criar o Fundo de Assistência aos Alienados e Sentenciados, mediante um imposto sobre um vício, gerou debate e tomada de posição, mas não só dos interesses contrariados, pois o Hospício recebeu doações e até parte de uma herança para o fundo (APEB. Calmon, 1927:139).

A teoria da degeneração, de inspiração não só moreliana, mas também lombrosiana era muito difundida no período. No ofício que o Juiz de Monte Alegre encaminhava o menor José G. S. para o hospício, ele o descrevia como um rapaz de 16 anos, *“côr morena carregada”*, de constituição forte, testa estreita e fugitiva, tipo braquicéfalo, de olhar vago e amortecido, dando a impressão de estrabismo convergente; tinha a cabeça fortemente inclinada para a direita; ombro direito mais baixo que o esquerdo; membros inferiores em desproporção com os superiores que não eram simétricos. Pai e mãe eram alcoólatras reumáticos (sic). O irmão mais velho era ‘atoleimado’. O doente começou desde cedo a dar ataques, quando caía, batia-se, ficando com os dentes cerrados, espumando e com braços e pernas duros. Um médico de Mundo Novo medicou e os ataques ficaram mais espaçados. Depois dos ataques o doente não se recordava de nada. A moléstia foi diagnosticada como *epilepsia*, mas *“a causa da moléstia era heredo-sifilis e tara paterna devida a alcoolismo”* (APEB.Caixa nº 3193, of. 15.01.1930).

Mesmo doenças claramente relacionadas com a herança, como a epilepsia, tinham como determinante o fator moral, que era o elemento essencial na compreensão do alcoolismo⁸⁹.

Outro exemplo que evidencia a posição higienista, heredo-organicista do diretor Mário Leal encontra-se na sua correspondência ao Secretário de Saúde, comunicando indignado os termos da petição enviada pelo Vice-Consul da Suécia, na qual pedia a transferência do doente Arne S., da classe de pensionista para a classe de indigente:

“Em face do Regulamento teria, esta Directoria, de fazer-lhe a vontade si ao nosso espirito de brasileiro não estivesse bem vivo o dever de evitar, por todos os meios, que as nações européas façam recahir sobre nós o onus de supportar os destroços da sua decadência racial. Trata-se de um doente de demencia precoce que já imigrou para o Brasil com sua tara degenerativa, passada desapercibida pelas nossas autoridades portuárias.” (APEB.Caixa nº 3194, of. 222, 20.12.1929; grifos nossos).

O diretor do hospício concluía, lembrando ao Secretário que ele tinha poder para fazer o paciente retornar ao seu país natal. Seu higienismo organicista tinha uma forte conotação xenófoba e nacionalista, mas tudo indica que não era racista, inclusive o caso relatado não era nem negro nem amarelo, mas um branco escandinavo.

A Colônia Agrícola - o trabalho como terapia para os crônicos

Com Mário Leal concretizou-se também uma idéia muito cara aos antigos alienistas, agora denominados psiquiatras: a Colônia para os alienados crônicos, preconizada como um instrumento terapêutico, sobretudo, pelo uso do trabalho agrícola. Se na época de Góes Sequeira e Demétrio Tourinho, a chácara da Boa Vista oferecia todas as condições de um Asilo-Colônia, em pouco tempo, a expansão urbana modificou aquelas condições, tendo o relatório da Comissão que teve a presença do jovem Prof. Juliano Moreira, no final do século passado, entre as suas propostas, recomendado a destruição do velho Asilo S. João de Deus e a construção de um novo, abrigando um sistema misto “Asilo-Colônia” (Vianna, Fontes e Moreira, 1895).

⁸⁹ O termo *alcoólatra*, tão em voga, significa, etimologicamente, aquele que *adora, venera* o álcool (Cunha, 1999:467).

Na primeira década do século, apesar da elevada mortalidade, os hospícios continuavam a receber um número elevado de doentes, principalmente os chamados “indigentes”, cuja possibilidade de alta hospitalar era remota para a grande maioria. Como alternativa para essa superlotação, Afrânio Peixoto recomendou ao governo federal a fundação de Colônias Agrícolas, recebendo o apoio de Juliano Moreira, então Diretor da Assistência aos Alienados do Distrito Federal. Além desse apoio no âmbito federal, outro intelectual médico importante, Nina Rodrigues, em 1905, também passava a exigir uma colônia para os pacientes crônicos na Bahia, devendo ser situada nas proximidades do Asilo, na Quinta da Boa Vista, podendo depois serem construídas outras na periferia da cidade (Leal, 1912: 473-74).

Com a volta da direção médica ao asilo, intensificou-se a luta pela construção da Colônia, tendo o diretor Eutychio Leal dado destaque à introdução da assistência em colônias e de uma posterior assistência familiar, inspirado nos trabalhos de Franco da Rocha em São Paulo. Conseguiu do Governo a decisão de afastar os antigos arrendatários nos terrenos da Fazenda Boa Vista, cujo localização era propícia para a instalação de uma colônia agrícola (APEB.Seabra, 1915:84). Posteriormente, com o novo governo de Antônio Moniz, em 1916, houve retrocesso não só da proposta de construção da colônia mas de toda a política de assistência aos alienados “pela avareza orçamentária” (Leal, 1918), questão que, como já dito na seção precedente, derrubou o próprio diretor Eutychio Leal.

O regulamento do Hospício S. João de Deus, de janeiro de 1918, aprovava a criação da Colônia quando no seu art. 2º afirmava que o manicômio tem duas partes: um asilo fechado e uma Colônia a ser estabelecida em terreno apropriado (Bahia, 1921: 5). O diretor Barreto Prager afirmava que o Estado já possuía o terreno apropriado adjacente ao Hospício, mas as circunstâncias - grave crise econômica num contexto de guerra mundial - não eram propícias à construção (APEB. Aragão, 1918:73; 1920:110). O novo diretor sabia que para permanecer no cargo não poderia assumir num contexto de crise uma posição de reivindicador.

Aristides Novis, ao assumir a direção, defendeu a Colônia Agrícola como uma das exigências do manicômio moderno (APEB. Moniz, 1921:34). A possibilidade de diminuir a despesa com uma assistência onerosa, tornava o Estado mais receptivo à proposta. Em 1923, com a visita do Governador J.J. Seabra ao hospício, ele solicitou a

construção de uma Colônia e ressaltou que o projeto com esse objetivo já tinha sido aprovado na Câmara (Novis, 1923: 315).

Entretanto, só em 1929, foi construído o Pavilhão Augusto Maia, na gestão de Mário Leal, no governo de Vítor Soares, ficando a mais de um quilômetro da sede do hospício e obedecendo em sua localização e arquitetura ao plano de criação de uma Colônia destinada aos enfermos tranqüilos (APEB.Barreto, 1930:227).

Antes de discutirmos as relações entre os agentes, intelectuais e subalternos, da prática psiquiátrica da segunda e terceira década do século XX na Bahia, relataremos uma curiosidade, relacionada com a questão do saber psiquiátrico.

Embora fossem os autores alemães os mais influentes na psiquiatria daquela época, a língua que os brasileiros, como quase todo o mundo ocidental, estudava medicina e, em particular, psiquiatria, ainda era a francesa. No inventário do Hospital, em 23 de janeiro de 1930, a biblioteca tinha nove coleções de revistas e cem livros em francês dos 157 títulos, contando com os onze livros doados pelo ex-diretor, Dr. Anísio Circundes de Carvalho. Ou seja, quase 70% do acervo da biblioteca do manicômio, que era também um centro de ensino, estava escrito em francês (ver quadro abaixo). Os autores alemães apareciam em obras traduzidas em francês e em italiano.

TABELA 6 - TÍTULOS (LIVROS E REVISTAS) DA BIBLIOTECA DO HOSPITAL S. JOÃO DE DEUS – 1930

Livros	Nº	Revistas (coleções)	Nº
Francês:	100	Francês	9
Português: - Psiquiatria	11	Português	1
- Outros*	10	Inglês	1
Inglês	11	Subtotal	11
Italiano	5	Outras publicações	8
Espanhol	1		
Subtotal	138	Total	157

* Eram livros sobre saúde pública ou relatórios de autoridades sanitárias.

Fonte: APEB.Caixa 3194, of. nº 7 de 23 janeiro de 1930.

Conflitos Profissionais e punições

Nos anos 20, quando a concepção alienista foi definitivamente superada pelo organicismo higienista na Bahia, uma das medidas tomada pela direção médica foi a obtenção do respaldo jurídico para o seu poder no dispositivo jurídico-institucional do manicômio. Detalharemos um pouco mais as conquistas no poder de intervenção dos psiquiatras sobre os “psicopatas”, conquistas registradas no regulamento do hospício e cuja materialidade tecnológica reflete também um poder político de controle e domínio.

Desde o regulamento de 1918, o diretor-médico tinha um poder absoluto sobre o doente no hospício, podendo como “*medidas de tratamento ou de ordem, infligir aos enfermos as seguintes penas: a) privação de visitas; b) proibição de passeios ou diversões; c) reclusão solitaria (em casos excepcionaes)*” (Bahia, 1921:11, art. 32; grifo nosso). Este poder autoritário sobre o “psicopata” foi mantido no Regulamento de 1925 (Bahia, 1926, art. 3º, alínea b; art. 18)⁹⁰, que vigorou ate meados dos anos 40.

O poder era mais amplo, pois em ambos os regulamentos o diretor tinha também o controle da correspondência dos pacientes, podendo inclusive violá-las caso julgasse necessária (Bahia, 1921:11-12, art.34), sendo este poder estendido para os médicos-assistentes no Regulamento de 1925 (Bahia, 1926:509, art. 19). Em relação à saída do paciente, se em 1918, o impedimento pela direção era mantido mesmo com o pedido do responsável e caso este insistisse, o fato seria levado ao conhecimento de uma autoridade legal (*Idem*, 1921:14, art. 45), em 1925, este foi um dos poucos artigos onde o poder autoritário do diretor sofreu uma relativa restrição, uma vez que ele poderia impedir a saída, mas se o responsável fizesse a solicitação, seria exigida desse último apenas a assinatura de um termo de responsabilidade (*Idem*, 1926:510, art. 30).

Para dispor desse poder, o Regulamento de 1925 estabelecia duas exigências básicas para a condição de diretor geral do hospício (Ibidem, p.521, art. 83): a de que fosse um profissional devidamente “habilitado”, ou seja, diplomado em alguma Faculdade de Medicina; e residente no estabelecimento, conforme Lei Federal de 1903. Essa onipresença médica era também exigida aos assistentes de plantão, de tal forma que “a

⁹⁰ A linguagem ficou menos policial, mas ainda assim repressiva: “*O Director Geral poderá, em certos casos, como medida de tratamento ou de ordem, tomar medidas disciplinares, relativamente aos doentes, de accordo com o seu estado mental*” (Bahia, 1926:508, art. 18; grifos nossos).

qualquer hora do dia ou da noite haja no estabelecimento pelo menos um médico e um interno” (Bahia, 1926:511, art. 40).

Se, de um lado, estavam os agentes intelectuais dotados desse poder autoritário, do outro, estava o paciente com seu poder contratual praticamente nulo. Sem dúvidas, ao pagar as diárias, o pensionista tinha algum poder contratual, que lhe garantia alguns privilégios – como acomodações, alimentação e serem dispensados de várias obrigações como, por exemplo, a do trabalho “terapêutico”, que só os “enfermos indigentes” eram submetidos (*Ibidem*, p.509, art. 23, alínea *e*). Sua condição diferenciada o levava a ser submetido mais diretamente ao agente intelectual, enquanto que os doentes indigentes ficavam submetidos a todos os elos da cadeia dos agentes intermediários, que, em certa medida, compartilhavam do poder autoritário sobre o psicopata.

No entanto, seja indigente ou mesmo pensionista, os pacientes eram submetidos a uma vigilância total sobre suas vidas, vigilância que começava na entrada quando eram revistados, sendo retirados os seus objetos pessoais “de valor” (Bahia, 1921:12, art. 37, alíneas *a*, *b* e *c*; 1926:509, art. 23), iniciando um processo de “mortificação” (Goffmann, 1974), simbolizado na transformação do sujeito doente num registro e num rótulo.

Nessa modalidade repressiva do aparato psiquiátrico, o enfermo não era o único vigiado, pois os “guardas” e os “serventes” eram vigiados pelos “enfermeiros” (Bahia, 1921:23-24, art 62; *Idem*, 1926:519, art. 67), que, por sua vez, eram vigiados pelos inspetores (1921, art. 58 alínea *a*; 1926, art. 65) e pelo “pessoal da ronda” (1921, art. 72) e todos esses agentes diretos ficavam submetidos ao controle dos médicos assistentes, que eram subordinados apenas ao diretor geral. O panóptico não era mais uma simples torre de concreto, era um olhar que vigiava a partir de múltiplos olhos.

Esse sistema de controle já existia antes dos regulamentos de 1918 e 1925, mas ficou mais ordenado com as normas legais. Através de informações obtidas pelas correspondências expedidas, no período de janeiro de 1921 a setembro de 1925, na primeira gestão de Novis, constatamos que foram realizadas, pelo menos, 49 punições de funcionários (ver Tabela 7 abaixo), sendo quase meio a meio demissões e perdas de vencimentos.

TABELA 7: PUNIÇÕES DE FUNCIONÁRIOS DO HOSPÍCIO S. JOÃO DE DEUS
JAN. 1921 - SET. 1925

Categoria	Demissão	Perda vencimentos	Total
Aux. Acadêmico	1	-	1
Enfermeiros	4	2	6
Guarda	9	14	23
Servente	5	9	14
Outras	5	-	5
Total	24	25	49

APEB.Caixas n. 3189; 3190; 3191; 3192.

Havia entre os funcionários de todo o setor público na Bahia uma distinção: “pessoal superior” e “pessoal inferior”. Desde a gestão de Eutychio Leal (1918), o hospício tinha no seu quadro de servidores, além de diretor médico, médicos assistentes, farmacêutico, dentista, administrador e amanuense, além de auxiliares acadêmicos. Não havia nesse período ‘enfermeira diplomada’ no manicômio. O “pessoal inferior” era formado pelos inspetores, “enfermeiros”, guardas, serventes porteiros e os outros empregados dos serviços de apoio. Era oficial essa distinção que havia no hospício, bem como nos outros hospitais públicos, com diferenciação não só do salário⁹¹, mas até da alimentação, pois o “pessoal inferior” tinha uma “ração” com as mesmas restrições em quantidade e qualidade dos doentes “indigentes”.

As punições eram quase exclusivamente do “pessoal inferior”, sendo a maioria dos punidos os guardas (9 demissões e 14 perdas de vencimentos) e serventes (4 demissões das 11 punições). Já os enfermeiros, embora tenham sido só 6 punições, 4 foram com demissões.

Na seção seguinte, quando discutiremos o cuidado aos doentes, verificaremos que foi a violência contra os doentes, a principal das razões que levaram a direção a punir, inclusive com a pena de demissão, muitos desses funcionários.

⁹¹ Observando a tabela de vencimentos do pessoal do Hospício, publicada no Diário Oficial do Estado, (Bahia. Diário da Assembléia, 1921, p.1043), constatamos uma outra discriminação, de gênero, pois, o inspetor ganhava mais 200 mil réis que a inspetora e o enfermeiro mais 662 mil réis que a enfermeira (Rs. 1:980\$000 / Rs. 1:680\$000, e 1:502\$000 / 840\$000, respectivamente).

Do “pessoal superior”, apenas um auxiliar acadêmico de medicina foi demitido. O estudante Francisco Assis Souza, vítima de um incidente com uma paciente pensionista “impulsiva”, reivindicou providências administrativas (um compartimento para aplicação das injeções) no livro de plantão (APEB.Caixa n. 3244, 26.02.1922). Um mês depois, registrou novamente no livro de plantão críticas às insuficiências do hospício, como o horário de funcionamento da farmácia e falta de material para aquecimento e transporte de água para os banhos de doentes agitados (*Ibidem*, 22.03.1922). A ousadia desses registros no livro de plantão foi determinante para essa punição máxima, inusitada mesmo num segmento subalterno - auxiliar acadêmico - da elite dirigente do manicômio.

Na vigência do novo regulamento de 1925, a gestão de Mário Leal buscou mais penalizar o servidor com censura ou perda de vencimentos do que demiti-lo (ver quadro abaixo). Entre as punições merece destaque a perda de vencimento de uma servente por ter comprado drogas homeopáticas para uma doente (Caixa 3192, of. 27.11.1926). Eram punidos em geral por abandono de posto, negligência ou omissão na evasão de pacientes. Há casos de desacato, desrespeito a ordem médica ou de enfermeiro. Um caso de embriaguez no serviço. A demissão do médico Antonio Gil foi por abandono ao emprego (APEB.Caixa 3194, of. 24.07.1930).

TABELA 8: PUNIÇÕES DE FUNCIONÁRIOS DO HOSPÍCIO S. JOÃO DE DEUS
Out.1925 - Out. 1930

Categoria	Censura	Perda vencimentos	Demissão	N/ especific.	Total
Médico	-	-	1		1
Aux. Acadêmico	-	-	-		-
Inspetor	1	1	-		2
Enfermeiros	1	1	1		3
Guarda	1	15	4	2	22
Servente	1	16	3		20
Outras	-	-	1		1
Total	4	33	10	2	49

APEB.Caixas nº 3192; 3193; 3194.

Houve uma diminuição de registros de casos de violência dos funcionários contra os pacientes, que pode explicar a diminuição das demissões. Mas tal diminuição de registro não nos permite afirmar com absoluta segurança de que houve uma diminuição da violência ou se foi um sub-registro. As correspondências são úteis pelo que elas trazem, mas elas são incompletas, pois muito desse testemunho foi perdido.

No exame desses documentos involuntários - memorando, ofícios expedidos e recebidos, cartas etc. - observa-se a existência de muitos conflitos entre os profissionais que atuavam no hospício. Vejamos alguns deles:

1 - entre os profissionais de formação universitária, onde emergia claramente a questão corporativa entre as duas profissões de nível universitário - médicos e farmacêuticos, uma vez que a participação do dentista era pequena na vida manicomial:

- o médico Antonio Gil Cerqueira Pinto se dirigiu ao diretor se queixando que o farmacêutico se referiu a ele em termos pouco corteses, “chegando a ousadia de desfazer uma ordem dada por mim”. Considerou ter sofrido, juntamente com um auxiliar acadêmico, uma “agressão insólita” e, por isso, solicitava que o profissional fosse repreendido (APEB. Caixa n. 3192, of. 18.03.1927). Por outro lado, o farmacêutico Ciro Rodrigues Filho tinha considerado o *memorandum* do médico para ele “descortez”, quando estava sendo dirigido “*a um diplomado garantido pelas mesmas leis. Dentro das raias de minha profissão não adimitto que me venham desautorizar individuos sem credenciaes para tal*” (*Ibidem*, of. 11.03.27).

- Novamente Dr. Antonio Gil criticava através de um *memorandum* para o farmacêutico chefe, Arlindo de Lima Teles, a qualidade do material de Seção de Medicamentos do Instituto Oswaldo Cruz, que funcionava nas dependências do Hospício São João de Deus - HSJD (*Ibid.*, of. 28.05.27).

2 - Entre os profissionais graduados (médicos, farmacêuticos) e os empregados subalternos:

- Dr Arthur Ramos, assistente interino, criticava o “serviço de enfermeiros viciados por um longo hábito pernicioso a uma assistência falha e descontinua às doentes confiadas as suas guardas”(APEB.Caixa n. 3192, of. 21.05.27).

- Dr. José Júlio Calasans prescreveu banheira em série para uma de suas pacientes (D. Alzira A.). Como as banheiras eram novas, ele foi ensinar o manejo delas, no pavilhão

Júlio de Matos. Com essa experiência o assistente interino constatou que *“as serventes deste Estabelecimento não têm absolutamente, rigorosamente, incontestavelmente, a menor noção do que seja o serviço.”* E não ficou só nisso: *“são de uma ignorância absoluta e suprema, fechada a todas ás luzes inclusive a do sol”*. Citava alguns exemplos da incompetência desses serventuários, aos quais *“não há reclamações possíveis para fazel-os entrar no cumprimento do dever”*. Concluía dizendo que, se fosse dado a ele o poder para resolver tal estado de coisas, apelaria sem vacilar para uma demissão em massa, salvo uma ou outra exceção (APEB.Caixa n.3193, of. 5.06.1928).

- Uma servente se enganou na administração da medicação (“poções bromo-morfinadas”) prescritas pelo médico assistente para duas pacientes. Era para ser uma colher pela manhã e outra à noite. A funcionária deu as duas dose de uma só vez, julgando ser purgativo. Uma paciente sobreviveu, mas a doente Maria Marques Xavier de Jesus faleceu. O médico disse que tal engano só poderia ser explicado por ser a servente analfabeta, pois no rótulo do frasco estava clara a quantidade do medicamento a ser dada. Afirmava ainda que indagou verbalmente tanto a servente quanto a inspetora como deveriam ser administradas as poções (APEB.Caixa n.3193, of. 21.07.1928)

- Dr. J.J.Calasans encaminhava escoltado o aspirante a guarda João Alves Monteiro, admitido há dois meses, por ter violentado uma criança de 7 anos, filha de um casal de moradores do bairro onde se situava o hospício. O delito foi numa das fontes do estabelecimento (APEB.Caixa n. 3194, of. 20.09.1929).

- O médico de plantão pedia ao diretor punição a uma servente que reagiu *“com gesto de enfado e displicência, e conservando-se calada a uma observação que lhe fiz sobre irregularidade no seu serviço”*(APEB.Caixa n.3192: 14.07.1927). Se reagia mesmo com gestos era punida, se calava também era punida: o poder do médico era quase absoluto.

- Dr. Murillo Santos solicitava do diretor punição de perda de dois dias dos vencimentos da servente Maria de Jesus Bonfim, por ter comprado drogas homeopáticas para a doente Possidonia J. (APEB.Caixa 3192, of. 27.11.1926).

3 - Entre enfermeiros e guardas (um só registro):

- o guarda Antonio Leite perdeu três dias nos seus vencimentos por não ter acatado ordens do enfermeiro, quando tais ordens estavam dentro das atribuições do guarda (APEB.Caixa 3193, maio de 1928).

4 - Entre os profissionais do manicômio e os soldados (praças) destacados para vigiar o pavilhão que funcionava como um manicômio judiciário:

- Em 13 de dezembro de 1925 (APEB.Caixa 3192), o Dr. Murillo Santos comunicava o diretor de que os “praças de polícia” que montam guarda no Pavilhão Manoel Vitorino estavam ‘anarquizando’ a boa ordem e disciplina reinante entre os empregados subalternos do estabelecimento. Queixava-se da falta de respeito dos soldados com os profissionais graduados: recebem os médicos sentados ou deitados, descalços e dão serviço de chinelos. Após o toque de silêncio, permaneciam na varanda numa “algazarra infernal - cantorias, discussões, galhofadas até alta noite”. Com novas queixas de atos de indisciplina dessa guarda destacada para o hospital, como a do Dr. Antonio Gil (*Ibidem*, 27.03.1927), o diretor solicitou do Secretário de Polícia e Segurança Pública que retirasse todo o destacamento da Força Pública em Serviço no Hospital, por indisciplina e atuação completamente alheia ao cumprimento do dever e sugeria a substituição por praças do Corpo de Bombeiros, que já tinha dado provas de disciplina, zelo e cumprimento do dever.

5 - Entre os profissionais do Hospital e pessoas/profissionais de fora:

- Em portaria de 22.09.27 (APEB.Cx. 3193), o diretor proibiu a entrada no Hospital de D. Maria José Moreira e de Joaquim de Tal “por conveniência do serviço clínico”. Eles eram acusados de serem “curandeiros” que “pelas lábias”, estariam seduzindo os familiares a retirarem os doentes do estabelecimentos para serem submetidos a “práticas espíritas”, sendo então “*desapiedadamente*” explorados. Citava como uma das vítimas da dupla a doente Maria Stella C., com psicose maníaco-depressiva.

- O diretor se dirigiu ao Secretário de Polícia e Segurança Pública para denunciar abuso de autoridade do Delegado de Polícia de Santo Amaro, ao remeter para internamento a Sra. Catharina D., que nada apresentou à equipe médica que justificasse sua internação (*Ibidem*, 19.04.1928).

- O Delegado do Distrito de Brotas prendeu um guarda do Hospital e intimou outro. O diretor Mário Leal questionou a medida policial, mas o Delegado reafirmou as medidas e ao classificar os funcionários como “verdadeiros bandidos” , disse: “*Certo V. Sa. ignora os actos praticados por alguns desses Snss., extra-muros*”. Por fim recomendou ao Diretor abrir um inquérito no Hospital, pois “*seria bem possível que descobrisse as verdadeiras fêras que nelle existem...*”(APEB.Caixa 3194: 31.05.29)

A crítica de Eutychio Leal, sobre a falta da mais elementar instrução profissional para os funcionários subalternos, na época do asilo da Santa Casa, continuava a vigorar quase duas décadas depois. E, como ele advertira, dessa ignorância dos empregados quem pagava o “tributo cruel” eram os doentes, em especial, os rotulados de “indigentes”, seja pela imperícia ou negligência, seja pela violência contra o próprio doente, como será visto na próxima seção.

Antes dessa análise sobre a situação dos doentes no manicômio, discutiremos aqui a questão do sexo no hospício, onde a gravidez das internadas constituía-se em prova cabal de sua existência num lugar que formalmente estaria banido, com a completa separação dos sexos. Embora haja registro de relações entre pacientes, a maioria dos registros diz respeito às relações entre os próprios agentes da prática psiquiátrica ou entre funcionários e doentes.

Sexo no hospício

A história do manicômio demonstrava que a gravidez de uma interna tinha graves conseqüências. Afinal de contas, o primeiro diretor, Dr. Demétrio Tourinho, pedira demissão do cargo por causa da gravidez de uma alienada, bem como o clínico do asilo, além das demissões de uma enfermeira e um ajudante. O mesmo aconteceu com o diretor Antônio Barreto Prager, onde foram exonerados vários funcionários. Assim, quando a doente Maria de Jesus pariu em 24 de fevereiro de 1922, o diretor Novis teve o cuidado de deixar claro ao Diretor Geral de Saúde Pública que a mesma tinha sido internada em 26 de janeiro, “já em estado avançado de gravidez” (APEB.Caixa 3190, of. 44). A criança, do sexo masculino, foi transferida imediatamente para o Asilo dos Expostos. Ainda em 1922, a indigente Maria L.S. pariu, em dezembro, gêmeos que vieram a falecer. Era registrado no ofício que a doente foi internada em 10 de agosto, já no 4º mes de gravidez (*Ibidem*, of. 314).

Em abril de 1924, quando Aristides Novis era Diretor Interino de Saúde Pública, o Dr. Antônio Sampaio Tavares que também interinamente o substituíra no hospício, apressava em informar que a doente pensionista Maria Augusta P.V., que dera luz a uma criança do sexo masculino no dia 20 de abril de 24, foi internada em 7 de

novembro do ano anterior no S. João de Deus. Ele informava ainda que já tinha solicitado ao responsável pela pensionista para retirar ela e a criança, pois o hospício não poderia dispensar a ambos os recursos necessários (APEB.Caixa nº 3191, of. 81).

Sobre relação sexual entre internados, só encontramos o registro, em 17 de março de 1923, da constituição de uma comissão para apurar a denúncia de um enfermeiro e do médico de guarda, Murillo dos Santos, de que os doentes José E. e Tereza A. tiveram relações sexuais. Não foi encontrado o resultado do inquérito, mas no ofício nº 66/1923, o diretor pedia que a comissão de inquérito destacasse o responsável ou responsáveis “*por tamanha falta*” para que ele pudesse agir disciplinarmente (APEB.Caixa n. 3190).

Sobre relação entre funcionários e doentes, encontramos na gestão de Novis (1920-25) dois registros:

1º - o diretor demitiu em 27.12.1922 (of. 312) o guarda Hilário Amâncio dos Santos por “certas inclinações atentatórias à moral do estabelecimento” para com a doente Marcelina J. Quando a doente saiu de alta para a cidade de Nazaré, o funcionário pediu licença de dois dias. O guarda que acompanhou a doente no vapor, viu o colega também no navio. O inspetor do Hospício foi ao porto e verificou o retorno do município de Nazaré do guarda Hilário. O diretor alegou que o demitiu por ter perdido a confiança no funcionário (APEB.Caixa n. 3190). Era o poder panóptico do hospício que se multiplicava com olhos que ultrapassavam o manicômio, num estado de permanente vigilância.

2º - Em 3 de maio de 1924, o diretor interino Antônio Tavares criou uma comissão de inquérito requerido pelo doutorando Milton Moura Ferro, a fim de apurar a veracidade da grave denúncia feita pela doente pensionista de 1ª classe, Maria José G., que atribuiu ao interno de com ela haver tido relações sexuais, na tarde de 29 de abril daquele ano, “*no momento em que lhe fora praticar uma injeção de sôro physiologico*”(APEB.Caixa n. 3191, of. 91). A comissão foi formada pelos médicos Murillo Celestino dos Santos (Presidente), Antônio Gil Cerqueira e o administrador Álvaro Moreira de Oliveira. Em 19 de maio, o diretor obtinha o resultado do inquérito (of. 110) que inocentava o acadêmico Milton Ferro. Diz o relatório na parte final: “*Deante do exposto nestes Autos*

onde se verifica a calunia infamante de uma doente (degenerada) que aparentemente poderá prejudicar, não só a moral de um individuo como a colectividade de um Estabelecimento como este em que nos encontramos”, e concluía fazendo três considerações:

“1 - A doente Maria José G[...] é uma degenerada psychica com delirio erotico evidente. 2- a calunia propositadamente engendrada, conforme se deduz dos depoimentos do interno Doutorando Antonio Costa, do Dr. Murillo, da declaração do doutorando Milton Ferro, da negação formal feita pela paciente, digo doente, quando acareada, o cinismo revoltante que manifestara durante todo o tempo que durou este inquérito (ria-se, procurava desvirtuar as perguntas, procurava disfarces, etc.) é mais uma prova em favor do seu estado mental. 3 - O modo porque tem se conduzido a doente neste Estabelecimento sem nenhum outro disturbio que o erotismo que naturalmente determinou o seu internamento colaboram em favor do seu diagnostico mental”.

Este episódio serve para ilustrar o caráter repressivo e violento da instituição manicomial. Não temos elementos para discordar da inocência do estudante, mas a comissão foi constituída sem a devida autonomia e isenção para julgar. O mais grave, porém, foi o desrespeito dos inquisidores para com a paciente. Maria José, mesmo com as regalias do seu poder contratual de pensionista de 1ª classe, teve negada a sua condição de paciente, porque acusou, justa ou injustamente, alguém que pertencia a categoria hegemônica do estabelecimento, mesmo sendo de posição subalterna (auxiliar acadêmico). Nota-se o preconceito embutido no próprio saber psiquiátrico da época, da teoria da degenerescência mental, adaptada pelo movimento de higiene mental brasileiro, brilhantemente analisado por Costa (1981), quando o que deveria ser sintoma do seu “delírio erótico”, tornou-se “calúnia infamante de uma degenerada” ou “cinismo revoltante”. Em lugar de condutas terapêuticas, encontramos condutas de exclusão.

As denúncias de Maria José foram o ponto de partida das reportagens do jornalista Teixeira Gomes, que resultou no Inquérito de 1925 (APEB. Caixa n. 3161). Os documentos desse inquérito nos possibilitaram a introdução dos testemunhos daqueles que, em geral, não têm registros históricos. Não estão nas mensagens governamentais, nos relatórios da direção, muito menos nos artigos dos intelectuais da prática psiquiátrica. O silêncio não era só dos pacientes, era também dos agentes manuais, subalternos, do “pessoal inferior”. Através de um inquérito que interrogou praticamente

todos os empregados do hospício - o inquérito de 1925 - sobre as denúncias publicadas na imprensa, tornou-se possível ouvir esses agentes sem voz. Nem sempre será possível apurar a verdade ou não de suas denúncias, mas enriquece a análise, conhecermos a percepção desse sujeito subordinado, com seus preconceitos e falta de conhecimentos especializados, mas com uma maior proximidade com os doentes, pela sua vivência cotidiana no manicômio.

A voz dos subalternos

Começamos com o tema da sexualidade, pois “o atentado ao pudor” foi uma das denúncias principais do jornal “A Noite” que gerou esse inquérito de 1925 (APEB. Caixa n. 3161). Sobre a paciente Maria José (MJ), nos depoimentos colhidos nos “autos de perguntas”, havia coincidência com o juízo dos médicos a opinião dos funcionários. Os médicos usavam sua terminologia científica, do saber psiquiátrico da época. O diretor Novis a diagnosticava como “*degenerada psychica*” com crises histéricas, o médico Francisco Tavares destacava a “*falta de educação domestica devido a sua molestia por tratar-se de uma doente degenerada psychica auto-accusadora*” (f.8) e Francisco Magalhães Neto, médico interino, de modo mais analítico, constatava que “*se não se notam os estigmas que caracterizam a mentalidade dos hystericos, verificam-se desvios de conducta que se traduzem pela tendencia ás provocações de natureza erótica e a engendrar romances de toda a ordem em que faz de heroína*” (f.11).

Para o enfermeiro João Cassiano de Sant’anna, 31 anos, MJ era uma doente de “*conversas livres*” (f. 36v). Seu colega Alcides Olympio da Silva, 30 anos, lembrava de que a pensionista acusou o interno Milton Moura Ferro “*de se ter servido della*” (f. 46). Emergiu nesse depoimento um juízo sorrateiro, segundo o qual, ele ouvira dizer “*entre os colegas e mesmo entre os doentes que o Doutor Novis havia ordenado que não se prosseguisse no inquérito afim de evitar o escândalo*”(f. 46). O guarda Adalberto Pereira de Barros, 37 anos, também fala que o inquérito tinha sido “*abafado por ordem superior*”, arrematando: “*Todo o pessoal sabe disso, isto é, do abafamento*” (f.50v). Verdade ou não, essa era a avaliação feita por uma parcela dos funcionários do hospício: a diretoria estabeleceu um limite na apuração da denúncia de uma paciente a um auxiliar acadêmico.

Outra denúncia foi a de um guarda (Adalberto Pereira de Barros) que afirmou ter visto, juntamente com um enfermeiro, um médico (Dr. Francisco Tavares), em trajes menores, com uma paciente pensionista (Ismênia) no quarto dos médicos. O enfermeiro citado já tinha sido ouvido e não tinha feito nenhuma referência de fatos graves como esse. Ele foi novamente ouvido e disse que viu o médico aludido vestindo seu paletó e falando com uma doente. O médico desmentiu a acusação do guarda, afirmando que era um desafeto seu pelas constantes advertências que fazia por falhas no cumprimento do dever. A comissão concluiu pela falsidade da acusação (APEB. Caixa 3161, Relatório do Inquérito de 1925, p.7-9).

Acostumados a não serem ouvidos e submetidos a uma hierarquia não menos repressora que a militar, amparada no saber, que legitimava uma outra diferença, a de classe social, quando garantiram o direito de fala àqueles homens rudes, houve uma explosão de denúncias que, quando não foram solenemente ignoradas, foram conduzidas para desqualificar o denunciador.

Apareceram denúncias de inúmeras irregularidades administrativas, em especial as do enfermeiro Antônio Cassiano Moreira que narrou o episódio onde o administrador Álvaro Moreira teria maltratado o maquinista Dario Luiz Boa Morte, por ter reclamado da “insuficiência da alimentação”. O maquinista resolveu denunciar o administrador sobre o desvio de lenha. Foi aberto inquérito administrativo onde Dario denunciou o administrador de ter dado recibos com números superiores ao número de carroças de lenha recebidas. O enfermeiro sustentou também que a Comissão de inquérito, constituída a partir das denúncias do maquinista, não o ouviu, sob o pretexto de não haver necessidade (f. 38v). Ao final do inquérito, o administrador foi inocentado e o maquinista demitido.

Outros agentes subalternos referiram também o desvio de lençóis (f.46v; 51; f.55) e de gêneros alimentícios, como a farinha (f.55). Vários enfermeiros confirmaram que antes havia um registro dos lençóis por parte deles nos pavilhões, mas assim que Álvaro Moreira assumiu o cargo de administrador, ele teria retirado esses livros dos pavilhões (f. 39). Explodiram as denúncias, que a Comissão de Inquérito praticamente ignorou, mesmo tendo feita acareações, novas entrevistas etc. Aqui não nos é possível ‘separar o

joio do trigo', ou seja, os ressentimentos e desafetos da verdade, mas esses depoimentos revelaram claramente um processo conflitivo subterrâneo.

Um depoimento merece ser destacado, quando os membros da comissão indagaram o enfermeiro João Cassiano de Sant'anna, 31 anos, sobre irregularidades administrativas ele não deixou de identificar as deficiências do hospital:

“Falta de acomodações para os excitados, insuficiência de banheiros destinados a combaterem as excitações de doentes e alimentação de má qualidade” (APEB. Caixa 3161, f.37; grifo nosso).

Com sua simplicidade, o enfermeiro João Cassiano de Sant'anna, primeiramente, levantou a necessidade de meios de trabalho - instalações e equipamentos - para tornar menos difícil sua prática cotidiana, uma vez que era ele um dos agentes que tinha a função de conter os pacientes agitados (*excitados*). Por fim, colocou o dedo na ferida, fazendo a proposta mais relevante para o hospício, pois, com os dados que apresentaremos a seguir, vai ficar claro como o problema da insuficiência quantitativa e qualitativa da alimentação era a questão crucial naquele momento da vida manicomial.

4.3 - O Cuidado aos psicopatas e degenerados no Hospício

Nesse período estudado, além da retomada da direção do hospício, foi garantido aos médicos o monopólio de intervenção sobre o objeto reconquistado: o psicopata, denominação da psiquiatria organo-higienista que foi paulatinamente substituindo o termo alienado, oriundo do alienismo pinel-esquiroliano.

Para o cuidado ao doente, o hospício passou a ter médicos de plantão todos os dias a toda hora, como ficou estabelecido nos seus regulamentos a partir de janeiro 1918 (Bahia, 1921). No hospício estatal não deveria mais acontecer o que foi relatado pelo Provedor da Santa Casa, Theodoro Teixeira Gomes, um ano antes de nomear um diretor médico no asilo de alienados:

Na visita que fiz ao Hospício de Alienados S. João de Deus, fui desacatado por um dos loucos soit-disant [supostamente] pacífico, que dirigiu-me os maiores improperios, chegando a armar-se com um pedaço de ferro que encontrou; pelo que ordenei que fosse elle recolhido a uma cella até ulterior deliberação (ASCMB.Gomes, 1911: 06)

O cuidado ao louco asilo da Santa Casa era basicamente o seu recolhimento nas celas e porões do São João de Deus. Com o hospício estatal, quem “ordenaria” o que fazer com o doente seria um dirigente médico e seus assistentes, orientados pelas luzes da “ciência psiquiátrica”. Antes de analisar com mais detalhes a população asilada, com seus diferentes segmentos, seus diferentes diagnósticos, as condições em que viviam, além das principais causas dos que morriam, descreveremos brevemente como era a organização social da Bahia nas três primeiras décadas do século XX.

Tomando a imagem da pirâmide social, o ápice correspondia a uma camada diminuta, na qual se inseria a burguesia agrário-exportadora e comercial, proprietária das fontes de riqueza e de poder na Bahia. Eram forças conservadoras, cujos dirigentes eram apoiados pelos latifundiários. Na base da pirâmide, estavam as camadas populares, vivendo em condições de vida miseráveis. A maioria encontrava-se na zona rural em condições semi-servis (Sampaio, 1998:40). A escravidão foi substituída pela exclusão econômica e submissão pessoal, característica das relações paternalistas.

Para se ter uma idéia dessa exclusão, a quase totalidade da população baiana, tanto em 1890 quanto em 1920, era analfabeta, em torno de 82 por cento (ver Tabela abaixo). Mesmo em eleições presidenciais, manipuladas pelos *coronéis* como foram quase todas na Velha República, a média de participação dos eleitores era muito baixa. De 1894 a 1906, nas eleições presidenciais, a média de participação eleitoral foi de 2,4% e, de 1910 a 1930, de apenas 2,7% da população geral (*Ibidem*, p.51; nota 35, p.56).

TABELA 9 - NÚMERO E PERCENTUAL DE ANALFABETOS DA POPULAÇÃO BAIANA - 1890 E 1920

Ano	População		Analfabetos	
	Nº de habitantes	Nº	%	
1890	1.379.616	1.130.480	81,9	
1920	3.334.465	2.720.990	81,6	

Fonte: Sampaio, 1998: 51; nota 34, p.56.

Entre essas duas classes polares, havia uma camada intermediária, mais visível nas cidades, sobretudo na Capital, que correspondia a 20% da população. Mas esta camada média urbana podia ser segmentada: um segmento superior, ligada à burguesia agro-comercial, por relações de trabalho, de parentesco ou compadrio. Em geral, ligada à elite política no poder ou na oposição, pois ambas representavam os interesses oligárquicos (*Ibid.*, p. 54). O outro segmento, a camada média inferior, com seus baixos salários e péssimas condições de vida, aproximavam-se objetivamente das camadas populares. Eram os professores de escolas públicas, comerciários, funcionários públicos de menor qualificação etc. Subjetivamente, no entanto, não havia essa identidade. Na greve geral de 1919, várias categorias desse segmento se juntaram na luta do proletariado urbano por melhores salários e alimentos mais baratos, porém, fizeram questão de preservar o seu *status* (*Ib.*, p. 41).

Eventualmente do ápice da pirâmide, mas sobretudo das camadas médias superiores, eram desses segmentos sociais que se originavam os dirigentes e os assistentes qualificados (médicos, acadêmicos, farmacêuticos, dentistas e administradores) do hospício, bem como da maioria dos doentes pensionistas e de seus responsáveis. Eram membros das frações médias inferiores os enfermeiros, inspetores, funcionários da

administração, como o amanuense ou escrevente etc. Algumas famílias de doentes com essa origem de classe, conseguiam, pelo menos temporariamente, responsáveis de origem mais abastada que financiassem as pensões. Uma boa parte deles, com a permanência prolongada no manicômio, era transferida da condição de pensionistas para a “classe de indigentes”.

Algumas categorias de funcionários, em particular serventes e guardas, rotulados de “pessoal inferior”, provinham das camadas populares, na base da pirâmide. Era dessa segmento social, os abandonados das cidades e os esquecidos do campo, a maioria dos doentes do hospício, classificados genericamente de “indigentes”.

A distinção social no hospício: Pensionistas e Indigentes.

Na seção anterior, em várias oportunidades descrevemos os agentes, tanto os intelectuais quanto os subalternos. Com frequência aqui também os agentes não deixarão de voltar a cena, pois, como toda prática social, a prática psiquiátrica é sempre uma relação de sujeitos. Agora, o enfoque se centrará mais no doente, que embora seja também sujeito, foi e tem sido quase sempre reduzido ao papel de objeto, ou seja, aquele que sofre a ação, além de ser reduzida, quando não abolida a sua condição de cidadão.

O regulamento do hospício, enquanto instrumento jurídico que garantia as competências no estabelecimento, em suas duas versões, tanto o de 1918 quanto o de 1925, mantinha em relação aos asilados a divisão existente desde a sua criação. Eles eram divididos em duas categorias básicas: os alienados ou psicopatas *indigentes*, gratuitamente “acolhidos”, ou melhor recolhidos; e os *pensionistas* que pagavam suas diárias conforme a classe - 1ª ou 2ª (Bahia, 1921:8; Bahia, 1926:507). Ambos eram separados por sexos em diferentes pavilhões.

Os alienados indigentes eram acomodados “nas enfermarias apropriadas ao seu estado, em salas comuns”(Bahia, 1921:9, art. 19), classificados de maneira muito heterogênea, com correspondente divisão espacial, por pavilhão, enfermarias ou alas para agudos, crônicos, indóceis, paralíticos, tuberculosos e imundos.

Os enfermos pensionistas eram divididos em duas classes, de acordo com o pagamento da diária. Os de 1ª classe, pagando a diária maior, tinham direito a quartos separados e alimentação especial. Os de 2ª classe tinham dormitório comum para sua classe e “alimentação diversa da dos indigentes” (Bahia, 1921:10-11, art. 26). Os mesmos privilégios estavam garantidos no Regulamento de 1925 (Bahia.1926:508, art. 15).

Os privilégios não ficavam só no dormitório e na alimentação, pois se o lazer - jogos, leituras, passeios e outras diversões (Bahia, 1926:509, art.23, alínea *d*) - estava proclamado para todos, quem usufruía era basicamente o pensionista, pois tais atividades se incluíam nos seus hábitos de vida. Em relação ao trabalho, essa atividade estava explicitamente referida aos indigentes:

“os enfermos indigentes serão empregados, de acordo com as suas aptidões e o parecer do assistente da secção, em trabalhos de jardinagem, horticultura, costuras etc., visando sempre taes trabalhos o tratamento ou a distracção dos mesmos”(*Ibidem*, alínea *e*).

Essas discriminações reproduziam e legitimavam uma diferenciação que antecedia e ultrapassava o hospício - a diferenciação social, ainda que os privilegiados fossem na sua maioria segmentos subalternos das classes hegemônicas.

Havia, entretanto, uma advertência para o pensionista. Caso deixasse de pagar a diária, o enfermo seria colocado à disposição do responsável, porém *“em caso de qualquer obstaculo ao cumprimento deste artigo, o Director Geral transferirá o pensionista para a classe dos indigentes”* (*Ibidem*, art. 16, parágrafo único, p. 508).

Eram novas regras, em relação ao Asilo da Santa Casa: se, no período dessa administração de origem monárquica, o alienado era tratado diferencialmente pela sua origem de classe, mesmo quando internado como indigente, pela “compaixão” que muitas delas inspiravam pela sua “posição social”, faltando coragem ao administrador para sujeitá-las ao “tratamento de verdadeiros indigentes” (ASCMB. Marinho, 1883: 16); com o hospício estatal, se o paciente pensionista, não fizesse o pagamento das diárias, ele perdia o poder contratual e seria transferido para a condição de indigente.

Assim diferenciados, quem eram os pensionistas e os indigentes? As informações, apesar de escassas, permitem descrever as características sociais dos internados. Os pensionistas, com as “regalias” de acomodação melhor e sobretudo de uma “ração

alimentar” quantitativa e qualitativamente diferenciada, eram em número reduzido, embora não inexpressivo, como no asilo da Santa Casa.

Eles pertenciam, em geral, às camadas médias, sendo profissionais liberais, militares, religiosos, pequenos negociantes e funcionários públicos (Santos, 1923:254). Em ofício de 3 de agosto de 28 (APEB. Caixa n.3193), o diretor Mário Leal fazia referência entre os pensionistas de uma pessoa de destaque social, possuidora de bens de fortuna.

Constatamos também a presença de estrangeiros, com as diárias pagas pelos respectivos consulados, como Grã Bretanha, Alemanha, Espanha etc., bem como de pessoas oriundas das camadas populares da sociedade baiana, mas que obtinham de algum modo o patrocínio de algum proprietário, em geral, donos de alguma firma comercial, onde o doente trabalhava. Com muita freqüência, depois de algum tempo, as firmas transferiam os pensionistas de 1ª para 2ª classe e principalmente da categoria de pensionistas para a de indigentes.

Um exemplo foi a doente Paulina G.H., internada como pensionista em outubro de 1920, porém um ano depois, em 26 de outubro de 1921, a firma *Produce and Warrant Company* deixou de pagar as mensalidades e ela foi transferida para a categoria de indigente. Não tendo sido por acaso, portanto, que, em março de 1922, a viúva Paulina H., com 30 anos, tenha sido uma das asiladas acometidas de “*dysentaria bacillar*” e transferidas para o Hospital de Isolamento em *Mont Serrat* (APEB.Caixa n.3190). Outro exemplo de abandono sofreu a doente Hermelinda C., pois o novo dono da firma L. C. & Cia, com a morte do pai, retirou sua responsabilidade pelo pagamento das diárias, sendo a asilada sido transferida para a condição de indigente. (*Idem*, of. 28.02.23). De modo mais direto foi a transferência de Ismênia H. feita pela tia Maria Catharina H. “*por assim lhe convir*” (APEB.Caixa n.3192, of. 5.01.1925). Há muitos outros casos dessas transferências para a categoria de indigentes como as de Manoel J.S., em 7.01.1925, Ana M.S., em 25.11.25 (Caixa n.3192), Sebastião O., em 1º.5.26 (APEB. Caixa n.3193) etc. Embora raro, encontramos uma situação inversa, a do doente indigente Jonas G., que foi transferido para a classe de pensionista, em 25.9.1929, ficando uma parente, D. Maria Conceição Brasil Salles, como responsável (Caixa n. 3194).

Havia também um grupo que se diferenciava na “classe dos pensionistas”, eram os pensionistas do Estado. Essa distinção não aparece nos relatórios, mas examinando as correspondências recebidas e expedidas, encontramos muitos ofícios relacionados com a questão. Provavelmente seguindo a política clientelista da época, encontramos inúmeros ofícios do Secretário de Justiça do segundo governo de J.J. Seabra, mandando considerar vários doentes como pensionistas do Estado (APEB.Caixa n.3190).

Com o governo de Góes Calmon, desde o começo da gestão, buscou-se realizar um reordenamento e modernização do aparelho estatal, de acordo com a mentalidade empresarial conservadora do chefe do executivo, um advogado especialista em direito comercial, sem carreira política anterior (Sampaio, 1998: 200-207). É bom lembrar que foi nesse governo que, de forma precursora em todo o país, foi criada a Secretaria de Saúde e elaborado o minucioso Código Sanitário da Bahia, que tinha no seu bojo um novo regulamento para o Hospício São João de Deus (Bahia, 1926).

Nos primeiros dias de governo, em abril de 1924, antes, portanto, desses avanços no plano jurídico, a nova administração decidiu transferir todos os doentes admitidos gratuitamente como pensionistas do Estado para a classe de indigentes. Aqueles que desejassem continuar “com as regalias do pensionato”, teriam de pagar adiantado todas as diárias do mês (APEB. Caixa n. 3191) .

Essa medida ganhou respaldo legal quando foi aprovada a lei de nº 1813, em 30 de julho de 1925, que regulamentava essa condição de “pensionista do Estado” nos hospitais públicos, garantindo tal privilégio (“regalias”) para os funcionários estaduais, com “afecção mental ou qualquer moléstia infecto-contagiosas” (Bahia, 1925: 7361).

Assim, em ofício de 6 de fevereiro de 1928 (APEB.Caixa 3193), o Diretor reconhecia o direito da Prof.^a Maria Alexandrina O.P. gozar dos favores da lei e ser considerada pensionista do Estado. Antes, o diretor já tinha sido demandado por parentes de doentes reivindicando a concessão dessa “regalia”: o Sr. João Baptista C. solicitou a condição de pensionista de 1^a classe para sua filha Prof.^a Margarida B.C., “de acordo com a lei que dá este direito aos funcionários do Estado” (Caixa n. 3192); e o Bel. Pedro E. O. P. também a solicitou o direito para seu filho João Eustáquio, também bacharel da Comarca de Santa Maria (Caixa n. 3193).

Sendo o único manicômio, o Hospício S. João de Deus era o local de internamento de pacientes particulares na Bahia, em geral feito pelos seus familiares. Uma admissão peculiar foi o da paciente Maria Francisca S.. Internada no Sanatório Espanhol, em 26 de fevereiro de 1929 (APEB.Caixa n. 3194), para receber os cuidados médicos clínicos por um aborto, a paciente começou a apresentar sintomas de alienação. Como os “banhos prolongados” não foram cuidados suficientes, além de alegar não ter recursos para garantir assistência adequada à psicopata, o diretor daquele hospital a internou no Hospício, como pensionista de 1ª classe, ficando responsável a Sociedade Espanhola de Beneficência, até o marido viesse do interior do Estado retirá-la. Embora no mesmo hospício, foi na condição de indigente que a direção da Maternidade estatal Climério de Oliveira, naquele mesmo ano, internou a doente Carlinda S.S., ao apresentar sintomas de alienação mental (Caixa n. 3194).

Já os doentes rotulados de indigentes correspondiam não só aos indigentes propriamente ditos, mas também aos trabalhadores, cujas famílias não podiam pagar as diárias. Como refere em sua entrevista, o Prof. Álvaro Rubim de Pinho (1979) esses doentes eram oriundos da “população pobre”. Essa noção de pobreza englobava tanto os indivíduos sem inserção ou com inserção eventual na produção, quanto parcelas de trabalhadores de baixa qualificação inseridos no mercado de trabalho.

Como exemplo da primeira situação, que seriam os indigentes propriamente ditos, foram os inúmeros casos de pacientes internados por Cosme de Farias ou aqueles recolhidos das ruas pela Polícia, muitos dos quais permaneciam no hospício sem sequer serem pessoalmente identificados. Muitos tinham um prenome acompanhado com a expressão “de tal”, outros nem prenome tinham. Uma outra parcela dos indigentes correspondia aos sentenciados alienados, que tinham um pavilhão específico e vigilância policial, especialmente destacada para esse fim. Vimos como o relacionamento da direção do hospício com ela era difícil, inclusive porque ela obedecia a uma hierarquia fora dos muros do manicômio.

Em relação aos trabalhadores em geral, eram internados na condição de “indigentes”, pois além de não poder pagar as diárias, não tinham a proteção da previdência social, pois, mesmo as Caixas de Aposentadorias e Pensões, criadas a partir de 1923, em algumas empresas ligadas à economia agro-comercial, além da baixíssima cobertura,

não contemplavam esse tipo de assistência médica (Oliveira & Teixeira, 1985). O médico Murillo Santos, Assistente do manicômio, em seu trabalho sobre a frequência das moléstias mentais no Hospício S. João de Deus, de 1912 a 1922 (Santos, 1923: 239-257), registrou em relação à Paralisia Geral que: “*Quanto as profissões notamos mais frequência nas classes inferiores da sociedade*”, aparecendo como de maior número a “*classe proletária*” com 21 casos. Mas como houve também muitos casos em profissões não tão “inferiores”, especialmente nos pensionistas, o autor concluía que “*a paralyxia geral entre nós é mais democrática*” (*Ibidem*, p.254).

Hoje praticamente inexistente, a paralisia geral era elevada nesse período em estudo e estava relacionada a alta prevalência de sífilis na população, em praticamente todas as classes e camadas sociais. Como é do conhecimento geral, essa doença só foi controlada posteriormente, com os avanços tecnológicos da medicina, especialmente, a produção de antibióticos e quimioterápicos, juntamente com as medidas de educação sanitária.

Conhecida as diferentes categorias dos doentes no hospício, e tomando como ponte esse estudo que estabeleceu essa relação entre tipo de trabalhador e sífilis, vamos conhecer a seguir, com os dados disponíveis, os diagnósticos mais frequentes dos doentes internados no São João de Deus.

As Moléstias mentais no Hospício

O assistente médico do Hospício São João de Deus, Murillo Celestino dos Santos, fez uma busca retrospectiva nos registros clínicos no arquivo desse nosocômio, que ele considerou como núcleo representativo das moléstias mentais na Bahia, e estudou a frequência das doenças mentais de 1912 até o ano anterior à publicação do artigo (Santos, 1923: 239-57). Não foi possível para o autor levantar estatísticas do período anterior da avocação do hospício da Santa Casa para o Estado.

Nesse período de onze anos, foram internados 1.552 doentes (955 homens e 597 mulheres), sendo apenas 55 estrangeiros, isto é, 3,6% (*Ibidem*, p.241).

TABELA 10 - MOLÉSTIAS MENTAIS MAIS FREQUENTES NO HOSPÍCIO
S. JOÃO DE DEUS - SALVADOR-BA. 1912-1922

Ano	Demência precoce N (%)	P. heterotóxica N (%)	P.M.D N (%)	Psicose epiléptica N (%)	Paralisia geral N (%)	Diversas / E. degenerativo N (%)	Entra-da N (%)
1912	16	22	7	5	1	14	65
1913	32	20	18	3	5	37	115
1914	30	20	27	10	3	48	138
1915	39	35	18	8	8	43	151
1916	35	23	15	7	6	39	125
1917	40	24	23	12	8	42	149
1918	41	25	11	12	6	62	154
1919	29	35	14	9	4	63	154
1920	46	32	13	11	8	45	155
1921	49	34	19	12	3	72	189
1922	47	25	14	7	6	58	157
Total	404 (26)	295 (19)	179 (11,5)	96 (6,3)	55 (3,5)	523 (33,7)	1552 (100)

Fonte: Santos, 1923: 242.

Nota-se o predomínio da “demência precoce” (ainda não substituída pelo termo esquizofrenia), com 404 doentes, ou seja, 26%, seguido pela psicose heterotóxica (alcoolismo) com 295 (19%), psicose maníaco-depressiva com 179 (11,5%), psicose epilética com 96 (6,2%), paralisia geral com 55 (3,5%), além de outros diagnósticos com frequências menores (*Ibid.*, p.242). A partir daí, Santos faz um estudo específico para cada doença :

1. Demência precoce: representando 26% dos diagnósticos do período (1912-22), a demência precoce chegou a quase 30% nos anos de 1920 e 22, sendo seu percentual mais baixo em 1919, com menos de 19%. Já referimos no item anterior que o autor considerou a questão racial como a mais relevante. Assim, ao analisar a variável “cor”, o autor teve o cuidado de excluir os nove estrangeiros (possivelmente brancos) e encontrou nos 395 doentes brasileiros, 177 pardos (44,8%), 151 brancos (38,2%) e 67 pretos (17%). Santos, depois de contatar que a maioria era de mestiços, buscou uma explicação causal para essa psicose e seu predomínio. Estudando os registros clínicos, concluiu que naqueles em que foi possível ‘esmiuçar’ a anamnese, foi flagrante ‘a herança mórbida ou a tara degenerativa’ (*Ibidem*, p.243).

O psiquiatra, sem levar em consideração o percentual de distribuição da característica cor na população em geral, afirmava que os mestiços eram os mais predispostos a essa psicose (p. 244). “*Parece-nos que os pardos e pseudo-brancos, descendentes de mestiços estão mais predispostos às manifestações psicopáticas - seja por influencia directa ou não*” (p.244). E entre esses, os mais claros eram, segundo o autor, os mais fracos de mentalidade, apesar de muitas vezes fisicamente bem constituídos (*Ibidem*). Não temos dados específicos do período de 1912 a 1922, porém na obra de Mattoso (1992:120) temos dados do censo de 1872, que já revelava a presença majoritária dos mestiços (43% mulatos, 31% brancos, 24% negros e 2% caboclos e índios). Em 1951, oitenta e sete anos depois, entre os quatrocentos mil habitantes da cidade de Salvador, 47% eram mestiços, 33% brancos e 20% negros (*Ibidem*). Praticamente a mesma distribuição, com apenas um terço da população branca e a maioria mestiça. Identificar a mestiçagem como um fator degenerativo da raça era uma verdade estabelecida pelo paradigma da época. Os antolhos paradigmáticos impediram Santos (1923) de levar em conta a questão demográfica nos resultados de seu estudo. Este é um exemplo típico de *discurso competente* (Chauí, 2000), publicado numa revista de prestígio - a *Gazeta Médica* - onde o preconceito se caucionava num conhecimento pretensamente científico e o alvo era – como sempre costuma ser - segmentos socialmente subalternos.

O maior número de doentes encontrava-se na faixa de 20 a 30 anos. Quanto às formas clínicas predominou a catatônica (45%), seguida da hebefrênica (35,7%) e, por último, a paranóide (19,4%) (Santos, 1923:245).

Ao encontrar 328 solteiros e apenas 61 casados e 10 viúvos, ele concluiu que “*a explicação desse facto reside em grande parte na influencia exercida pela masturbação nos doentes portadores dessa psychose*” (p.245). Ele não levou em conta o dado anterior que a doença era mais freqüente em jovens, sendo uma das formas - a hebefrênica - específica dessa faixa etária, cujo processo psicopatológico comprometia várias funções psíquicas, trazendo dificuldades no plano afetivo-relacional. A masturbação era um alvo adequado ao pensamento moralista da higiene mental.

2. Psicose heterotóxica - Alcoolismo: embora tenha encontrado em alguns a *tara nevropática*, em muitos deles o autor disse não ter encontrado outra causa além da intoxicação alcoólica (p.245).

De relevante observava o número de homens muito maior que o de mulheres (236 homens e 59 mulheres). Explicava pelo modo de vida e de trabalho, sendo mais fácil aos homens a obtenção dos produtos alcoólicos, predominando nos trabalhadores braçais - roceiros, carregadores, ganhadores⁹². Predominava na faixa etária de 31 a 40, quando, segundo Santos, acentuava a saturação dos que desde cedo se entregavam ao uso ou abuso de bebidas, ao lado das energias consumida pelo trabalho ou pelo vício (*Ibidem*, p.247-48)

3. Psicose maníaco-depressiva: mais freqüentes em mulheres pardas e brancas e na faixa de 30 a 40 anos (*Ibid.*, p.249-50).

4. Psicose epiléptica: a predisposição hereditária seria “o fator mais apurado na etiologia dessa psicose” (p.250). Predominava nos homens, segundo Santos, explicável “*pela maior facilidade que têm os homens de contrahir as infecções e intoxicações, e dest’arte, mais aptos se tornarem os organismos doentios á producção da psychose*” (p.252).

5. Paralisia geral: predominava nos homens, acima de 30 anos, nas profissões das “classes inferiores” e brancos, embora o autor nada refira sobre este último aspecto (Santos, 1923:252). Sobre a maior freqüência no proletariado, já comentamos anteriormente e em relação a variável sexo, dizia que as interpretações eram, em sua maioria, filosóficas, porém chegava a presumir, citando entre aspas, sem dizer a fonte, que “*em alguma cousa de privativa á inferioridade do cerebro, reside o fundamento de ser menos caracteristica e mais rara, no sexo feminino, a meningo-encephalite chronica diffusa!*” (p.253). O discurso competente de um especialista, em artigo publicado em revista especializada, encontrava uma utilidade para a proclamada inferioridade cerebral feminina: adoecia menos as mulheres, pelo menos, de paralisia geral.

Com esse artigo de Murillo Santos e as condutas dos médicos no episódio da doente Maria José, a atuação dos higienistas mentais baianos revelou que faltava um novo capítulo na análise de Costa (1981). Além do autoritarismo, moralismo, xenofobia e racismo (*Ibidem*, p.57), acrescenta-se o chauvinismo, o machismo.

⁹² “Ganhador” era uma denominação usada desde o século XIX para vendedores ambulantes e assemelhados (Mattoso, 1992:155).

Essas crenças supostamente científicas do passado, muitas delas fortemente ideológicas, eivadas de preconceitos, convida-nos a refletir sobre o presente: quanto das verdades que acreditamos hoje, daqui a 50 ou 100 anos, não serão demonstradas pelas próprias ciências como equívocos e preconceitos?

A partir de Mário Leal, catedrático de Psiquiatria, houve um maior cuidado com o registro nos relatórios anuais dos diagnósticos dos doentes internados. Assim, foi possível fazermos a tabela 11 (A e B), com dados de 1925 até 1929. Em 1925, provavelmente por ter assumido no final do ano a direção do hospício, Leal apresenta os dados sem fazer a distinção entre diagnóstico provisório e definitivo dos internados, que se nota a partir de 1926.

O dado mais importante, inclusive por ser diferente do período de 1912-22, foi a maior frequência da *psicose heterotóxica* relacionada ao alcoolismo, nos cinco anos estudados. O que justificou, de certo modo, a cruzada do diretor contra a dependência por esta substância psicoativa.

Depois da psicose alcoólica, destacavam-se a “demência precoce” e a psicose maníaco-depressiva, que representam, ambas, os quadros clássicos das grandes loucuras manicomiais. Uma curiosidade era ainda a separação entre *demência precoce* de Morel e Kraepelin e *esquizofrenia* de Bleuler, categoria diagnóstica que começou a ser utilizada em 1928. Um dado que não conseguimos explicação foi sobre a psicose epilética, com elevada frequência em 1925 a 27, desapareceu em 1928-29. A paralisia geral estava sempre presente, mas sofreu também uma redução de 1925 a 27, voltando a crescer um pouco em 1928-29. Houve também o crescimento das doenças orgânicas e senis, representadas pelas psicoses por lesões cerebrais e de involução. Outro quadro típico de presença manicomial era os casos de oligofrenia (idiotia e imbecilidade).

Os casos da pequena loucura, as neuroses e transtornos de personalidade, aparecem com uma frequência também significativa. Na terminologia da época, tem-se as *psicopatias constitucionais*, onde se incluíam os “estados atípicos de degenerescência” e as psicoses “nevróticas”, as atuais neuroses, com destaque para a histeria.

TABELA 11 A - DIAGNÓSTICOS DOS PSICOPATAS INTERNADOS NO HOSPÍCIO S. JOÃO DE DEUS 1925-1929

Diagnósticos	1925	1926			1927			1928			1929		
		Prov	Def	Total	Prov	Def	Total	Prov	Def	Total	Prov	Def	Total
Psicoses heterotóxicas (alcoolismo)	120	58	140	198	43	38	81	23	42	65	15	36	51
Psicose auto-tóxica	-	2	4	6	6	2	8	-	-	-	4	6	10
Confusão mental	-	-	-	-	-	-	-	5	15	20	6	10	16
Psicose maníaco-depressiva	81	45	60	105	26	29	55	16	30	46	10	26	36
<i>Demência precoce</i>	85	40	68	108	21	20	41	17	25	42	10	21	31
Esquizofrenia	-	-	-	-	-	-	-	2	8	10	2	11	13
Estados paranoides*	47	20	21	41	9	11	20	5	11	16	5	18	23
Psicoses por lesões cerebrais**	56	31	42	73	5	14	19	9	19	28	7	12	19
Psicose de involução	51	28	39	67	12	24	36	18	25	43	12	18	30
Paralisia geral	55	14	12	26	2	5	7	3	10	13	2	12	14
Psicose epiléptica	41	22	43	65	13	19	32	-	-	-	-	-	-
<i>Psicopatias constitucionais***</i>	38	8	29	37	9	14	23	9	20	29	8	20	28
<i>Psicoses nevróticas****</i>	30	8	2	10	5	13	18	6	14	20	7	10	17
Imbecilidade e idiotia	-	16	33	49	9	14	23	3	16	19	2	20	22
Subtotal	604	292	493	785	160	203	363	116	235	351	90	220	310
Internados s/ diagnóstico	47		-			69			19			39	
Internados s/ transtorno mental	24		2			-			-			-	
Simuladores	-		3			-			-			-	
Total	675		790			432			370			349	

Diagnósticos: Prov = provisórios; Def = definitivos.

* Parafrenias, paranóia, delírio sistematizado crônico; ** Incluindo arteriosclerose e outras “doenças terminais”;

*** “Estados atípicos de degenerescência”;

**** Incluindo histeria e neurastenia.

Fontes: APEB.Calmon, 1926: 97; Barreto, 1927: 55; Barreto, 1928: 227; Barreto, 1929: 163; Barreto, 1930: 229.

TABELA 11 B - DIAGNÓSTICOS DOS PSICOPATAS INTERNADOS NO HOSPÍCIO S. JOÃO DE DEUS 1925-1929

Ano	P.hetero -tóxica	Demência precoce	P.M.D	P. invo- lução	P. lesões cerebrais	Estados de- generativos	Psicose epiléptica	Paralisi a geral	Idiotia/Im- becilidade	Psicose nevrósica	Outros **	Total
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
1925	120	85	81	51	56	38	41	55	-	30	118	675
1926	198	108	105	67	63	37	65	26	49	10	62	790
1927	81	41	55	36	19	23	32	7	23	18	97	432
1928*	65	52	46	43	28	29	-	13	19	20	55	370
1929*	51	44	36	30	19	28	-	14	22	17	88	349
Total	515	330	323	227	185	155	138	115	113	95	420	2616
(%)	(19,7)	(12,6)	(12,3)	(8,7)	(7,1)	(5,9)	(5,3)	(4,4)	(4,3)	(3,6)	(16,1)	(100)

* Em 1928 e 1929, se m nenhuma explicação, não aparecem os diagnósticos de psicose epiléptica. Examinando os outros diagnósticos, não parece ter havido uma mudança de critério para a epilepsia. O mais provável é o não registro dos dados.

** Além dos outros diagnósticos com menor frequência, incluiu-se aqui os internados sem diagnósticos ou sem transtornos mentais, que somaram em 1925, por exemplo, 71 casos e, em 1927, 69 casos.

Fontes: APEB.Calmon, 1926: 97; Barreto, 1927: 55; Barreto, 1928: 227; Barreto, 1929: 163; Barreto, 1930: 229.

Em todos os anos um número razoável de doentes sem diagnóstico, nem mesmo o de caráter provisório. Quando assumiu a direção do Hospital, no início de outubro de 1925, Mário Leal colocou um médico com a responsabilidade clínica para cada pavilhão. José Júlio Calasans, responsável pelo Pavilhão Charcot, disse ter encontrado apenas 27 doentes com observação clínica e 70 sem observação (APEB. Caixa n. 3192, of. 8.10.1925). Antônio Gil, responsável pelo Pavilhão Júlio de Matos, encontrou 35 doentes com observação e 72 sem observação (*Ibidem*, of. 8.10.25). Porém, sob a direção do próprio Mário Leal, constatamos a mesma dificuldade anterior, como argumentou Novis no inquérito de 1925, para realizar com presteza a observação clínica dos doentes (Caixa n. 3161). Em 28 de agosto de 1927, faleceu a doente Maria Joanna, 36 anos, negra, solteira, de beribéri. Ela tinha sido internada em 1º de fevereiro daquele ano, “não tendo sido formulado juízo clínico por deficiência de tempo de observação, sobre o seu diagnóstico mental”, segundo seu médico assistente, Dr. Arthur Ramos. Seis meses e meio não foram suficientes para se chegar ao diagnóstico psiquiátrico (Caixa n. 3192).

Quando o Juiz da Comarca de Mundo Novo solicitou, em 13 de fevereiro de 1930, o resultado do exame de sanidade mental pedido para o menor Satyro O.F., internado em 27 de dezembro de 1928. Depois de mais de um ano de observação, o diretor Mário Leal informava ao juiz de direito que o menor “era de anormalidade descripta em psiquiatria sob o nome de debilidade mental, porém, durante todo o longo tempo que durou a nossa continua observação, quer diurna, quer nocturna, nunca lhe verificámos actos agressivos, impulsivos ou destruidores. Da mesma maneira jamais foi surprehendido em tentativa de transgressão ás leis e determinações do Estado. Do ponto de vista physico ou somatico gosou sempre nesta casa, bôa saúde e se encontra, actualmente nesse particular, muito bem” (APEB. Caixa n. 3194).

A permanência desse menor com debilidade mental, sem justificativa médica de internação, não deixa de ser uma violência contra o paciente. Vamos a seguir identificar outras formas de violência contra o internado, que estava sob a proteção e responsabilidade do Estado, sobretudo do doente indigente, um “cidadão” duplamente excluído, pela sua condição de pobre e de louco.

Essa violência tinha um amplo espectro, que ia da agressão física praticada pelo policial que recolhia o louco na rua, pelo funcionário que deveria assisti-lo, ou mesmo pelo companheiro de infortúnio, até sua forma mais sorrateira que era a miséria e fome que levava o doente a contrair doenças e freqüentemente morrer.

Violências contra o paciente

Começando pelas violências praticada pela Polícia, pois, ao serem trazidos ao hospício, muitos loucos apresentavam sinais de terem sido agredidos: em 28 de fevereiro de 1922, Novis se dirigiu ao Diretor Geral de Saúde Pública, mandando duas fotos do doente HAS, 42 anos, onde pelas fotos podia-se ver as lesões profundas - cutiladas ou vergastadas - que apresentava pelo corpo, barbaramente infligidas ao doente. O louco tinha sido internado pela Secretaria da Polícia e Segurança Pública. Com isso o diretor visava explicitamente proteger a instituição que dirigia de ser acusada pelos maus tratos, pois o doente já os apresentava antes de sua entrada no estabelecimento (APEB.Caixa nº 3190). Em 6 de março daquele mesmo ano, veio também do Hospital Militar, um doente portador de “*cutiladas profundas pelo corpo*”(Ibidem, of. 11.03.22).

Outro exemplo, foi o indigente Manoel N., internado por solicitação do Major Cosme de Farias, e trazido da Delegacia de Brotas. O diretor se queixava que o doente chegou do modo mais desumano, numa carroça, com os membros atados por cordas aos varais da mesma, o que determinava nessas partes do corpo várias escoriações. Pediu ao Diretor de Saúde Pública que providenciasse ao Secretário de Polícia a “repressão que o fato requer” (Ibid., of. 216, 10.09.1922).

Em 1924 encontramos também um ofício de 11 de junho (of. 138), com registro de um doente, Sérgio Henrique S., remetido pela Polícia, que apresentava várias lesões de traumatismos físicos, alguns dos quais produzidos por instrumentos perfurantes. O paciente veio a falecer de septicemia, causada pela gangrena, determinada pelos traumatismos ocasionados pela violência policial (Caixa n. 3191, of. 12.06.24).

Não era incomum o louco ser trazido para o manicômio por funcionários de outras instituições, que, às vezes, cometiam também agressões ao doente. O praça doente Orlando S., transferido do Hospital Militar em 6 de maio de 1927, foi maltratado

“barbaramente” durante todo o percurso pelos dois serventes desse nosocômio que fizeram a guarda do “psicopata”. Essa cena de violência provocou “enérgicos protestos” dos funcionários, estudantes de medicina presentes e até de moradores próximos do hospício. O diretor comunicou àquela instituição do Exército que abriu inquérito policial. O diagnóstico de Orlando foi de neurastenia. Ele apresentou sintomas de beribéri, o diretor Mário Leal sugeriu a sua transferência para o Sanatório do Exército na Ilha de Itaparica, mas com um *habeas corpus* ele foi posto em liberdade, sendo entregue à sua família em 27 de julho de 1927 (APEB.Caixa n. 3192).

Tão ou mais grave era a violência cometida pelos funcionários que trabalhavam na própria instituição, especializada no cuidado aos pacientes psiquiátricos. No ofício 107 de 14 de maio de 1924, o diretor demitia o guarda Raymundo Nonato Telles por ter sido surpreendido pelo inspetor Paulino Francisco dos Santos, agredindo fisicamente um alienado (APEB. Caixa n.3191). Em 1925 encontramos vários registros dessa violência contra os pacientes:

- uma portaria de 16 de fevereiro formalizava a punição com perda de 15 dias nos vencimentos dos guardas Maximo Bispo da Cruz e Firmino Estevão de Senna “por terem maltratados um doente” (Caixa n.3192);
- o guarda José Gramacho Martins foi demitido por ter espancado um doente (*Ibidem*, of. 119, 22.05.1925);
- novamente o guarda Firmino Estevão de Senna foi punido com perda de vencimentos “por ser surpreendido pelo Inspetor quando conduzia indelicadamente um doente em recreio” (10.07.1925);
- o cunhado do doente Inocência D.O., falecido de causa mal definida, responsabilizou a instituição, porém o diretor Novis refutou as acusações, que teriam saído na grande imprensa (of. 119, 22.05.1925).

No famoso inquérito de 1925, referido antes, dois enfermeiros afirmavam que um doente pensionista, Dr. José Antônio M., era excitado por médicos, como Dr. Fernando Studart, internos e pelo farmacêutico Arlindo Teles. Um deles chegou a afirmar ter testemunhado essa atitude desrespeitosa para com o paciente (Caixa n. 3161, Auto de Perguntas (manuscrito), f. 38 e 46).

Outra grave forma de violência era entre doentes, onde, em geral, constatamos a omissão ou negligência de um funcionário e, de modo mais amplo, da própria instituição. Em 16 de junho de 1922, o doente indigente José L.S., portador de arteriosclerose, faleceu em conseqüência do golpe que recebeu na cabeça, dado por um colega de enfermaria (APEB.Caixa nº 3190, of.141). O guarda Edmundo Gonçalves do Nascimento foi punido com perda de vencimentos “*por ter sido desidioso no banho dos doentes*”, permitindo que um asilado fraturasse o braço de outro (3.09.25). Demissão foi a punição para a servente Laura Augusta da Silva por ter sido negligente na agressão sofrida pela doente Jeronyma B.C. por outra da mesma enfermaria, Horminda N., que feriu os olhos da companheira com um fragmento de ladrilho arrancado da parede (4.09.25).

No natal de 1927, o sentenciado Pedro M.S., na hora da faxina no Pavilhão Kraepelin, cometeu um homicídio com uma vassourada na cabeça do doente também sentenciado Manuel Sebastião N., que tinha o diagnóstico de alcoolismo crônico, “*tendendo para a demência terminal*”. O agressor enquadrava-se como um caso dos “*estados atípicos de degeneração*” (APEB. Caixa n.3193: of. 238).

Esse assassinato gerou uma crise no hospício. Em 28 de dezembro do mesmo ano, o diretor se dirigiu ao Secretário de Saúde para relatar os acontecimentos e solicitar medidas urgentes, pois julgava que a instituição estava ‘às vésperas de sérias anormalidades’ no tristemente célebre pavilhão Manoel Vitorino, que funcionava como manicômio judiciário. O diretor Mário Leal afirmava ter descoberto uma “*conspiração*”, chefiadas pelos doentes mais perigosos, que visavam os seguintes objetivos: a) vingar a morte de Manuel Sebastião, linchando Pedro S.; b) liquidar os guardas e enfermeiros do pavilhão “no momento em que tiverem que entrar na enfermaria”; c) declarar-se em greve por ocasião da refeição “que reputavam péssima”, reclamando sistematicamente todo dia, e ameaçando matar os companheiros que comessem a ‘ração’ (Caixa n. 3193).

Mário Leal dizia ao Secretário que a solução seria o ‘insulamento’ dos cabeças do movimento em quartos de segurança, mas o hospital não tinha tais recursos e estava superlotado três a quatro vezes além de sua capacidade (num pavilhão para trinta e

cinco, tinham mais de cem doentes). De imediato ele pedia a transferência do homicida Pedro S. para a Penitenciária do Estado (*Ibidem*).

Na Mensagem do governador referente ao exercício de 1928, há o registro que a Assembléia Legislativa aprovou a criação do manicômio judiciário, como órgão ligado à Secretaria da Polícia e Segurança Pública. O governo adquiriu naquele ano um terreno junto a Penitenciária para a sua construção (APEB. Soares,1929:44). Embora não se tenha elementos conclusivos, a tomada dessas medidas que há tempos vinham em discussão, não parece uma coincidência e sim uma das conseqüências políticas daquele acontecimento no pavilhão Manoel Vitorino no manicômio, no final de 1927.

Havia um debate intelectual sobre a pertinência ou não de criação de um manicômio vinculado ao aparato judiciário. De um lado, Estácio de Lima, que se tornaria Catedrático de Medicina Legal, e Arthur Ramos, defendiam sua criação; do outro lado, contrários, estavam o Catedrático de Psiquiatria e diretor do Hospital São João de Deus, Mário Leal, e seu principal colaborador, o Dr. José Júlio Calasans. Aquele acontecimento de dezembro de 1927, no hospício, ajudou a acirrar o debate, que se tornou público, ganhando as páginas dos jornais baianos, em especial de *O Imparcial da Bahia*, durante todo ano de 1928. Em 12 de março de 1928, na Sessão do Conselho Penitenciário, a proposta foi aprovada por unanimidade (Rubim de Pinho, 1999:8).

O secretário de Segurança Pública, Dr. Bernardino de Madureira Pinho contou com a colaboração de Arthur Ramos para as providências iniciais e depois enviou o projeto de construção ao Governador Vital Soares, que encaminhou à Assembléia Legislativa (Caixa 3200, of. 180, 9.09.1942). O projeto-lei que criava o Manicômio Judiciário foi sancionado em 23 de maio de 1928 (Bahia, 1928:7890-91). O parlamento aprovou o projeto, o governo chegou a comprar o terreno para sua construção, entretanto, o movimento político de 1930 interrompeu esse processo, adiando a construção do manicômio judiciário baiano. Os doentes mentais criminosos permaneceram até a década de 60 no Pavilhão Manoel Vitorino do manicômio, local onde eram realizadas as perícias penais e cumpridas as medidas de segurança (Peres, 1997:107). Segundo o testemunho de Rubim de Pinho (1992), este era “o pior pavilhão do hospital (...) era infecto, sem arejamento, sem iluminação”.

Um hospital superlotado impedia uma atuação preventiva contra a violência, inclusive entre os doentes. Ainda na gestão Mario Leal, além desse assassinato entre os sentenciados, encontramos nos ofícios expedidos mais três mortes por agressão entre doentes: em 1929, faleceu Isabel “de Tal” (APEB. Caixa n. 3193: of. 22.01) e Maria Thereza J. (of. 27.02); e, em 1930, a alienada Maria Rosa (of. 30.06).

Havia outras formas de violência contra o louco. Uma delas foi cometida no inventário dos bens feito pela mulher do doente Joaquim Baptista S.A, onde o mesmo constava como falecido, estando ele vivo e internado no Hospital São João de Deus. O diretor foi veemente, ao se dirigir ao Juiz da Comarca de Jequié, local de procedência do psicopata:

“E como me compete pela Lei e pela Moral defender e acautelar os interesses dos doentes que me são confiados neste Hospital, confio que V. Exa. não deixará os bens de um pobre invalido da razão, à mercê dos assaltos de ambições desenfreadas, infelizmente muito comuns em certas zonas do nosso território, das quaes desertou o espirito de juridicidade para dar lugar a phenomenos sociaes que todos nós conhecemos e que a imaginação popular ferreteou com o nome de ‘caxixe’”(Idem, 2.01.1929)

Outra violência institucional foi cometida contra um sentenciado, esse segmento diferenciado na “classe dos indigentes”. Em 21 de junho de 1930, o diretor Mário Leal encaminhava de volta à Penitenciária alguns presidiários com alta hospitalar, entre os quais Manoel C.A., que o Secretário de Polícia, atendendo solicitação do diretor da Penitenciária, mandou-o de volta ao manicômio. O diretor discordou das autoridades policiais, referindo que o doente sofria de psicose maníaco-depressiva, com predominância da forma maníaca, “*estando muito longe de ser um doente capaz de tornar perigosa a sua liberdade*”, como afirmava em seu ofício o Secretário de Polícia, “*que nem ao menos tem, para oriental-o, na administração da Penitenciária do Estado, uma Diretoria na altura dos progressos médicos das sciencias penal e psiquiatrica*”.

No dia seguinte, quando Mário Leal soube pela família que a pena de Manoel C. tinha expirado desde 6 de março daquele ano, o diretor denunciou o diretor da Penitenciária ao Secretário de Segurança Pública e imediatamente entregou o doente à sua família, respaldando-se no Regulamento do Hospital e na Lei Federal sobre a Assistência aos Alienados (APEB.Caixa nº 3194, of. 96, de 22.07.1930)

A pior de todas as violências, entretanto, foi aquela cometida de modo insidioso, aparentemente sem responsabilidade de ninguém, principalmente contra o doente da categoria dos “indigentes” que, famélico e vivendo em condições desumanas, acabava apresentando doenças carenciais ou ficava vulnerável às doenças infecto-contagiosas de grande prevalência e letalidade na época. Era esse um dos “crimes da paz”, pois a instituição recolhia os loucos para prestar cuidados, com o compromisso de *albergá-los, alimentá-los e tratá-los* adequadamente, inclusive do sentenciado internado no pavilhão Manoel Vitorino, aquele doente triplamente excluído: louco, pobre e delinqüente.

Quando assumiu a direção Eutychio Leal - o médico que a Santa Casa nomeou em 1911 e o governador Seabra manteve no hospício estatal -, ele ficou indignado com as condições em que os alienados se encontravam:

“Embora a noção de loucura já se tenha emancipado da esfera do mysterio, o modo de assistil-a entre pesadas paredes e grossos ferros, attentando contra a moralidade de todos os principios de humanidade, ainda é o mesmo para essa centena de infelizes que a nossa sociedade depositou como uma carga imprestavel nos cubiculos da casa-forte do Hospício S. João de Deus (Leal, 1912: 359-60).

O diretor reivindicou a condição de doente para o louco, que naquele asilo estava perdida: *“a sociedade não tem o direito de os segregar sem lhes prestar a devida assistencia, direito que lhes confere a sua dignidade de doentes (p.361).* Essa exigência ele não restringiu aos loucos do asilo, mas também àquela loucura *“que se aniquilla enclausurada nos infectos quartéis da cidade” (p.361),* cujo número era supostamente grande, mas desconhecido: *“Seria interessante saber quantos infelizes têm desaparecido nos quartéis!” (p.363).* Esse trabalho, ao que sabemos, infelizmente, não chegou a ser realizado.

O Estado avocou o hospício e prometeu transformá-lo não só num lugar de exclusão, mas também de tratamento e cura. Essa promessa não foi cumprida e apesar da dedicação de muitos de seus agentes, que trabalharam nessa perspectiva, o manicômio continuou a ser muito mais um lugar de violência, doença e morte.

Mortalidade dos asilados: números e causas.

Concluiremos este capítulo, analisando a questão da mortalidade no hospício. A fim de melhor compreendê-la, estudaremos primeiramente as causas de morte dos baianos (soteropolitanos) como um todo, para depois compararmos com as causas de morte dos asilados.

Nesse período republicano, predominavam tanto as chamadas doenças pestilenciais, que ocasionavam epidemias, sobretudo em área urbana, quanto as doenças de massa, de grande prevalência como tuberculose, malária, sífilis etc. Era uma época anterior a revolução vital no Brasil, onde as medidas de saneamento estavam apenas começando e os frutos das descobertas e avanços tecnológicos da “medicina científica” na produção das vacinas ainda eram muito incipientes e os remédios como antibióticos e quimioterápicos, só chegariam ao país depois da Segunda Grande Guerra.

Na conjuntura imediatamente anterior ao período em análise (1906-1911), ocorreram vários surtos epidêmicos: disenteria em 1908, com 479 óbitos; varíola em 1909 e 1910 com respectivamente 1.813 e 2.697 casos, tendo sido 328 e 835 óbitos; peste também em 1909 e 1910, de alta letalidade, com respectivamente 147 e 167 casos e 114 e 124 óbitos; febre amarela em 1909, também com alta letalidade, com 172 casos e 93 óbitos; entre outras (APEB. Carvalho, 1913: 217-274).

Em 1912, ano da avocação do asilo, as principais causas de morte em Salvador eram: tuberculose com 782 óbitos (2,5 por mil habitantes); paludismo (malária), com 381; disenteria, 81; sífilis, 64, câncer, 60; peste, com 59; e beribéri com 38. (*Ibidem*, p.260)

No final da segunda década do século XX, duas epidemias se destacaram no quadro de morbi-mortalidade no Estado. A pandemia de *influenza*, cuja letalidade, na Bahia, foi de 386 óbitos em 1918, considerada “mais benigna” em comparação com outros lugares, como no Rio de Janeiro. Nos dois anos seguintes, mesmo em franco declínio, ainda foi responsável por mais 49 e 32 mortes, respectivamente. A epidemia de varíola, ao contrário da anterior, foi grave, apresentando, em 1919, uma morbidade de 2.804 mortes e no ano seguinte ainda causou 363 óbitos (APEB. Seabra, 1922: 421)

Além desses surtos epidêmicos, predominava na mortalidade dos baianos e soteropolitanos, outras doenças transmissíveis, com destaque para a tuberculose e, em segundo plano, a malária (Ver abaixo tabelas 12 e 13). Merece destaque mais duas

doenças estritamente ligadas à situação de miséria, como disenteria e o béríberi, cuja polêmica etiológica da época (infecciosa x carencial) já discutimos anteriormente.

TABELA 12
MORTANDADE POR MOLÉSTIAS TRANSMISSÍVEIS
SALVADOR BAHIA. 1916-1920

Moléstia	1916	1917	1918	1919	1920
Tuberculose	934	965	1153	1065	1020
<i>Paludismo</i>	355	277	479	532	423
Gripe	28	17	386	49	32
Varíola	1	-	-	2804	363
<i>Dysenteria</i>	26	23	18	51	212
Beribéri	26	22	17	27	37
Peste	14	29	7	2	42
Febre amarela	-	1	18	48	1
Febre tifóide	12	10	12	21	25
Coqueluche	2	7	28	13	38
Difteria	1	4	3	8	3
Sarampo	1	2	1	4	38
Escarlatina	1	-	-	-	-
<i>Lepra</i>	2	7	10	3	9
Soma	1403	1364	2132	4627	2252

Fonte: APEB. Moniz, 1921: 95.

TABELA 13 - CAUSAS E GRUPOS DE CAUSAS E DISTRIBUIÇÃO POR COR DOS ÓBITOS DE SALVADOR, BA EM 1928

	Nº de óbitos	Percentual	
Moléstias	Tuberculose	1.114	17,0
	Diarréias e enterites	705	10,8
	D. Cardiovasculares	692	10,6
	Paludismo	575	8,8
	Nefrites	374	5,7
	Beribéri	89	1,4
	Outras	3003	45,7
Grupos de causas	Doenças transmissíveis	2.298	35,1
	D. do aparelho digestivo	1.145	17,5
	D. do ap. circulatório	692	10,6
	D. do ap. genito-urinário	425	6,5
	Outros grupos	1992	30,3
Cor	Branços	1.516	23,1
	Negros	1.563	23,9
	Pardos	3.473	53,0
Total	6.552	100	

APEB. Barreto, 1929: 72; 78.

Na gestão de Góes Calmon, como foi analisado na primeira secção, houve um esforço de modernização do aparelho de estado, período em que foi criada a Subsecretária e depois Secretária de Saúde. Entre as prioridades da administração de Barros Barreto estava a de geração e divulgação dos dados estatísticos em saúde. Entre os dados apresentados, além das causas de óbitos em Salvador, encontramos o da mortalidade nos hospitais da Capital (ver abaixo tabelas 14 e 15).

TABELA 14 - MORTALIDADE NOS HOSPITAIS, ASILOS E ENFERMARIAS
SALVADOR, BAHIA - 1926

Estabelecimentos	Óbitos
1º Hospital Santa Isabel	593
2º Hospital S. João de Deus	240
3º Asilo da Mendicidade	169
4º Asilo dos Expostos	160
5º Hospital do Isolamento (Mont Serrat)	89
6º Hospital Militar	70
7º Maternidade Climério de Oliveira	36
8º Hospital da Força Pública	19
9º Casa de Saúde Menandro Filho	13
10º Hospital Português	6
11º Enfermaria da Penitenciária do Estado	5
12º Hospital dos Lázarus	4
13º Hospital Espanhol	2

Fonte: APEB. Calmon, 1927, p.173.

Os estabelecimentos de natureza asilar - o hospício, o asilo da mendicidade e o dos expostos - eram lugares de alta mortalidade. Observe-se que em número absoluto a mortalidade do hospício fica em segundo lugar, logo abaixo do hospital Santa Isabel, da Santa Casa. Este era um hospital geral que, além de atender prioritariamente a população carente, apresentava o maior movimento de entradas e saídas, incluindo as altas e os óbitos, como se pode ver na tabela 15, referente ao ano de 1928, onde foi possível apresentar não só os números absolutos, mas também as taxas de alta hospitalar e de mortalidade hospitalar, pois, além das entradas, a tabela tinha o número de doentes previamente existentes nos estabelecimentos, que nos possibilitou os cálculos.

TABELA 15 - MOVIMENTO GERAL NOS HOSPITAIS, ASILOS E ENFERMARIAS - SALVADOR-BAHIA 1928

Estabelecimentos	1/Jan 1928	Entradas	Soma	Alta	Óbito	1/Jan 1929	Tx. alta	Tx. mort
1. Hospital Sta. Isabel	474	3486	3960	2879	600	481	72,8	15,2
2. Hospital S. João Deus	437	377	814	232	206	376	28,5	25,3
3. Asilo dos Expostos	233	167	400	43	122	235	10,8	30,5
4. Asilo da Mendicidade	267	263	530	104	119	307	19,6	22,4
5. M. Climério Oliveira	61	1566	1627	1505	65	57	92,5	4,0
6. Hospital do Isolamento	-	220	220	147	64	57	66,8	29,1
7. Sanatório M. Vitorino	14	446	460	424	17	19	92,2	3,7
8. Hospital Espanhol	17	227	244	214	12	18	87,7	4,9
9. Hospital Força Pública	28	797	825	785	11	29	95,2	1,3
10. Hospital Militar	21	348	369	338	6	25	91,6	1,6
11. CS Menandro Filho	12	355	367	349	4	14	95,1	1,1
12. Leprosário R. Menezes	26	3	29	2	2	25	6,9	6,9
13. Hospital Português	4	59	63	55	1	7	87,3	1,6

Fonte: APEB. Barreto, 1929: 89.

A taxa de alta do hospício (28,5%) estava mais próxima das taxas dos asilos, lugares de albergue, que as dos hospitais. Em relação a taxa de óbitos (25,3%), o São João de Deus estava também mais para asilo de recolhimento que para hospital.⁹³ Vale lembrar que os médicos exigiram a avocação do asilo para transformá-lo em hospital.

O Hospital Santa Isabel, primeiro lugar em números absolutos dos óbitos, ficou em quinto, em termos percentuais, e apresentou uma boa taxa de alta hospitalar, se levarmos em conta que esse nosocômio atendia a população carente de Salvador e da Bahia como um todo. O Hospital do Isolamento apresentava uma das mais alta taxa de óbitos (29,1%), compreensível numa época onde ainda não se contava com a revolução medicamentosa dos antibióticos e quimioterápicos contra as doenças infecciosas e

⁹³ O leprosário, entretanto, tinha uma baixa taxa de óbitos, pois, além da hanseníase ser uma doença crônica e de baixa letalidade, aquele estabelecimento em particular não apresentava ainda os problemas de superlotação, fenômeno em geral presente com suas graves conseqüências nas instituições totais: alta incidência de doenças carenciais e infecciosas que, na época, eram importantes causas de óbito.

parasitárias. Mesmo assim não deve passar despercebido a sua razoável taxa de alta hospitalar (66,8%). Já o manicômio apresentava, concomitantemente, alta taxa de mortalidade e baixa taxa de alta. Era, juntamente com os asilos das crianças abandonadas (“expostos”) e dos mendigos, lugar de reclusão, onde um dos modos de saída era pelo falecimento.

A análise intra-muros talvez nos permita compreender melhor esse fenômeno no hospício. Com o retorno da direção médica, o manicômio passou a ter o registro de alguns dados de modo mais sistemático, o que possibilitou a Aristides Novis (1932: 526) divulgar o movimento dos doentes de 1911 a 31, período que compreende a fase que estamos estudando (Tabela 16).

A tabela de Novis, embora importante por registrar dados de duas décadas do hospício, omite uma informação importante, qual seja, o número de casos existentes em 1º de janeiro de cada ano, pois eles não correspondem as “entradas” e nem todos eles saem ou morrem no ano específico, sendo a parcela cronificada que denuncia o caráter de exclusão do manicômio. Porém, como Novis (1932) só queria enfatizar o crescimento progressivo do número de entradas, a tabela (ver abaixo) serviu aos seus propósitos.

Não levar em conta esse dado (pacientes existentes em 1º de janeiro), ignorando um procedimento mais cuidadoso de estudos anteriores como o de Nina Rodrigues (1905), que analisamos no capítulo anterior, foi possivelmente o erro de cálculo de Bastos (1985), quando ele encontrou coeficientes elevadíssimos de mortalidade hospitalar no período de 1912 a 31, citando como referência, justamente, essa tabela de Novis (1932:526). Ou seja, Bastos não somou aos novos (“entradas”), os casos “prevalentes” (existentes no início do ano), que são de grande número em hospitais psiquiátricos.

Vejamos inicialmente a tabela de Novis (Tabela 16), que é a citada por Bastos, além da coluna que acrescentamos em negrito, com o cálculo do percentual de mortalidade sem levar em conta os casos existentes no manicômio. Depois na tabela seguinte (Tabela 17), os coeficientes de mortalidade, alta e permanência hospitalares encontrados por Bastos e apresentados por décadas.

TABELA 16 - MOVIMENTO DOS DOENTES NO HOSPITAL S. JOÃO DE DEUS (1911/1931) (E % DE MORTALIDADE, CALCULADO SEM Nº DE PACIENTES EXISTENTES NO INÍCIO DO ANO)

Ano	E (entradas)	A (altas)	O (óbitos)	Óbitos x 100 / Entradas
1911	38	4	12	31,58
1912	65	10	18	27,69
1913	115	31	38	33,04
1914	138	41	97	70,29
1915	152	40	72	47,37
1916	129	61	59	45,74
1917	149	58	80	53,69
1918	154	70	75	48,70
1919	154	68	66	42,86
1920	152	59	67	44,08
1921	198	103	77	38,89
1922	180	112	62	34,44
1923	242	65	89	36,78
1924	249	115	122	49,00
1925	322	146	112	34,78
1926	373	180	240	64,34
1927	400	219	188	47,00
1928	377	232	206	54,64
1929	331	201	157	47,43
1930	412	198	160	38,83
1931	451	204	175	38,80

* A tabela original de Novis (Novis, 1932: 526), referida por Bastos (1985) como fonte para os seus cálculos (Ver abaixo). Na última coluna, em negrito, os cálculos de nossa hipótese sobre os achados desse último autor. Bastos (*op. cit*) só apresentou seus dados em médias de cinco ou dez anos, como se observa na tabela 17 abaixo. Na tabela 19 apresentamos as nossa médias para fazer comparação.

TABELA 17 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE, ALTA E PERMANÊNCIA HOSPITALARES DO ASILO S. JOÃO DE DEUS, EM DÉCADAS (1874-1931), SEGUNDO BASTOS (1985).

Período	CMH (%)	TAH (%)	TPH (%)
1874-75 / 1879-80	15,9	15,6	68,5
1880-81 / 1889-90	21,8	20,2	58,0
1890-91 / 1899	14,6	13,1	72,3
1900 / 1911	29,3	13,9	56,8
1912 / 1921	46,5	38,8	14,7
1922 / 1931	45,6	50,4	4,0

Fontes: Relatórios da SCMB - dados de 1874-75 a 1893-94 e de 1906 a 1911. Nina Rodrigues(1905: 425) - dados de 1895-96 a 1904. Novis (1932: 526) - dados de 1912-31. Nota: Não foram obtidos quaisquer dados para os seguintes anos: 1894-95, 1905 e 1909.

Com esses dados, o autor levanta a seguinte questão: com a avocação do São João de Deus, em 1912, “teriam sido os médicos mais eficientes administradores que a administração *leiga* da Santa Casa?” (Bastos, 1985:97). A luz dos seus dados, diz que a mortalidade “subiu para os assustadores 50%” e, conseqüentemente, conclui que a avocação significou uma queda acentuada de qualidade, na já precária assistência médica prestada aos alienados (*Ibidem*, p.98).

Embora ele cite a fórmula do coeficiente de mortalidade hospitalar (CMH), que leva em conta o nº de pacientes existentes no início do ano⁹⁴, como sua fonte para o período de 1911-31 não tem esse dado, suponho que Bastos cometeu o erro de só considerar as “entradas” no denominador, daí ter obtido taxas tão altas. Para verificar tal hipótese, usamos esse procedimento equivocado e encontramos os coeficientes de mortalidade de 1911-31 (coluna em negrito na tabela de Novis) e suas médias por décadas tão elevados quanto o dele. Vejamos os dados encontrados: 1912-21 = 45,2; 1922-31 = 44,6. Muito semelhantes aos coeficientes de mortalidade hospitalar de Bastos: 1912-21 = 46,5; 1922-31 = 45,6.

O estudo de Bastos (*op. cit*), ao tomar como base para comparação esses dados de altas e mortalidade hospitalar, assume uma posição de defesa da administração da Santa Casa no asilo e de crítica ao hospício estatal, sobretudo em suas conclusões, onde o próprio autor refere que se estendia para um período não estudado (*Ibid.*, p. 97). Esse estudo acaba servindo de exemplo como um valor pré-determinado (a defesa da Santa Casa) pode obnubilar o olhar do pesquisador, servindo-lhe de antolhos (Kuhn, 1996).

Retornando ao trabalho de Novis (1932), ele tem uma informação que nos possibilita a obtenção do dado que faltou ao trabalho de Bastos (*op. cit*). Ele registrou que em 1º de janeiro de 1931 existiam no hospício 403 doentes e em 1º de janeiro de 1932 foram 485. Com esses dois dados e levando-se em conta as entradas, altas e óbitos de sua tabela apresentada anteriormente, podemos calcular o número de pacientes existentes em 1º de janeiro dos outros anos⁹⁵ e assim calcular as taxas de mortalidade hospitalar e alta

⁹⁴ As fórmulas do Coeficiente de Mortalidade Hospitalar (CMH) e da Taxa de Alta Hospitalar (TAH):
 CMH = nº de óbitos x 100 / nº de internamentos novos + nº de pacientes existentes no início do ano;
 TAH = nº de altas x 100 / nº de internamentos novos + nº de pacientes existentes no início do ano.

⁹⁵ A operação matemática é a seguinte:

N (nº de 1º de jan.) = x (nº de 1º de jan. anterior) + Entradas - (Altas + Óbitos).

Ex: 485 (existentes em 1932) = x + 451 - (204 + 165) \Leftrightarrow x = (485 + 204 + 165) - 451 \Leftrightarrow x = 403

hospitalar (Ver tabela 18 abaixo). Vale ressaltar que, posteriormente, encontramos um relatório de Camargo (1951), onde ele estuda o movimento de 1926 a 1950 do Hospital Juliano Moreira e seus dados, inclusive o de pacientes existentes, são idênticos aos nossos.

TABELA 18 - MOVIMENTO DOS DOENTES DO HOSPÍCIO S. JOÃO DE DEUS
SALVADOR BAHIA. 1911-1931.

Ano	Existente (N)	Entrada (E)	Total N + E	Alta (A)	Óbito (O)	Saídas A+O	TAH ¹	TMH ²
1911	83	38	121	4	12	16	3,3	9,9
1912	105	65	170	10	18	28	5,9	10,6
1913	142	115	257	31	38	69	12,1	14,8
1914	188	138	326	41	97	138	12,6	29,8
1915	188	152	340	40	72	112	11,8	21,2
1916	228	129	357	61	59	120	17,1	16,5
1917	237	149	386	58	80	138	15,0	20,7
1918	248	154	402	70	75	145	17,4	18,7
1919	257	154	411	68	66	134	16,6	16,1
1920	277	152	429	59	67	126	13,8	15,6
1921	303	198	501	103	77	180	20,6	15,4
1922	321	180	501	112	62	174	22,4	12,4
1923	327	242	569	65	89	154	11,4	15,6
1924	415	249	664	115	122	167	17,3	18,4
1925	427	322	749	146	112	158	19,5	15,0
1926	491	373	864	180	240	420	20,8	27,8
1927	444	400	844	219	188	407	25,9	22,3
1928	437	377	814	232	206	438	28,5	25,3
1929	376	331	707	201	157	358	28,4	22,1
1930	349	412	761	198	160	358	26,0	21,0
1931	403	451	854	204	165*	369	23,9	19,3

Fonte: Novis, 1932:526.

¹ TAH (Taxa de alta hospitalar) = nº de altas / nº de pacientes existentes (1º jan.) + entradas

² TMH (Taxa de mortalidade hospitalar) = nº de óbitos / nº de pacientes existentes + entradas

* Na tabela de Novis (1932:526) aparece 175 falecimentos, porém, no obituário, na mesma página, ele refere 165 óbitos, 100 homens e 65 mulheres.

Por essa tabela 18, podemos também obter a taxa de mortalidade hospitalar por décadas do hospício e, assim retificar os dados de Bastos, *op. cit.* Para o período de 1912 a 1921 encontramos uma taxa de mortalidade hospitalar de 17,9 % e para o de 1922 a 1931 o valor foi de 19,9 % (ver tabela 19). São taxas elevadas, como as da gestão da Santa Casa, mas muito abaixo dos coeficientes de mortalidade hospitalar referidos pelo autor:

1912/21 = 46,5 %; 1922/31 = 45,6 %. Nota-se também uma elevação nas taxas de alta hospitalar, sobretudo nas gestões de Novis e sobretudo Mário Leal (1922-31).

TABELA 19 - COEFICIENTES DE MORTALIDADE E ALTA HOSPITALARES DO ASILO SÃO JOÃO DE DEUS, EM DÉCADAS. SALVADOR – BAHIA. 1874-1931.

Período	TMH (%)	TAH (%)
1874-75 / 1879-80	15,9	15,6
1880-81 / 1889-90	21,8	20,2
1890-91 / 1899	14,6	13,1
1900 / 1911	29,3	13,9
1912 / 1921	17,9	14,3
1922 / 1931	19,9	22,4

Fontes: ASCMB. Relatórios, 1874/1894 e 1906/1911;
Nina Rodrigues, 1905; Novis, 1932.

Depois dessa discussão e com base nos dados obtidos, fazemos uma análise da situação dos doentes, seu movimento de entrada, permanência e saída, por alta e em especial por falecimento, segundo os dados apresentados na Tabela 18.

Com os números absolutos, fica claro que houve um crescimento de entradas, altas e óbitos do hospício no período estudado (1912-1930). Examinemos cada um deles:

a) o número de pacientes existentes no hospício cresceu muito, pois se tomarmos os extremos da coluna que apresenta uma tendência progressiva, observamos que havia, em 1911, 83 internados, atingindo 403 asilados, em 1931, num crescimento de quase cinco vezes;

b) as entradas de doentes apresentou uma progressão quase regular, de 38 pacientes internados em 1911 para 451 em 1931, num aumento quase doze vezes maior;

c) o número de saídas, apesar de não ter sido tão regular quanto o de entradas, apresentou um expressivo crescimento em seus dois componentes:

c1) o número de altas foi o item que apresentou maior crescimento, pois com 204 altas em 1931, embora não sendo o maior do período, ainda assim foi cinquenta e uma vezes maior que o de 1911 (4 altas);

c2) o número de óbitos cresceu de 12 óbitos em 1911 para 165 em 1931.

A partir destes dados, constatamos o efeito da expansão asilar pelo crescente número de entradas que, apesar do elevado número de altas e de óbitos, foi deixando uma parcela “residual”, confinada, da população manicomial, que, sem a perspectiva de alta, ia sendo reduzida pela morte, mais ou menos lentamente, conforme as condições em que se encontrava o hospício.

Examinando os dois indicadores apresentados, observa-se que, embora tenham havido flutuações, houve aumento tanto da taxa de alta hospitalar que, no final do período estudado, apresentava percentual sete vezes maior (de 3,3% em 1911 para 23,9% em 1931), quanto da taxa de mortalidade hospitalar, quase o dobro (de 9,9% em 1911 para 19,3 em 1931).

Examinemos agora a situação dos psicopatas e degenerados, levando-se em conta as diversas gestões desse primeiro período da história do hospício estatal:

a) na direção de Eutychio Leal (1911-16), coerente com a proposta de expansão asilar, a população internada triplicou (de 121 em 1911 para 357 em 1917). Por outro lado, exceto 1916, em todos os outros anos as saídas por óbito foram maiores que por alta, chegando em 1914 a 97 óbitos para 41 altas. Neste ano a taxa de mortalidade foi de quase 30% (29,8). Ou seja, quase um terço da população manicomial faleceu naquele ano (97 óbitos de 326 internado). Na Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa o governador Seabra referia que houve, em 1914, a ‘invasão epidêmica’ do beribéri, tendo os pacientes sido transferidos para uma enfermaria especial no bairro de Amaralina e depois para a ilha de Itaparica. Afirmava que com a intervenção ‘cessou de todo o grave mal’ (APEB. Seabra, 1915: 82). Ainda considerada como uma doença infecciosa, essa doença carencial servia como índice revelador das condições de fome e miséria em que viviam as populações de instituições totalitárias como a do hospício.

O governador seguinte comemorava o êxito da diminuição da mortalidade por aquela causa, ainda mal definida do ponto de vista etiológico. Na Mensagem apresentada por Antonio Moniz Aragão, baseando-se no relatório do diretor Barreto Prager, ele dizia que, ao contrário dos anos anteriores, que apresentaram epidemias mortíferas de beribéri, em 1918, ocorreram poucos casos no hospício (APEB. Aragão, 1919: 67);

b) Na gestão de Barreto Prager (1917-20), a taxa de óbitos e a taxa de alta, excetuando 1917, foram decrescentes, aumentando a população “residual”. Em 1917, a taxa de mortalidade foi de 20,7%, significando que mais de um quinto da população internada faleceu.

As duas graves epidemias do período - a da gripe espanhola, em 1918, e a de varíola em 1919 - atingiram a população do manicômio, mas o impacto de ambas foi limitado. A epidemia de gripe que grassou em Salvador a partir de outubro de 1918⁹⁶, acometeu uma centena de pessoas, dentre alienados e empregados do Hospício, mas “*a molestia foi benigna na maioria dos casos, só tendo ocasionado quatro obitos*” (APEB. Aragão, 1919: 67). A da varíola atingiu cinco casos no manicômio, sendo um fatal (APEB. Aragão, 1920: 112). Já a tuberculose, cujo coeficiente na população em geral, no ano de 1912, era de 2,5 por mil habitantes (APEB. Carvalho, 1913), apresentou no hospício em 1918 sete óbitos numa população de 408 asilados, tendo o diretor considerado baixa essa mortalidade (APEB. Aragão, 1919: 67).

c) Com a primeira administração de Aristides Novis (set/1920-1925), a média das taxas de alta (17,9%) foram acima das gestões anteriores, apenas no ano de 1923 apresentou um valor baixo (11,4%). A taxa de mortalidade, embora tenha atingido 18,4% em 1924, apresentou no geral níveis menores, ficando a média em torno de 15,5%.

Em 1920 foram 68 óbitos. O Diretor Geral de Saúde Pública reproduziu no seu relatório a justificativa do diretor do Hospício para grande parcela dos falecimentos: “*Figuram 29 que tiveram entrada no mesmo anno, já em estado grave, portadores de lesões irreparáveis ou de miseria organica*” (APEB. Moniz, 1921:38). As causas principais dos óbitos foram: beribéri (14 óbitos), tuberculose (10), enterite (8), ‘lesão cardíaca’ (8) e ‘hemorragia cerebral’ (4) (APEB. Seabra, 1922: 364). Mesmo num ano em que o coeficiente de mortalidade foi o mais baixo desde 1914 (ver tabela acima), em 1920 a fome e seus corolários predominavam, com destaque para o beribéri, que representou 20,6 % dos óbitos do hospício (14 de um total de 68) e 37,8 % dos óbitos de beribéri em

⁹⁶ Dos 320.000 habitantes de Salvador (1918), há estimativa de 130.000 contraíram a gripe (APEB. Aragão, 1919: 51). Esses dados demográficos não são confiáveis, pois o censo de 1940 registrou a população soteropolitana com 291.735 habitantes (Salvador, 1976:17). Os dados de óbitos são mais confiáveis, pela questão legal. Em 1918 foram 386 óbitos pela “gripe espanhola”, mas nos dois anos seguintes, ainda ocorreram 49 e 32 mortes pela epidemia de influenza (APEB. Seabra, 1922: 414).

Salvador (14 de um total de 37) (Ver tabela com a mortandade por moléstias transmissíveis de 1916-1920).

Com o desconhecimento da gênese da doença, havia uma racionalização diante do fato da moléstia ter uma permanência dizimadora dos internados no manicômio:

“Desde muito tempo costuma o beriberi manifestar-se no Hospício, ora esporadica, ora epidemicamente. Do anno passado para cá, favoraveis se tornaram nesta cidade as condições ao desenvolvimento dessa molestia, de etiologia ainda desconhecida, que irrompeu sob a fôrma de epidemias locaes em varias habitações collectivas - quarteis, asylos, penitenciaria etc. Não é de admirar, portanto, que o Hospício não fosse poupado” (APEB. Moniz, 1921: 38; APEB. Seabra, 1922: 364; grifos nossos).

A principal medida de combate à epidemia era invariavelmente a remoção para um local à beira mar, como vimos acima no surto de 1914, sendo que dessa vez os pacientes acometidos do mal foram para o Hospital de Isolamento de Mont Serrat, que tanto Pragner quanto Novis consideraram um procedimento muito positivo (APEB. Moniz, 1921).

Analisando a gestão como um todo, embora tenha havido maior saída pelo aumento de altas, a mortalidade mais baixa juntamente com a crescente entrada de pacientes levaram o hospício a apresentar, no final dessa gestão, uma população no patamar de 415 pacientes. Ampliava-se o confinamento, mas havia uma relativa garantia de condições de sobrevivência aos asilados, possível num contexto econômico e político mais favorável. No início desse segundo governo de Seabra, o estado estava em situação de falência. A receita arrecadada caía e as despesas levavam a Bahia a uma situação de déficit permanente (Sampaio, 1998:164). Com demissão em massa de funcionários públicos, aumento de impostos e endividamento externo, ele conseguiu o equilíbrio orçamentário e, pela primeira vez, conheceu o sabor amargo da impopularidade. Se em 1920 e 21 a situação orçamentária foi crítica, a partir de 1922 o estado já apresentou superávit com as medidas acima referidas.

No relatório de 1923, o diretor Novis expressava o reconhecimento com o apoio obtido do governo, ao fazer um balanço de sua gestão: *“Assim inventariando, Senhores, o que hei conseguido em quasi tres annos de administração, dou ao benemerito Sr. Dr. Governador do Estado* (Novis, 1923: 314). Mesmo sem grande aporte de recursos por

parte do Tesouro estadual, a situação financeira foi tão satisfatória que permitiu ao diretor realizar uma série de reformas, que “*foram quasi totalmente estipendiadas com a verba arrecadada do pensionato*”(p.313).

d) No período em que o Prof. Mário Leal esteve como diretor (out/1925-1930) houve uma tendência ao aumento das taxas de alta hospitalar (de 19,5 a 28,4%) e, em relação as taxas de óbito, uma flutuação de 1924 a 28, num verdadeiro sobe-e-desce ano a ano. De qualquer modo, na segunda metade da década de 20 as taxas de óbitos ficaram num patamar acima dos 20 por cento.

Pela leitura dos relatórios, nota-se uma maior eficiência no uso dos recursos técnicos (exemplo: o catedrático de psiquiatria conseguiu com sua equipe diminuir o número de pacientes sem diagnóstico ou mesmo com diagnóstico provisório), com medidas que provavelmente facilitaram o aumento acentuado de altas. Por outro lado, as condições de vida do asilado não melhoraram, pelo contrário, pois o número de óbitos ficou em patamares elevados.

Com esse aumento de saídas (altas e óbitos), mesmo com a tendência progressiva de entradas de psicopatas no hospício⁹⁷, houve uma diminuição da população cronificada (existente em 31 de dezembro de cada ano), que tendo apresentado o número de 491 asilados, em 1926, desceu em 1930 para 349 pacientes (Ver tabela acima). O diretor Mário Leal tinha consciência do papel da mortalidade no controle da superlotação, como podemos constatar no seu comentário abaixo referente ao ano de 1925, quando assumiu a administração do hospício:

“Ora, si tirarmos no actual estabelecimento a maior causa de sua mortalidade annual, a dysenteria, conforme é de nosso dever (...), chegaremos a nos convencer ainda de que, longe de estacionar ou de diminuir a população hospitalar da actual organização, tenderá ella muito pelo contrario a crescer desmesuradamente” (in: APEB.Calmon, 1926: 92)

Como pode ser observado na tabela 20 abaixo, confirmamos que naquele ano (1925), a disenteria correspondeu a dois terços das mortes dos psicopatas indigentes (78 das 118,

⁹⁷ O número de entradas aumentou muito em 1925 e 1926. Em 1924 entraram 249, em 1925 foram 301 e em 1926 chegou a 376 internados. Segundo Mário Leal, esse aumento abrupto ocorreu porque foram recolhidos todos os loucos indigentes encontrados na Capital, como os que vieram do interior e de estados vizinhos (APEB.Calmon, 1926, p.96; *Idem*, 1927, p.141).

isto é, 66,1%). Destaque-se ainda os nove óbitos por tuberculose, além de dois por beribéri e um por escorbuto⁹⁸ (*Ibidem*, p.98), doenças que têm como pano de fundo a miséria e a fome.

TABELA 20 - CAUSAS DOS ÓBITOS NO HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS,
NOS ANOS DE 1925; 1928-29.

Causa de Óbitos	1925		1928		1929	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Disenteria bacilar	78	66,1	50	24,3	4	2,6
Beribéri	2	1,7	62	30,1	45	28,7
Enterites (E. aguda, enterocolite)	-	-	8	3,9	34	21,7
Tuberculose	9	7,6	40	19,4	24	15,3
Nefrite	-	-	8	3,9	8	5,1
Sitiofobia	1	0,8	5	2,4	-	-
Paralisia geral	-	-	4	1,9	3	1,9
Sífilis cerebral	-	-	3	1,4	-	-
Infecção puerperal	-	-	3	1,4	-	-
Arteriosclerose	-	-	3	1,4	11	7,0
Estado de mal epiléptico	-	-	2	1,0	4	2,5
Hemorragia cerebral	-	-	1	0,5	4	2,5
Cirrose hepática	-	-	1	0,5	3	1,9
Auto-intoxicação intestinal	-	-	1	0,5	-	-
Uremia	-	-	1	0,5	1	0,6
Amolecimento cerebral	-	-	1	0,5	-	-
Marasmo senil	-	-	1	0,5	-	-
Septicemia	-	-	1	0,5	1	0,6
Insuficiência aórtica	-	-	-	-	6	3,8
Miocardite	-	-	-	-	2	1,3
Câncer	-	-	-	-	1	0,6
Peritonite	-	-	-	-	1	0,6
Gangrena	2	1,7	-	-	1	0,6
Escorbuto	1	0,8	-	-	1	0,6
Outras causas ¹	24*	20,3	4**	1,9	3***	1,9
Não estabelecido	1	0,8	7	3,4	-	-
Total	118	99,8	206	99,9	157	99,8

Fonte: APEB.Calmon, 1926, p.98; Caixa 3193.Leal, Mário. Relatórios de 1928; 1929.

¹* Foram agrupadas as moléstias do sistema nervoso, do aparelho circulatório e genito-urinário.

Além disso aparece com um óbito: paludismo crônico e edema de glote.

** Com um óbito: ictus apoplexiforme, pleuris exsudativa, doença de Hodson e intoxicação aguda.

*** Com um óbito: doença de Hodson, *asthma* e alcoolismo crônico como *causa mortis* (sic).

⁹⁸ Um caso de varíola foi diagnosticado em 1925, mas o doente foi transferido imediatamente para o Hospital de Isolamento em Mont Serrat, não determinando uma epidemia no estabelecimento.

Em 1926, o hospício apresentou o mais elevado número de óbitos (240 óbitos) e a segunda mais alta taxa de mortalidade, de quase 28 por cento, nas duas primeiras décadas de sua administração pelo Estado. O relatório citava o número de óbitos, mas silenciou sobre as razões desse elevado aumento (APEB. Calmon, 1927:144; Barreto, 1927: 56), ao contrário do que fez no ano anterior, onde inclusive discutiu as causas de morte.

Conseguimos obter também os dados sobre as causas dos óbitos nos anos de 1928 e 1929 (ver tabela 20 acima). Em 1928, o beribéri e disenteria bacilar responderam por mais da metade dos óbitos do hospital (112 do total de 206 óbitos; 54,4%). No ano seguinte, foi o beribéri a *causa mortis* mais freqüente, representando quase 1/3 dos óbitos. E juntamente com a enterite e a tuberculose, doenças relacionadas à fome e miséria, foram responsáveis por mais de 64 por cento dos óbitos. Se acrescentarmos as disenteria, a enterocolite e o escorbuto, chega-se a quase 70 por cento dos óbitos.

Em relação a 1930, o acontecimento de caráter nacional em outubro daquele ano significou também mudança institucional no manicômio, pois, com a queda do governo estadual, ele determinou também a saída de Mário Leal da direção do São João de Deus, tendo ficado o hospício com direção interina até abril de 1931, quando Aristides Novis reassumiu o cargo. Nesse processo de crise institucional houve perda de muitos documentos no manicômio, dificultando nossa análise nesse período de mudança.

Antes de finalizar esta seção, identifiquemos alguns elementos explicativos dessa elevada morbimortalidade manicomial. No seu relatório de 1931, Aristides Novis, começando sua segunda gestão, que será analisada no capítulo seguinte, fez um comentário que pode nos ajudar a entender esse estado permanente crítico do hospício, sobretudo pela elevada freqüência de doenças carenciais e infecciosas. Ele chamava a atenção ao governo, através do diretor de Saúde Pública para o fato de que não se corrigia o cálculo para os créditos orçamentários de um ano para o ano seguinte. Acontecia o seguinte: o cálculo era sempre baseado no ano anterior, mas, como o número de entradas era crescente ano a ano, e as saídas apesar de terem aumentado, ficavam sempre abaixo do número dos que ingressavam. Exemplificando: em 1º de janeiro de 1930 o número de doentes era de 349, porém em 1º de janeiro de 1931 aumentou para 403, ou seja, mais 54 doentes. De 1931 para 1932, foram 82 doentes a

mais. “*Entretando a verba para a alimentação ficou a mesma*” (Novis, 1932:526). Eram mais 82 doentes para comer onde já comiam mal a maior parte dos 403 internados (uns 20 e poucos pensionistas comiam de modo diferenciado). Nesse mesmo relatório, no item obituário tem outro dado para nossa reflexão: em 1931, dos 165 óbitos, “*victimou 75 doentes a dysenteria bacilar*”(p.526-27), que aparece como uma fatalidade. Ou seja, esse corolário da fome foi responsável por 45,5% do obituário.

A verba era insuficiente para uma alimentação que já discriminava o psicopata indigente e o degenerado sentenciado, pois se a alimentação era diferenciada entre pensionistas e indigentes, desde a gestão da Santa Casa, a partir de 1921, uma portaria da Secretaria do Interior, acatando proposta da Diretoria Geral de Saúde Pública, apresentava as “*Tabellas de rações e dietas para o Hospício São João de Deus*” (Bahia. Secretaria do Interior, 1921:5099-5101). A tabela para o “pessoal superior e pensionistas” tinha 33 itens individuais e 3 alimentos em latas (queijo, azeitona e ervilhas) para cada grupo de dez pessoas. A do “pessoal inferior e indigentes” só tinha 24 itens, mas, além de não ter leite, ovos, queijo, batata, chocolate, doce etc., a quantidade de outros alimentos (como verdura, manteiga) era menor, com exceção da farinha, que a “classe indigente” recebia em dobro (*Ibidem*).

Havia portanto uma diferença alimentar quantitativa e qualitativa entre os membros da comunidade manicomial. Assim, era justificável as queixas de “insuficiência de alimentação” pelo maquinista Dario da Boa Morte, ou de sua “má qualidade” pelo enfermeiro João Cassiano, referidas no inquérito de 1925 (ver o item “A voz dos subalternos” da secção anterior), bem como a greve contra a “péssima ração” dos sentenciados do pavilhão Manoel Vitorino, em 1928, num dos raros e desesperados gritos dessa população silenciada.

Em síntese, com os dados disponíveis, constatamos que as principais causas de morte eram as doenças infecciosas e carenciais, que acabavam servindo como um fator de controle do crescimento da população nosocomial, pois as entradas eram em números crescentes, a verba de alimentação, já deficitária, não levava em conta o aumento da população no manicômio, até que uma “epidemia” de beribéri, disenteria ou enterite, dizimava uma parcela dos loucos indigentes cronificados.

Ao concluir o estudo dessa fase do manicômio estadual, poderemos concordar com Novis que ela foi “áurea” para os psiquiatras higienistas, que assumiram a hegemonia na direção do hospício, realizaram uma série de reformas e grande expansão do manicômio, mas, para os psicopatas, ficaram reservados os confinamentos em condições precárias e a convivência com a fome, a miséria, as doenças e, muitas vezes, a morte.

Capítulo 5

DE SANTO PARA SÁBIO: O MANICÔMIO NUM CONTEXTO PREDOMINANTEMENTE AUTORITÁRIO (1931-1947)

O manicômio em toda a sua “fase áurea” nunca deixou de apresentar deficiências e problemas na qualidade da assistência, porém sua situação se agravou a partir dos anos 30, num contexto de mudanças político-econômicas e de crise econômica internacional.

A “Revolução de 30”, segundo importantes cientistas sociais brasileiros, caracterizou-se principalmente por uma nova correlação de forças políticas que, redefinindo a política econômica, direcionou a produção agrário-exportadora na sustentação do processo de industrialização e estabeleceu um novo pacto social entre governo e trabalhadores urbanos, pacto este chamado de “populismo” (Ianni, 1994). Esse regime político, apesar de enfrentar algumas resistências, obteve não só o domínio, mas garantiu também a hegemonia com concessões e atrelamento de muitas organizações da sociedade civil, particularmente os sindicatos dos trabalhadores.

Para conduzir tais mudanças, foi criado um Estado forte interventor que, ao contrário do Estado oligárquico-liberal da Velha República, era orgânico com a nova fase monopolista do sistema capitalista (Albuquerque, 1981; Pereira, 1978). Getúlio Vargas, a principal liderança nesse processo de redefinição, expressou com clareza o novo papel regulador do Estado:

“Examinando detidamente o fato de maior preponderância na evolução social, penso não errar afirmando que a causa principal de falharem todos os sistemas econômicos, experimentados para estabelecer o equilíbrio das forças produtivas, encontra-se na livre atividade permitida à atuação das energias naturais, isto é, na falta de organização do capital e do trabalho, elementos dinâmicos predominantes no fenômeno da produção, cuja atividade cumpre antes de tudo, regular e disciplinar” (Vargas, 1941:30-31, grifos nossos).

A Bahia, como todo o norte-nordeste, fora do eixo Rio – Minas - São Paulo, ficou subordinada às diretrizes do governo federal nesse processo de centralização. Antes de 30, havia uma relativa autonomia estadual, ficando a condução política do país sob a

hegemonia de São Paulo e Minas Gerais, num processo de alternância conhecido como “política dos governadores” (Albuquerque, 1981: 535).

Dentro dessa política, o governador baiano Vital Henriques Baptista Soares, empossado em 1928, foi eleito vice-presidente na chapa encabeçada pelo paulista Júlio Prestes e renunciou ao governo estadual. Júlio Prestes e seu vice baiano não assumiram o governo, pois o movimento revolucionário de 1930, iniciado em Porto Alegre, logo ganhou todo o país, com apoio das Forças Armadas.

Assim como São Paulo, a Bahia fora considerada estratégica, porque tanto Júlio Prestes como Vital Soares tinham sido, respectivamente, governadores dessas unidades federadas. O Presidente Washington Luís esperou resistência à revolta nesses dois estados, tendo mandado o General Santa Cruz para organizar a resistência na Bahia. Os revolucionários venceram e o presidente foi deposto. Naquele momento encontravam-se em solo baiano as duas lideranças das forças insurgentes que mais se destacaram na região norte e nordeste, o Capitão Juarez Távora e o Tenente Juracy Magalhães (Tavares, 1974: 234-38).

Nessa situação de grande instabilidade, característica de um contexto imediatamente posterior a uma ruptura institucional, agravada pelas repercussões da crise econômica mundial de 1929, a intervenção federal na Bahia foi inicialmente muito tumultuada, pois no período de outubro de 1930 a setembro de 31, foram nomeados quatro interventores - coronel Ataliba Osório, engenheiro Leopoldo Amaral, médico Arthur Neiva e general Raimundo Barbosa - e nenhum deles conseguiu afirmar-se no poder. As interventorias dos dois militares foram provisórias, mas as dos civis Amaral e Neiva foram tentativas para garantir a governabilidade.

O general Ataliba Jacintho Osório, comandante da 6ª Região Militar, assumiu provisoriamente o governo (25-30 de outubro). Os revolucionários buscaram um nome da confiança do movimento, mas que fosse bem aceito pelos baianos. A escolha recaiu sobre o engenheiro Leopoldo Afrânio Bastos do Amaral.

Leopoldo Amaral governou por apenas três meses e meio, de 1º de novembro de 1930 a 18 de fevereiro de 1931. Ao tentar por em prática os ideais nacionalistas da revolução, entrou em choque com os interesses locais, porém aliados dos interesses do capital

estrangeiro. O cônsul americano chegou a assegurar que a posição anti-americana de Leopoldo Amaral, levou-o, anteriormente, quando era editor de um jornal local, a incitar as massas no famoso episódio do *quebra-bondes*, em 4 de outubro de 1930.⁹⁹ Disse o cônsul Briggs que ele incitara “aquela massa de negros ignorantes e preguiçosos contra as companhias americanas” (*In* Sampaio, 1992: 66). Com pressões realizadas por forças internas e externas, a posição de Amaral tornou-se insustentável e em fevereiro de 1931 ele deixou o governo.

A interventoria de Arthur Neiva também durou pouco, em torno de cinco meses (de 18 de fevereiro a 15 de julho de 1931). Com ele o Estado exerceu mais claramente sua função intervencionista. Um exemplo foi a criação do Instituto do Cacau. E iniciou as reformas administrativas, em especial a reorganização municipal que objetivava reduzir as despesas públicas e fortalecer a administração central, como, por exemplo, a medida que suprimia os municípios com menos de vinte mil habitantes. Ferindo interesses das oligarquias locais, elas demonstraram o poder de fogo que ainda tinham na Bahia e Neiva também caiu (Sampaio, 1992: 63). Foi substituído provisoriamente pelo general Raimundo Rodrigues Barbosa, de julho a setembro daquele ano.

O grupo seabrista passou a lutar com os tenentes pelo poder. Os fracassos dos dois governos civis anteriores, entretanto, fortaleceram a posição dos militares. Juarez Távora queria indicar o candidato ao cargo, mas Getúlio Vargas, visando diminuir o poder de Távora, escolheu o tenente Juracy Magalhães. Com 26 anos e rotulado de *forasteiro*, uma vez que era cearense, o jovem tenente enfrentou acirrada oposição. Pragmaticamente, engavetou as reformas - e muitos dos ideais da revolução - e estabeleceu acordos com os coronéis e alguns políticos do segundo escalão. Governou por seis anos: como interventor, de setembro de 1931 até 1935 (Tavares, 1974: 238-39) e como governador eleito, baseado na Constituição de 34, até 1937, quando Juracy Magalhães recusou-se a apoiar o golpe de Estado e renunciou ao governo da Bahia (*Ibidem*, p.240).

⁹⁹ Uma multidão de populares enfurecida com o aumento da passagem dos bondes e da tarifa de energia elétrica, majoradas por companhias subsidiárias da *Electric Bond and Share Company*, protagonizou esse movimento de revolta urbana. Aquele contexto de crise favoreceu a revolta, onde só no dia 4 de outubro, 84 bondes (dois terços da frota) foram queimados, bem como garagens, oficinas, em diferentes bairros de Salvador. O povo foi dispersado pela força policial, resultando em dezenas de feridos e quatro mortos (Sampaio, 1992:43-44).

O governo ficou sob intervenção federal do Estado Novo, com os seguintes interventores: coronel Antônio Dantas (1937-38), o engenheiro agrônomo Landulpho Alves de Almeida (1938-42) e o general Renato Pinto Aleixo (1942-45) (*Ibid.*, p. 244). Com o processo de redemocratização, após o fim da ditadura Vargas, em 29 de outubro de 1945, houve um período de reorganização estatal, quando se deu o processo constituinte federal e estadual. Esse período de transição, com os governos dos interventores federais João Vicente Viana, Guilherme Marback e general Cândido Caldas, encerrou-se com a eleição de Octávio Mangabeira para governador do Estado e sua posse em 10 de abril de 1947 (Mangabeira, 1986: 55).

Esses processos político-sociais mais amplos foram referidos aqui porque eles repercutem nos espaços microssociais, particularmente em instituições como o Hospital S. João de Deus, diretamente vinculado ao poder governamental, enquanto parte do aparelho estatal.

5.1 - De Hospital São João de Deus a Juliano Moreira: as mudanças institucionais para além do nome.

Após a tomada de poder pelo “movimento revolucionário de 30”, o novo governo interventor na Bahia, através de decretos, exigiu o retorno às funções dos funcionários afastados e considerou em comissão os cargos de Diretores e Chefes de Serviços, tendo o interventor, através de aviso, solicitado o pedido de demissão desses titulares em comissão, sob pena de serem demitidos. O Dr. Aristides Novis deixou o cargo federal no Departamento de Ensino, mas não *reassumiu* de imediato a direção do Hospício. O termo é reassumir mesmo, pois, apesar de sua longa duração - outubro de 1925 até dezembro de 1930 -, a gestão de Mário Leal fora formalmente interina.

Com a ruptura institucional, o 1º interventor civil, Leopoldo Amaral, manteve Mário Leal no cargo¹⁰⁰, porém a nova conjuntura ficou insustentável para o Professor Catedrático de Psiquiatra, pois sua atuação tinha sido também político-partidária, ao integrar a chapa fundadora da *Convenção Republicana da Bahia*, partido que derrotou Seabra e cujo governo estava sendo deposto naquele momento. Ele deixou a direção do hospital no final do ano, que foi assumida pelo Dr. Francisco Tavares de Carvalho. Este, como o médico mais antigo do hospital, ficou interinamente de janeiro até o início de abril de 1931, quando se efetivou a escolha do novo diretor (Novis, 1932: 513).

O Prof. Aristides Novis chegou a pedir a sua exoneração, porém o 2º interventor civil na Bahia, o médico Arthur Neiva, conseguiu convencê-lo a reassumir o cargo, demonstrando a confiança que as forças no poder depositavam nele (*Ibidem*, pp. 514-15). A partir daí, Novis ocupou a direção do manicômio, mantendo-se durante todo o período restante da intervenção federal, pois, com a saída de Arthur Neiva, ganhou a confiança do Capitão Juracy Magalhães, que o confirmou no governo eleito de 1935 a novembro de 1937, só deixando a direção do manicômio no final daquele ano, por uma incompatibilidade formal de acumulação de cargos, determinada por decreto do regime ditatorial do Estado Novo, como veremos a seguir.

¹⁰⁰ Uma carta de 29 de janeiro de 1930, encontrada nas correspondências recebidas do hospital, revela que Amaral, naquele momento editor de *O Jornal*, mantinha um bom relacionamento com Mário Leal e tinha respeito profissional pelo diretor do manicômio: “A menina que Cosme de Farias tenciona internar aí no Asilo sob a sua competente direção é filha de um conhecido auxiliar na Estrada de Ferro” (APEB. Caixa n.3195;g.n).

Aristides Novis: O retorno à direção do catedrático de Fisiologia.

Ao iniciar sua segunda gestão do Hospital São João de Deus, em abril de 1931, Aristides Novis convidou os principais representantes do governo no setor - o Secretário e o Diretor de Saúde Pública - para uma visita ao estabelecimento, onde pessoalmente testemunharam as *'flagrantes'* deficiências do mesmo, como organização hospitalar para os *'insanos'*. O diretor, entusiasta nos anos 20, na fase que ele próprio designou de “áurea”, retornava ao hospício em fase crítica e, resignado, solicitava que o Estado dotasse

“o velho manicomio bahiano, se não dos primôres técnicos de organizações similares, dos indispensáveis requisitos que o conforto e a boa hygiene liberalisam, attenuando, dest'arte, as tristissimas perspectivas que a simples condição de alienado sóe esboçar” (Novis, 1932: 516).

Nesse documento de 1932, que não apresenta mais o entusiasmo dos relatórios de sua gestão anterior, foram descritas minuciosamente as deficiências encontradas, pavilhão por pavilhão. No relatório de 1934, ele voltaria a descrever as deficiências, mas elogiava a Diretoria do Departamento de Saúde Pública, órgão ao qual o manicômio estava vinculado, referindo que ela vinha atendendo aos pedidos, *“dentro dos estreitos limites das verbas de que póde dispor”* (APEB. Caixa nº 3195, of.50).

Destacaremos alguns desses pontos críticos identificados nos relatórios:

- a) lamentava que o Laboratório de Pesquisa Clínica e Microbiológica, inaugurado na sua primeira gestão e mantido com parte dos recursos pagos pelos pensionistas, não tenha subsistido, com a perda daquela renda que foi *“canalisada para o Tesouro”* (Novis, 1932: 518);
- b) reivindicava a construção do pavilhão de isolamento, solicitada desde a primeira gestão, chamando a atenção para o risco da tuberculose, muito frequente nos hospitais psiquiátricos;
- c) ressaltava a necessidade de reforma do Pavilhão Manoel Vitorino, em condições péssimas, *“num momento em que a civilização erige por toda parte manicômios judicarios para enfermos desta especie (doentes criminosos)”* (Novis, 1932:519). Em 1934, referia que somente os pavilhões Anísio Circundes (antigo Charcot) e Alfredo Brito estavam conservados, necessitando de pequenos reparos. O Kraepelin, o Júlio de

Matos e o Victor Soares precisavam de reformas completas. A situação de degradação física do hospital chegou a atingir os pavilhões dos pensionistas, como era o caso do Victor Soares.

“Em meus relatorios anteriores, salientei a progressiva gravidade de tal situação, a cuja conta deve conter a estagnação, senão decrescimo da renda dos pensionistas, nos annos ultimos, forçados muita vez os responsaveis por estes a encominal-os para o Rio e São Paulo, em busca de mais condigna guarida para os seus entes queridos” (Novis, 1935:3).

No seu primeiro relatório o governo era duramente criticado, pois em vez de contribuir satisfatoriamente na manutenção do serviço, estava, ao contrário, retirando uma renda própria do hospício - a dos pensionistas. Novis chegou a questionar não só a legitimidade mas a legalidade do procedimento: *“Essa renda, que não consta no orçamento do Estado, foi toda ella recolhida ao Thesouro”* (Novis, 1932:524). Sugerindo que essa renda fosse novamente aplicada em melhoramentos do próprio hospital, *“nosso unico e desventurado manicomio”* (Ibidem, p.525).

Os recursos, mínimos que fossem, eram disputados ferrenhamente, pois, naquele momento de crise, o hospício, bem como as instituições assistenciais não eram prioridade no orçamento do Estado interventor, que enfrentava uma grave crise fiscal, agravada pela conjuntura depressiva mundial pós-29. A recessão econômica e a inflação galopante reduziram a arrecadação do Estado. O governo reagiu drasticamente com compressão da despesa pública. Em 1932, o governo Juracy Magalhães estabeleceu um corte de 37% nas despesas, agravando a violenta recessão que se abatera sobre a sociedade baiana (Sampaio, 1992: 38). Com o novo sistema de impostos, criado com a Constituição Federal de 1934, a Bahia começou a perder fontes de receitas, o que levou o governador a exigir, em 1936, *“a maior compressão possível de despesa”*¹⁰¹, controlando pessoalmente a compra de material permanente ou construção nova. Chegou, naquele mesmo ano, a decretar a moratória, suspendendo o pagamento da dívida externa do estado (Sampaio, 1992: 37).

¹⁰¹ Segundo Edgar Santos, diretor do Deptº de Assistência Médico-Social, superior hierárquico imediato de Novis, em ofício circular para todos os hospitais e demais serviços desse departamento (APEB. Caixa 3195, of. circular, 3.01.1936)

Demonstrando prestígio, Novis conseguiu que essas diárias do pensionato ficassem à disposição do manicômio. Esses recursos não eram insignificantes, como se pode observar no quadro abaixo:

TABELA 21 - RENDA ANUAL DO PENSIONATO E NÚMERO MÉDIO DE PENSIONISTAS* NO HOSPITAL S. JOÃO DE DEUS/JULIANO MOREIRA (1930-1937)

Ano	Renda	Nº.	Ano	Renda	Nº.
1930	62:900\$000	-	1934	48:840\$000	11
1931	59:350\$000	-	1935	47:850\$000	13
1932	52:990\$000	-	1936	72:995\$000	26
1933	65:300\$000	19	1937	99:245\$000	34

* O número de pensionistas foi obtido pelos ofícios que estão incompletos. Assim, em 1933, é uma média obtida de sete meses, em 1934 de cinco, mas os três últimos anos foram de todos os meses.

Fontes: Relatórios de 1935, anexo 3 (Novis, 1936) e 1936, anexo 2 (Novis, 1937); Ofícios mensais de prestação de contas das diárias de 1933 a 1937 (APEB. Caixas n. 3194; 3195; 3196).

Apesar de enfrentar grandes dificuldades e receber modestíssimas dotações orçamentárias, houve nessa gestão o esforço de continuar a expansão tanto pela organização de um serviço externo quanto pela ampliação do confinamento asilar, com a construção de mais um pavilhão em 1935 e inaugurado no início de 1936.

Em relação ao serviço externo, em 1934, no pavimento inferior do Pavilhão Central (Solar da Boa Vista), foi inaugurado o *Serviço de Profilaxia Mental*, a cargo do Assistente-médico José Júlio Calasans. Embora reconhecendo que a frequência era ainda “acanhada”, o diretor acreditava nos resultados práticos que seriam obtidos com o novo serviço, principalmente “*se meios nos fôrem facultados para distribuímos medicamentos pelos necessitados que vêm á consulta*” (Novis, 1935:2). O serviço não se desenvolveu, demonstrando que o cenário ainda não era propício para uma estratégia extramuros.

Por outro lado, a crise não impediu o crescimento pavilhonar. Para se ter uma idéia da importância dessa construção, na primeira metade dos anos 30, com exceção do saneamento da Capital, inadiável pela extrema precariedade das condições sanitárias, nenhuma obra pública tinha sido realizada (Sampaio, 1992:38). Nesse cenário tão restritivo, essa obra foi possível, pelo prestígio que gozava o diretor, ao colocá-la entre as prioridades de uma verba emergencial para a assistência médico-hospitalar, criada pelo interventor Juracy Magalhães, através do Decreto nº 8.889, de 10 de abril de 1934. Diante do impasse financeiro de sua gestão, o interventor adotou medidas focais de emergência para problemas sociais, criando uma tributação e confiando os recursos para uma instituição - a Federação das Obras de Proteção e Assistência Social que, no artigo 8º firmava compromisso com melhoramentos para o então Hospital São João de Deus (Novis, 1937)¹⁰².

Além do inegável prestígio do Professor Catedrático, outra razão para a aprovação da obra em contexto tão desfavorável foi o seu caráter racionalizador, pois o pavilhão foi concebido como uma fonte de receita, uma vez que suas vagas seriam oferecidas para os pensionistas particulares do sexo masculino. As rendas com o novo pavilhão, pelo menos nos primeiros anos, parecem confirmar o investimento feito, pois, como se observa no quadro acima, em 1936, primeiro ano de funcionamento, houve o crescimento do número médio de permanência dos pensionistas - dobrou de 13 para 26 - e, no ano seguinte, esse número chegou a 34. Conseqüentemente, houve também o crescimento da renda do pensionato, que aumentou em mais de 50 por cento no primeiro ano e, em 1937, continuou crescendo, chegando a mais de 99 contos de réis.

Esse novo pavilhão foi inicialmente chamado “Juliano Moreira”, em homenagem ao renomado psiquiatra baiano, que, na condição de professor da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina, no final do século XIX e início do XX, deu suas aulas práticas no Asilo S. João de Deus (APEB. Caixa nº 3195, of. 50), além de ter participado da comissão que escreveu um importante documento sobre a assistência aos alienados na Bahia (Vianna, Fontes, Moreira, 1895).

¹⁰² No segundo semestre de 1936 foi criado o Conselho de Assistência Social, em substituição à Federação das Obras de Proteção e Assistência Social. Naquele ano, o novo órgão continuou a repassar doze contos de réis, em quatro parcelas de três contos. Novis sempre teve suas prestações de contas aprovadas (APEB. Caixas n. 3196; 3197).

Novis ao propor o nome, sabia que poderia sofrer algum tipo de oposição, uma vez que Juliano Moreira tinha dirigido o Serviço Federal de Assistência aos Psicopatas e o Hospital Nacional de Alienados do Distrito Federal durante quase três décadas na Primeira República, até ser afastado do cargo pelo governo provisório da revolução de 30. O falecimento de Juliano, em 1933, ajudou a remover as restrições e, assim, em junho de 1934, o governo revolucionário da Bahia aprovou o nome de Juliano Moreira para o pavilhão a ser construído e, segundo o diretor do Hospital São João de Deus, prestou uma homenagem ao baiano ilustre, naquele estabelecimento onde ele colheu “*as primeiras emoções de uma carreira triunfal*” (Novis, 1935: 3).

Esse entusiasmo não foi só local, pois, após a inauguração do Pavilhão Juliano Moreira, em 25 de janeiro de 1936, Waldomiro Pires, diretor do Hospital Psiquiátrico do Rio de Janeiro, manifestou o mesmo sentimento, qualificando o homenageado de *primus inter pares* da psiquiatria brasileira (APEB. Caixa 3197, of. 20.02.1936).

A homenagem, entretanto, foi insuficiente diante do prestígio daquele intelectual e administrador de grande influência na psiquiatria brasileira, nas três primeiras décadas do século, cujo nome se espalhou por todo o país, batizando hospícios, colônias ou pavilhões (ver capítulo 2). Rubim de Pinho (1992) referiu que Juliano Moreira, que teve discípulos em quase todo o país, não os teve na Bahia. Não teve entre os psiquiatras, pois o catedrático de Fisiologia seguiu as diretrizes do psiquiatra baiano desde sua primeira gestão nos anos 20, quando se criou o Laboratório de Pesquisa Clínica e Microbiológica no pavilhão Demétrio Tourinho (ver capítulo anterior).

É compreensível, portanto, a iniciativa do diretor Aristides Novis de nomear, inicialmente, o moderno pavilhão, construído nessa segunda gestão, e depois a proposta aprovada em lei do nome de Juliano Moreira para o Hospital como um todo. Era a substituição do santo pelo cientista, da religião pela ciência, da igreja pela medicina, realizando-se também no nome a laicização da instituição.

É necessário abrir aqui um parêntese. A análise semiológica de Barthes (1999), já utilizada no estudo do alienismo na Bahia (capítulo 3), possibilita uma interpretação da mudança do nome do manicômio. Compreende-se essa mudança como um uso mitológico da linguagem, uma *fala mítica* (*Ibidem*, p.132): o termo gasto - *hospício*,

significante aplicado para uma instituição que, na prática, era espaço de violência e exclusão - já tinha sido substituído pelo termo mais moderno - *hospital*, que, usado na medicina em geral, remete para as finalidades manifestas de tratamento, cura e reabilitação. Contudo, a permanência do nome *São João de Deus* remetia ao passado dos tempos do hospício ou, mais ainda, do asilo da Santa Casa. Assim, foi uma mudança considerada natural, da substituição do nome de um *santo*, compatível com um local de caridade e beneficência, para o nome de um *médico*, um *psiquiatra*, apropriado para uma instituição sanitária, um hospital psiquiátrico.

É claro também que, levando em conta o ocorrido com os termos “asilo” e “hospício”, é lícita a hipótese segundo a qual, permanecendo as práticas de violência e exclusão na instituição psiquiátrica em estudo, não demoraria muito para que o novo nome - *Hospital Juliano Moreira*, menos estigmatizado e mais vinculado aos objetivos médicos - viesse a sofrer o mesmo desgaste. Como se pode constatar acima, os termos têm história. Ainda é cedo, porém, para narrar o que aconteceu com a nova e mais perene denominação para a instituição sediada no velho Solar da Boa Vista.

Retornemos à cronologia do hospício, ou melhor, do hospital. Em 1935, deu-se início ao curto período de regime constitucional, com governador e parlamentares escolhidos num processo eleitoral. Como já referido acima, foi nesse cenário que se deu a mudança do nome do manicômio, com a Lei nº. 75, de 27 de agosto de 1936, assinada pelo Governador Juracy Magalhães e por seu Secretário de Educação, Saúde e Assistência Pública - Antônio Luiz Barros Barreto.¹⁰³ Ela determinava que o Hospital São João de Deus passasse a ser chamado **Hospital Juliano Moreira**, “*em homenagem á memoria do maior psiquiatra baiano*” (Bahia,1937:120).

Para uma melhor compreensão dessa etapa na gestão de Novis, analisaremos brevemente esse breve hiato democrático (1934-37) no regime autoritário instituído em 1930, que se iniciou com a Constituição de 34 e foi interrompido com a ditadura do Estado Novo. Os parlamentares eleitos, tanto governistas quanto de oposição, eram na

¹⁰³ A Lei n. 75, de 27 de agosto de 1936 foi publicada na primeira página do Diário Oficial do Estado da Bahia, n. 236, 29.08.1936 (Bahia, 1936).

maioria ligados aos interesses agrários, inclusive os *doutores* (advogados, médicos e engenheiros). Esses intelectuais tradicionais se caracterizavam por uma atuação marcada pela moderação (Sampaio, 1992:265). Apesar desse perfil liberal conservador, esse legislativo baiano de 1935-37 foi mais sensível aos problemas sociais que os parlamentares da Primeira República. Os projetos relativos à saúde e educação, por exemplo, ocupavam o 4º lugar na lista de prioridades do legislativo da República Velha, enquanto na Segunda República passaram a 2º lugar, superado apenas pelos projetos relativos à organização do próprio Estado (*Ibidem*, p.266).

O Hospital Juliano Moreira (HJM) foi objeto de debate nessa curta e rica vida parlamentar. O deputado Raphael Jambeiro, 73 anos, era médico, formado em 1895. Com base política no município de Castro Alves, ele foi um dos dez parlamentares do Legislativo baiano de 1935-37 que fez oposição ao governo de Juracy Magalhães (*Ibid.*, p.188-192). O deputado de oposição criticou o desleixo na assistência prestada àqueles indivíduos reduzidos à

“condição de irracionaes” pois *“longe de termos um abrigo para estes infelizes que perambulam pelas ruas da cidade e pelo interior, um hospício enfim, temos um verdadeiro matadouro”* (Bahia. Diário da Assembléia, 1937, p. 809; grifo nosso).

Com exemplo, para sustentar sua denúncia, Dr. Jambeiro citou o episódio seguinte. Ele internou no HJM *“uma senhora de distinta família”*, D. Auta da S.A., procedente do seu reduto político (Município de Castro Alves) e o diretor Aristides Novis colocou-a num cômodo apropriado. Disse que, assim que o Prof. Novis se retirou do hospício, a paciente foi transferida para outro cômodo, onde veio a morrer *“em virtude de sevícias recebida”*. Ficou mais indignado ainda, quando o Dr. José Júlio Calasans, dado como seu médico assistente, indo a Castro Alves, foi indagado sobre D. Auta e respondeu que, se ela estava no hospital, ele ignorava. Afirmando não querer *“malferir o diretor Novis, que por certo ignorava o que estava se passando no estabelecimento que dirigia”*, fez um requerimento à mesa com questionamentos a serem encaminhados à direção do hospital. O líder da situação, Aliomar Baleeiro, votou pelo requerimento, mas discordou das acusações feitas de modo implícito ao diretor Aristides Novis.

Novis considerou que o hospital foi alvo de graves censuras do deputado Raphael Jambeiro e solicitou a abertura de inquérito (APEB. Caixa nº 3197, of. 99, 12.07.37).

Dez dias depois das denúncias na Câmara, em 21 de julho de 1937, o diretor já respondia as informações solicitadas pelo Legislativo ao Secretário de Educação e Saúde. Em relação ao falecimento da doente, Novis tomou como fonte de informação o atestado do médico de plantão, Dr. Calasans, que referia hemorragia cerebral como a causa do óbito. Disse também que nada constava em relação a qualquer agressão sofrida pela doente nos catorze dias que passou no manicômio (*Ibidem*, of.101).

Na fala do deputado Jambeiro, temos dois outros registros sobre a situação dos loucos da época: no primeiro, ele recebeu um louco de Alagoinhas, medicou e tentou interná-lo no hospício, mas recebeu a informação de que não podia enviar nenhum louco para a Capital. Sobre essa impossibilidade fez o seguinte comentário: “*Talvez seja por isto que, no interior usa-se, quando um louco perambula pelas ruas da cidade, mettel-o num carro e soltal-o na cidade visinha*” (Bahia. Diário da Assembléia, 1937, p.809, grifo nosso). Nota-se que não era uma prática incomum essa estratégia de expulsão dos loucos de uma cidade para outra.

O outro registro é de um fato já nosso conhecido desde a República Velha. O deputado da “Concentração Autonomista” referia que, na Capital, os alienados encontravam a solicitude e a caridade de Cosme de Farias, que sempre arranjava um lugar para eles no hospício.

O rábula continuava a interagir com o manicômio, seja para internar indigentes, como visto anteriormente, seja para saber o estado do paciente e, muitas vezes, para liberá-lo por ter sido internado por abuso de alguma autoridade policial ou do poder judiciário. Para internar ou obter informações de internados, ele se dirigia diretamente ao diretor do manicômio ou, demonstrando prestígio pessoal, fazia também através do Diretor Geral do Deptº de Saúde Pública, órgão ao qual o Hospital estava subordinado (APEB. Caixa 3195, of. 6.02.34). Num memorando, o diretor Aristides Novis chegou a se dirigir ao Major Cosme de Farias pedindo “ao nobre amigo” que atendesse os preceitos regulamentares e não enviasse, junto com os doentes que remetia ao manicômio, carta ou bilhete e sim, petição ou guia assinada por autoridade policial (APEB. Caixa n.3196, *Memorandum* nº 9, de 11.07.1936). Cosme de Farias continuou a enviar doentes com bilhetes, só que passaram a ser dirigidos ao Dr. Calasans, assistente médico do hospital.

Novidade mesmo foi a atuação do Major Cosme como rábula em defesa do louco internado, utilizando os recursos jurídicos que a legislação oferecia, em especial, a garantia do direito à justiça proclamada na Constituição de 1934, direito que seria restringido com a ditadura do Estado Novo. Assim, nesse hiato democrático houve repercussão da atuação do Judiciário na vida do manicômio. Parentes, outros responsáveis e os próprios pacientes, com apoio de advogados ou rábulas, que recorriam diretamente ao Superior Tribunal de Justiça (STJ), passaram a recorrer à Corte de Apelação do Estado da Bahia, com sua criação no 2º semestre de 1934, utilizando-se do mecanismo de *habeas-corpus* contra a seqüestração sem base legal. Ver abaixo o quadro 6, onde se destaca a presença de Cosme de Farias como solicitante do *habeas-corpus* em favor de inúmeros internados.

Havia abuso de autoridade de Delegados e Juizes, principalmente do interior do Estado. Com base na leitura dos inúmeros ofícios e *memoranda*, que Aristides Novis respondia aos pedidos de informação do STJ e da Corte de Apelação (APEB. Caixas 3195-3197), concluímos que o diretor muito contribuiu para separar o internamento necessário da segregação arbitrária no hospital psiquiátrico.

No quadro abaixo, onde em geral os pacientes estavam internados por um ano ou mais, destacam-se os inúmeros casos de doentes internados por juizes do interior que, em todo o período de internamento, nunca apresentaram qualquer alteração psíquica, como, por exemplo, o paciente Leopoldo (L.E.M.), internado há mais de vinte anos por solicitação do juiz do município de Amargosa. A informação de Novis à Corte de Apelação foi nos seguintes termos: “*Em todo esse longo período de observação de Leopoldo neste Estabelecimento nenhuma perturbação mental lhe pode ser verificada*” (APEB. Caixa n. 3195, of. 18, 28.01.1935).

Quadro 6 - JUSTIÇA X MANICÔMIO: PEDIDOS DE *HABEAS-CORPUS* (H-C) PARA INTERNADOS NO HSJD / HJM - 1934-37

Iniciais	Solicitante da Internação	Data internação	Data do h-c	Tempo internação	Solicitante do h-c	Informação(Diretor)	Decisão Justiça
JJB	-	-	9.07.1934	-	-	Sem alteração psiq	concedido
JSP	-	-	24.12.1934	-	Cosme de Farias	Com alteração psiq	não concedido
LEM*	Juiz / Amargosa -Ba	25.07.1914	28.01.1935	20 anos e 5 meses	José Maria Lima	Nunca alteração psiq	concedido
PP	Juiz /Feira de Santana	22.02.1930	28.01.1935	4 anos e 11 meses	José Maria Lima	Nunca alteração psiq	concedido
EB	Juiz/ Salvador	14.03.1934	13.04.1935	1 ano e 1 mês	-	Nunca alteração psiq	concedido
TFG	Juiz / Barra-Ba	28.06.1932	13.04.1935	2 anos e 9 meses	-	Com remissão	concedido
TJR	Juiz / Inhambupe -Ba	13.12.1930	18.05.1935	5 anos e 5 meses	-	Nunca alteração psiq	concedido
FMA	Juiz/Inhambupe -Ba	13.12.1930	18.05.1935	5 anos e 5 meses	-	Nunca alteração psiq	alta/julgamento
MTN	Juiz/ S. Sebastião-Ba	01.11.1932	24.05.1935	2 anos e meio	-	Nunca alteração psiq	alta/julgamento
JGS	Secretário de Polícia	17.11.1928	05.1935	6 anos e meio	-	Com remissão	-
JLC	Juiz/Boa Nova -Ba	16.11.1934	12.08.1935	10 meses	Cosme de Farias	Sem alteração psiq	alta/julgamento
MFM	Secretário de Polícia	13.12.1934	16.08.1935	9 meses	-	Nunca alteração psiq	alta
AGS	Juiz/Nilo Peçanha-Ba	19.12.1933	.08.1935	1 ano e meio	Cosme de Farias	Nunca alteração psiq	alta/julgamento
PAC	Delegado/Stº Amaro	02.06.1934	27.08.1935	1 ano e 2 meses	Cosme de Farias	Nunca alteração psiq	alta/julgamento
BMJ	Promotor/Poções -Ba	25.05.1932	27.08.1935	3 anos e 3 meses	Cosme de Farias	Nunca alteração psiq	concedido
CSC	Juiz/Monte Negro-Ba	27.11.1931	27.08.1935	3 anos e 10 meses	Cosme de Farias	Sem alteração psiq	alta/julgamento
JRS	-	04.01.1936	16.03.1936	2 meses	Cosme de Farias	Não examinado	não concedido
PR	-	-	30.03.1936	-	Bel.Nestor Duarte	Com remissão	concedido
FMR	Chefe de Polícia	09.12.1929	30.03.1936	6 anos e 3 meses	Cosme de Farias	Nunca alteração psiq	concedido
ELV	Família	23.03.1936	08.04.1936	16 dias	paciente (advogado)	Com alteração	não concedido
ABT	Família	-	08.04.1936	-	paciente	Com alteração	não concedido
JAPS	Secretário de Segurança	26.03.1936	17.04.1936	22 dias	Cosme de Farias	Com remissão	concedido
OS	-	-	11.05.1936	-	Bel. ELV (paciente)	Com alteração	não concedido
NAS	Juiz/Jequié-Ba	23.04.1935	10.06.1936	1 ano e 2 meses	José Maria Lima	Com remissão	alta/julgamento
AEVC	-	11.07.1936	27.07.1936	16 dias	-	Com remissão	concedido
JMS	Juiz/Santarém-Ba	09.04.1934	16.09.1936	-	Cosme de Farias	Com remissão	alta
WCP	-	-	27.10.1936	-	Bel. Durval Fraga	Com remissão	concedido
ASM	-	-	26.06.1937	-	Cosme de Farias	Sem alteração psiq	concedido

Fonte: APEB.Caixa 3195 e 3196. * LEM é o paciente Leopoldo que é referido na página seguinte.

De Sergipe à Bahia: O psicopata vem de trem.

Uma situação contraditória e intrigante nessa gestão foi a autorização dada por Novis ao diretor da Penitenciária de Sergipe, Francisco Leite Neto, permitindo a transferência dos alienados daquele estado para o hospital baiano (APEB. Caixa n.3196, of.49, 27.03.1936). O diretor Leite Neto, autorizado pelo governador Eronildes de Carvalho, queria estabelecer um contrato, onde o Hospital Juliano Moreira receberia os alienados mediante uma contribuição do Estado de Sergipe. Novis chamava a atenção que esse tipo de contrato só poderia ser firmado entre os governadores dos dois estados, porém, isso não representava uma recusa. “*Independente mesmo desse contracto remunerado, não hesitei em receber varios doentes mentais*”, vindos da Penitenciária sergipana, desde setembro de 1933, quando Novis recebeu a visita do Dr. Ávila Nabuco, diretor de Saúde Pública daquele estado vizinho. O diretor dizia que o antigo São João de Deus passou a receber remessas de pequenos grupos, “*sem outro interesse que o de sermos uteis ao doente, dobrado o nosso prazer pela circunstância de servirmos á um Estado-irmão*”(Ibidem). Antes, em 1934, ele tinha usado como argumento o “*dever de solidariedade humana, que não exclue os estrangeiros, quanto mais os filhos da mesma Patria*” (APEB. Caixa 3194, of.7, 8.01.1934).

Desde o início, em 1933, o diretor Aristides Novis estabeleceu que os doentes transferidos não deveriam ser criminosos, por não ter mais acomodações no pavilhão específico (Manoel Vitorino), e que fossem trazidos em remessas de pequenos grupos. Eles vieram de trem, em grupos de quatro ou seis, acompanhados de um enfermeiro (APEB. Caixa 3194, of. 183 e of. 195). Essas remessas continuaram por toda a sua gestão (Idem, ofícios 202, 226, 229 de 1933; of. 3. 1934; Caixa 3195, 18.06.1936), de tal sorte que num levantamento dos doentes pela sua procedência, realizado em julho de 1937, último semestre de Novis no manicômio, além dos baianos (capital e interior) e de origem ignorada, tinham trinta e três (33) sergipanos e apenas um (1) pernambucano no HJM (Caixa 3197, of. 101, 21.07.1937).

Essa parcela era ainda maior, pois além desse número prevalente, tinham os doentes que faleciam. Obtive registros de oito óbitos de pacientes, a maioria deles transferidos em 22 de maio de 1936, que tinham falecido no curto período de junho a novembro daquele mesmo ano (APEB. Caixa 3196). Se a mortalidade hospitalar em geral era alta, nos

transferidos não era nada desprezível, pois eles eram psicopatas indigentes que vinham de uma penitenciária, em condições de vida e saúde muito precárias, para um local insalubre, como eram os pavilhões da “classe de indigentes” do manicômio.

Afinal de contas, esse *dever de solidariedade* era prestado num contexto tão crítico de crise econômica e social, agravada pela instabilidade política. Não temos uma explicação conclusiva para o fato. Sem dúvida não deixava de ser uma estratégia política adequada para o fortalecimento de sua permanência no cargo, contar com o apoio de lideranças que agiam em nome de um interventor federal e depois, com a Constituição de 1934, do governador eleito de um Estado com ligações estreitas com o da Bahia (*Idem*, 20.09.1933), mas não podemos descartar entre as motivações, a própria formação humanística do diretor Novis, bem como o seu elitismo, que o fazia ignorar as condições concretas para a realização de seu gesto solidário. Uma das primeiras medidas racionalizadoras do diretor seguinte, como veremos adiante, foi suspender essa transferência.

Encontramos ainda nesse período constitucional, registros da luta do diretor Novis pela melhoria das vias de acesso ao estabelecimento e pela integridade dos terrenos do Hospital na Boa Vista de Brotas. Essa última era uma defesa que ele tinha iniciado desde a primeira gestão nos anos 20, inspirado na luta anterior de Eutychio Leal e foi continuada pelo seu sucessor, Mário Leal (ver capítulo anterior). A relevância desses problemas na época era compreensível, quando constatamos que a própria Capital, na segunda metade dos anos 30, ainda era predominantemente rural.

“O distrito de Brotas [onde estava o hospital] e parte dos de Santo Antônio e Vitória, por exemplo, compreendiam aprazíveis chácaras e grande quantidade de sítios, que se ligavam ao núcleo urbano por estradas, praticamente intransitáveis nas estações chuvosas” (Sampaio, 1992: 32).

Sobre a dificuldade de acesso, Novis chegou a solicitar ao Prefeito de Salvador melhoramento da Estrada do Engenho Velho, pois no inverno era difícil a passagem de veículo para o Pavilhão-Colônia “Augusto Maia” (APEB.Caixa 3195, 27.03.1935). Em relação a questão agrária do manicômio, durante toda essa segunda gestão de Novis

(1931-37), aparecem registros de conflitos com a vizinhança, em especial, a que se travou, em 1933, com a Chácara de São Miguel, que envolveu polícia e o próprio procurador do Estado (APEB. Caixa 3191). Em 1936, a vizinhança invadiu o hospital e fez uso da fonte de água existente, impedindo os doentes de tomar banho (Caixa 3196, of.193, 1936). Eram sinais de uma duradoura relação conflituosa, que culminaria muitos anos mais tarde, com a completa urbanização do bairro de Engenho Velho de Brotas e a transferência do manicômio para a periferia de Salvador, em Narandiba no ano de 1982.

Mesmo num quadro geral de instabilidade social, essa experiência de regime constitucional, foi surpreendentemente positiva, com os três poderes - executivo, legislativo e judiciário – funcionando normalmente, de tal sorte que essa normalidade institucional, chegou a repercutir até em espaços microssociais como o manicômio.

Estabelecimento do governo, o Hospital Juliano Moreira foi objeto de debate e ação parlamentar, bem como teve que responder ao judiciário, acionado por membros da sociedade civil na garantia dos direitos de cidadãos que estavam, em muitos casos, arbitrária e ilegalmente internados. Por outro lado, sua direção também recorreu à justiça para garantir seu território invadido, bem como apelou a uma outra esfera do poder executivo, ao poder municipal, para melhorar as vias de acesso ao hospital.

Essa relativa normalidade institucional foi rompida com o golpe de Estado que instalou no país o regime de exceção conhecido como *Estado Novo*. O governador Juracy Magalhães se recusou a apoiar a ditadura e com sua renúncia ao governo da Bahia, em novembro de 1937, iniciou-se um outro período de intervenção federal na Bahia.

Uma nova legislação produzida pelo regime ditatorial (Decreto-lei nº. 24, de 29 de novembro de 1937) não permitia a acumulação de cargos públicos, o que resultou na opção de Aristides Novis pela Cátedra de Fisiologia na Faculdade de Medicina (APEB. Caixa n. 3197, 14.12.1937). Mais dois médicos do hospital tinham também vínculo com a Faculdade de Medicina: José Júlio Calasans, Assistente contratado na Cadeira da Clínica Psiquiátrica, e Luiz Ribeiro de Sena, Assistente efetivo na Cadeira de Clínica

Cirúrgica (*Ibidem*, *Memorandum* de 29.11.1937). Ao contrário do Professor Catedrático, os médicos optaram pela permanência no hospital (*Ibid.*, of. 14.12.1937).

O Prof. Novis deixou a direção do manicômio em 31 de dezembro de 1937, quando transferiu o cargo para o Dr. Francisco Tavares de Carvalho, médico mais antigo do estabelecimento. Em portaria datada de 31 de dezembro, despedia-se do corpo técnico do hospital: “*Ainda fora daqui, estarei sempre ao serviço dos meus caros auxiliares, na medida em que, reconhecido, lhes pôssa ser util*” (Caixa n.3197, of. 31.12.37).

Com o nome de Juliano Moreira para o hospital, o pavilhão “Juliano Moreira”, construído graças ao esforço e prestígio de Aristides Novis, acabou recebendo o seu nome ao deixar o manicômio (APEB.Caixa n.3198, of.15.01.38). O pavilhão “**Aristides Novis**”, para pensionistas, era dotado de modernas instalações, inclusive da balneoterapia, em condições, portanto, de *derivar o desconforto da doença para o conforto do doente*. Numa conferência proferida no *Rotary Club* da Bahia, em outubro de 1935, intitulada “Assistência a Psicopatas na Bahia” (Novis, 1936, anexo 4), o diretor descrevia o magnífico edifício, onde o pensionista desfrutaria de conforto integral e adequado tratamento, inclusive com apartamentos de luxo, que serviria para estabelecer “um contraste chocante” com as outras instalações. Mas Novis era um liberal republicano:

“Avulta este contraste na consideração da distancia que guardarão entre si pensionistas e indigentes, a perderem-se de vista na gradação das hospedagens que vão ter. Preciso se faz, portanto, que se revista de nova indumentaria o restante da casa, afim de não perdurar por mais tempo uma excepção antipathica, sem a devida compustura para apresentar-se aos olhos niveladores do pensamento moderno, em face as prerogativas e aos direitos dos nossos semelhantes” (*Ibidem*, p.4; g.n).

O Catedrático de Fisiologia acreditou sinceramente na nivelção por cima, mas não demorou muito para ficar demonstrado que, em relação aos psicopatas, a nivelção sempre se fazia para baixo.

Pery Guimarães: um médico sanitaria na direção do manicômio

No curto tempo de pouco mais de um semestre que ficou no cargo, de janeiro a agosto de 1938, na primeira interventor federal do Estado Novo na Bahia, a do Coronel

Antônio Fernandes Dantas, o diretor Pery Guimarães lutou pela obtenção de verbas, tendo descrito a dramática situação do hospital no Relatório do ano de 1937 (APEB.Caixa 3197, 14.02.1938). Seu relatório e ofícios expedidos são documentos contundentes da miséria institucional que será analisada detalhadamente mais adiante. Aposentou-se, não tendo conseguido, num tempo tão curto, realizar as principais medidas urgentes que ele julgou relevantes e inadiáveis. Foi substituído interinamente por Dr. Luiz Ribeiro de Sena, até a nomeação, ainda em 1938, do novo diretor, o Prof. João Mendonça, já sob o mando de Landulpho Alves de Almeida, o segundo interventor do Estado Novo na Bahia (1938-42).

Apesar de curta, essa administração merece uma análise mais cuidadosa. Pery Guimarães foi nomeado em 5 de janeiro de 1938 pelo interventor Coronel Antônio Dantas (Bahia, 1938: 1531). Esse médico da Inspetoria de Centros e Postos de Saúde era um funcionário de carreira, com quase 30 anos de serviço, atuando principalmente na saúde pública. Ele já tinha um contato anterior com o manicômio, pois tinha sido um dos membros da Comissão Externa do Inquérito de 1925, juntamente com o Secretário de Saúde, Barros Barreto, e o pediatra Joaquim Martagão Gesteira, que fizeram uma verdadeira radiografia do “Hospital São João de Deus”, comissão essa que tinha sido solicitada pelo próprio diretor Aristides Novis, naquela sua primeira gestão (ver capítulo anterior).

Pery Guimarães voltava ao manicômio, agora com a função de dirigi-lo, num contexto político-social e econômico muito difícil. Uma de suas primeiras tarefas foi escrever o relatório do ano de 1937, que esteve sob a direção de seu antecessor. Ele resumiu as condições do Hospital com a seguinte frase: “*tudo lhe falta*” (Guimarães, 1938: 1) e procurou demonstrar sua afirmativa pelos seguintes itens:

1. Instalações. O HJM tinha, em 1937, oito pavilhões: o *Solar Boa Vista*, pavilhão Central da administração, dois para mulheres, quatro para homens e um para os criminosos.

Os pavilhões de mulheres eram: o *Anísio Circundes*, para 30 pensionistas, contava com esse número de pacientes, mas as salas de visitas e o refeitório foram transformados em enfermarias para indigentes, devido a superlotação do manicômio; e o *Júlio de Matos*,

com mais de 70 doentes, em tal estado “que não vale a pena comentar” (*Ibidem*, p.1) Ao assumir, Guimarães encontrou internadas 231 mulheres, sendo 201 indigentes (p.2).

Os pavilhões de homens eram: o *Aristides Novis*, pavilhão novo, de janeiro de 1936, para 40 pensionistas homens; o *Alfredo Brito*, em estado regular, sob a supervisão da Clínica Psiquiátrica da FAMED; o *Augusto Maia* para crônicos, precisando de reformas urgentes; e o *Kraepelin*, que, segundo o diretor, podia ser chamado de “*uma antecâmara da morte, [e] já devia estar fechado tal o seu estado de ruína*” (Guimarães, 1938:2). O pavilhão *Manoel Vitorino*, para criminosos achava-se em deploráveis condições. Os pavilhões para indigentes do sexo masculino comportavam 190 doentes. Numa capacidade total de 230 homens, pensionistas e indigentes, foram encontrados 325 internados. A população total de pacientes no início de 1936 era de 556 (*Ibidem*, p.3).

O pavilhão *Vitor Soares* estava abandonado, em ruínas. O novo diretor, como sanitarista, queria transformá-lo num pavilhão de isolamentos para tuberculosos, pois vários doentes com essa doença infecciosa viviam em “*promiscuidade*” com indivíduos em estado de menor resistência, daí o elevado número de óbitos tendo a tuberculose como *causa mortis*.

Nesse documento, dirigido ao Diretor Geral do Departamento de Assistência Médico-Social, assim Guimarães concluiu o item:

“*É que os pavilhões não se compunham mais de enfermarias e sim de depositos onde se amontoam doentes, e, haveis de concordar, isso é tudo o que se quiser que seja, menos um Hospital*” (Guimarães, 1938: 3).

2. Remédios e alimentação. Em relação aos medicamentos, era a quantia de cem réis diários para cada enfermo. O diretor fez o cálculo para demonstrar como os recursos eram irrisórios: “*Se tivermos de aplicar um remedio de custo de 10\$000 [dez mil réis], por exemplo, para um equilibrio orçamentario, deve esse doente passar 100 dias sem outra medicação*” (*Ibidem*, p.5).

A questão da alimentação abordaremos com detalhes na 3ª seção deste capítulo, porém, para compor o diagnóstico daquilo que o novo diretor encontrou no manicômio, citemos a sua constatação final: a verba de alimentação era muito insatisfatória. A verba que

tinha sido aprovada pela “extinta” Assembléia Legislativa para esse item teve uma diminuição de cem contos de réis (p.5). Segundo cálculo do diretor anterior, no seu Relatório de 1936, gastava-se diariamente, em média, hum mil quinhentos e sessenta réis (Rs. 1\$560), quando cada doente indigente deveria custar no mínimo dois mil réis (Rs. 2\$000) diários (*Ibid.*, p.4).

3. Pessoal. Havia também deficiência para os serviços. Era uma média de 125 doentes para cada médico, que deveria dar um plantão semanal de dormida (12 horas noturnas).

O número de enfermeiros era insuficiente e Guimarães lembrava que “*alem dos indigentes temos a nosso cargo, sob a nossa responsabilidade os pensionistas, doentes que pagam e que, por isso, suas familias tem o direito de exigir assistencia e tratamento completos*” (Guimarães, 1938:6). Todos eram cidadãos, mas uns eram mais cidadãos, porque pagavam. Essa é uma concepção ainda vigente até hoje, a do cidadão como contribuinte, em desacordo com a noção democrática de cidadania plena.

O novo diretor reivindicava serventes, pois, pela falta desse funcionário, constatou a prática criticável de utilização dos doentes melhorados auxiliando nesse serviço (*Ibidem*, p.7). Outro setor crítico era o de pessoal da cozinha e, em especial, a ausência de uma ecônoma para dirigir a alimentação. Guimarães se queixava que ficava para a diretoria cuidar desse serviço, chegando ao ponto do diretor ter de determinar o que deveria ser feito para alimentação dos doentes. Num ofício ao Conselho de Assistência Social, solicitando um crédito especial, chegou a comparar o manicômio com um hotel de Salvador. Enquanto o hotel tinha seis cozinheiros para 120 pessoas, entre hóspedes e empregados, o hospital tinha um cozinheiro e dois ajudantes para 600 pessoas, somando doentes e funcionários (APEB. Caixa 3197, of. 131, 2.031938).

Com precisão no diagnóstico, o novo diretor partiu para enfrentar os problemas encontrados. Sua primeira prioridade foi acabar ou, pelo menos, diminuir a *superlotação*. No seu quinto dia no manicômio, ele se dirigiu à autoridade policial para informar que somente fossem enviados os doentes criminosos, pois os pavilhões há muito excediam em lotação. Pediu que o Delegado Auxiliar recomendasse às demais autoridades policiais da capital e interior que fossem remetidos ao hospital apenas aqueles loucos que pela natureza da doença não podiam viver em liberdade (Caixa

3197, of. 10.01.1938). Solicitou ao Diretor do Departamento de Assistência Médico-Social que tomasse providência idêntica, através do Secretário de Educação e Saúde, junto ao colega na Secretaria de Segurança, pois “*dos 540 internados mais da metade dormem na lage fria do pizo uma vez que o numero de camas é de menos da metade do necessario*” (APEB. Caixa 3197, of.11.01.1938)

Coerente com esse procedimento, recusou um menor da 2ª Delegacia e dois indigentes enviados pelo Serviço de Repressão à Mendicância (*Ibidem*, of.15.01). Ainda buscando diminuir a *entrada* ascensional, como sempre frisava Novis, suspendeu o gesto solidário do antecessor, oficiando ao Secretário do Interior do Estado de Sergipe, argumentando que não poderia receber mais doentes devido a superlotação, agravada pelas “obras urgentes e inadiáveis” em três pavilhões (*Ibid.*, of. 12.01.1938).

Em relação às *saídas*, numa breve avaliação, deu alta e transferência a sentenciados sem alteração mental (APEB. Caixa 3197, of. 12.01.1938), remeteu idosos de volta ao Abrigo de Salvador, que não necessitavam de assistência psiquiátrica (of. 15.01) e, seguindo uma conquista de administrações anteriores, obteve passagens junto as empresas ferroviárias e marítimas que serviam a Capital, transferindo onze doentes indigentes que estavam de alta. Mantê-los no hospital, seria prejudicar os que careciam de tratamento, mas, por outro lado, ponderava o próprio diretor Guimarães, que a instituição não poderia deixá-los “*ao desamparo na Capital, onde tudo lhes faltará e onde não têm conhecimento com pessoa alguma*” (of. 26.01.1938).

O novo diretor referiu que ele antecipou as medidas que iria apresentar como sugestões no relatório anual, diante da gravidade do quadro. Ressaltava que o “digno antecessor” tinha solicitado providências que o governo passado - o governo constitucional de Juracy Magalhães - não tinha atendido. Guimarães acreditava no regime de força que ele estava a servir - o Estado Novo. Confiante, não se limitou a solicitar providências para atender tais demandas:

“Não posso entretanto, Sr. Dr. Director, limitar-me ao simples pedido de providências (...) Vai além disso. Vou ao protesto formal e decisivo. (...) O estado em que se encontra o Hospital Juliano Moreira é uma ignomia! Continuar o que está - receber doentes indigentes com as enfermarias nas condições actuaes - não será uma miseria, uma crueldade, por que será um crime” (APEB. Caixa n.3197, Of. 27, 15.01.1938, p.1; grifos nossos).

Ao examinar o maço de correspondências recebidas, constatamos que o Secretário de Educação e Saúde interino, Agrippino Barbosa, não concordou com a medida do diretor do HJM, de restringir as entradas no manicômio apenas para doentes perigosos. A principal razão alegada era impedir que, nas ruas da Capital, os infelizes que perderam o controle de si mesmo, mesmo aqueles alienados inofensivos, voltassem a oferecer “*o aspecto triste e desolador que em outras oportunidades tanto reprovamos*”. Explicitada a finalidade social de exclusão da prática psiquiátrica – reclusão do perigoso e mesmo do inofensivo, de aspecto ‘triste e desolador’-, o Secretário não esqueceu de complementar seu raciocínio com os cuidados voltados para o próprio paciente, ao afirmar que não poderia deixá-los perambular pelas ruas, “*quando ao Governo compete recolhel-os, alimentar-os, vestil-os e tratal-os*” (APEB. Caixa n. 3197, of. 29.01.1938).

O diretor Pery Guimarães, em ofício ao seu chefe imediato, o diretor do Deptº de Assistência Médico-Social, Atila Amaral, dizia que como subordinado acatava a decisão superior, mas que faria algumas considerações em defesa de sua posição. Concordava que aqueles deveres eram mesmo da competência do Governo e seus dirigentes, mas o diretor do HJM argumentava que tornava-se necessário que eles estivessem habilitados a cumprir esse dever, “*dispondo de acomodações para recolhel-os, de alimentos para alimentar-os, de roupas para vestil-os e de remedios para tratal-os*”. E, dirigindo-se especificamente ao seu chefe, afirmava: “*E, como sabeis de sobejo, não só pelas minhas reiteradas informações e reclamações, como por terdes de-visu, verificado, nada disso, nada absolutamente, possuímos*” (*Idem*, of. 72, 31.01.1938).

Além de enfrentar a superlotação, Guimarães tomou medidas administrativas em relação a assistência farmacêutica e ao quadro de pessoal. Manteve a cobrança do pagamento dos medicamentos pelos pensionistas, garantindo assim o tratamento “rigoroso” dos pensionistas e aplicou os poucos recursos disponíveis para os indigentes. Dizia que havia a reclamação de algumas pessoas contra as despesas com medicamentos por parte dos pensionistas, mas alegou que se eles fossem fornecidos, seria em prejuízo dos indigentes (*Idem*, of.224, 20.05.1938). Alegava também evitar o atraso na aquisição dos remédios prescritos pelos parentes e responsáveis dos pensionistas (APEB. Caixa n. 3197, of. circular, 12.01.1938).

Ainda para enfrentar o problema da falta de remédios, que se agravou com a saída da seção de medicamentos do Instituto Oswaldo Cruz, que quando funcionava no hospital, servia-o, o diretor apoiou a disposição do farmacêutico de montar um pequeno laboratório, onde esse profissional prepararia os remédios básicos hipodermoterápicos, como os soros (*Idem*, of. 249, 23.06.1938). A Secretaria de Educação e Saúde Pública recusou pagar uma complementação ao farmacêutico para ele produzir esses medicamentos injetáveis (Of. 257, 12.07). Esse serviço na farmácia, entretanto, veio a funcionar na gestão seguinte de João Mendonça.

Do pessoal reivindicado, só recebeu quatro praças de Polícia para garantir que os pacientes pudessem tomar banho numa fonte nos terrenos do próprio manicômio, pois “desocupados” invadiam e ameaçavam os doentes e enfermeiros (APEB. Caixa n. 3197, of. 14.01; 03.02). Seguindo o art. 83 do Regulamento, reivindicou o direito de residir no hospital, ou num prédio alugado na vizinhança (of. 24.01; of. 14.02.38). Ao se pôr como exemplo, pois afirmava ficar das 7 às 17:30 e comparecer à noite sempre que necessário (of. 198, 27.04), teve autoridade para verificar que o cirurgião dentista não estava em seu posto no horário de serviço e puni-lo (*Ibidem*, *Memorandum* nº. 1, janeiro de 1938). Entre outras punições, aprovou a perda de vencimentos do médico Luiz Albertazzi que faltou a dois plantões (*Ibid.*, of. 243, 15.06.1938).

Nessa curta passagem pelo manicômio, a medida mais importante de Guimarães foi o desenvolvimento do trabalho agrícola no hospital. Ele defendia as três finalidades dessa prática - economia, tratamento e garantia de alimento. A questão alimentar era grave, como analisaremos adiante, então o diretor deu prioridade absoluta a esse objetivo. De saída, constatando o abuso existente, onde os pacientes praticamente não consumiam os frutos colhidos nos terrenos do hospital, baixou portaria (nº 4, janeiro de 38), garantindo que os frutos deveriam ser distribuídos entre os doentes e serventuários. Colocou o inspetor para organizar a coleta, fiscalizar a distribuição e evitar abusos contra os doentes.

Com os doentes melhorados iniciou o preparo do campo “como terapia e como economia ao hospital” (of. 21.01.1938). Amigo pessoal, do Secretário de Agricultura, Edmundo Visco, solicitou e obteve um técnico em cultura de frutas e verduras para proporcionar aos doentes “uma alimentação mais sadia” (Ofícios 26.01e 31.03.1938). A partir daí, solicitou as mudas de frutas e hortaliças do Centro de Experimentação

Agrícola (Ofícios 69, 28.01; 78, 1.02.1938), do Posto de Citricultura de Alagoinhas (of. 174) e de Valença (of. 189). Tentou também instalar um aviário, para dispensar a compra de ovos e galinhas (of. 94, 05.02), mas pela falta de registros parece não ter tido o mesmo êxito que teve com a horta e o pomar.

Num contexto autoritário, sentiu-se autorizado a solicitar do delegado de jogos e costumes o envio de “vagabundos” para trabalhar no cultivo nas terras do hospital (of. 179, 13.04) e o delegado enviou “vagabundos apanhados em vias públicas” para esse trabalho no manicômio (of. 196, 26.04). Seis meses depois, sentindo consolidada a iniciativa, solicitou o cargo de “administrador do campo” no quadro do hospital, pois o “Juliano Moreira” já tinha pomares e cultura de hortaliças “de grande utilidade para a alimentação dos doentes” (of. 248, 23.06.1938).

Por fim, em relação ao crônico problema da falta de recursos, num contexto de restrição fiscal, o diretor buscou conter despesas e aumentar a receita. Em relação aos gastos, além das diárias e de recursos para a medicação, passou a cobrar dos pensionistas um depósito para a lavagem de roupa e para o corte de cabelo e barba, quando for o caso, ou então a família se responsabilizaria por esses serviços (of. 129, 24.02.38). Combateu “artifícios” que os responsáveis usavam para evitar ou diminuir o custo das diárias, como o de internar os agitados na classe de menor custo, sabendo que os plantonistas não os deixariam em enfermarias, pela natureza do quadro. Na prática, eram contribuintes de 3ª. classe, com a “regalia” de se hospedar em quartos separados (of. 18.01.38).

Outro “*truc*” citado pelo diretor era o de internar como pensionista, pagando algumas mensalidades, depois se recusavam a continuar o pagamento (*Ibidem*), pois essas famílias ou responsáveis internavam seus loucos no manicômio “*apenas com o fim de não se incomodarem, não querendo tratá-las e recusando satisfazer as despesas de medicamentos*” (of. 262, 14.07.38). Na gestão de Novis era freqüente o hospital não retirar a condição privilegiada. O diretor Guimarães acabou com essa irregularidade, não transferindo esses ‘pensionistas’ para a classe de indigentes e sim dando alta, pois ele estava determinado a reduzir a superlotação, usando o argumento de que se recusava a fazer do hospital um depósito humano e “*sim recolhel-os para tratamento*” (*Ibidem*).

Fez uma crítica à administração de Juracy Magalhães e veladamente ao próprio diretor anterior, ao comentar em carta particular ao Secretário da Agricultura, Edmundo Visco, que o governo passado teria gasto “*dezenas de milhares de contos em obras uteis não há duvida, mas de um luxo exagerado*”, enquanto nos terrenos do hospital havia duas construções inacabadas que poderiam ser transformadas em pavilhões em baixíssimo custo. Para tanto ele pedia ao amigo secretário o apoio junto ao Interventor do Estado Novo, concluindo com um comentário bairrista: “*Como Bahianos teremos o prazer de ser uteis a nossa terra*” (APEB. Caixa 3197, 3.02.38). Era clara alusão ao preconceito dos antigos opositores ao jovem militar cearense Juracy Magalhães que, no período de interventor do movimento de 30, era denominado de *forasteiro* (Sampaio, 1992:74). Os ex-aliados “baianos” e adversários do ex-governador, desde o momento de sua recusa em apoiar o golpe de Estado, criticavam sua administração de ter feito obras suntuosas (Alves, 1941: II). Mas, essa crítica tinha também um alvo mais específico, pois, de modo mais sutil, era endereçada ao próprio Aristides Novis, que era mato-grossense (Teixeira, 1999:74) e construiu um pavilhão para pensionista com apartamentos de luxo.

O pensionato foi com Guimarães um serviço particular e, com exceção dos “pensionistas do Estado”, que tinham o direito garantido em lei, quem quisesse as regalias de acomodação e “ração” tinha de pagar. Em seis meses dessa gestão, o pensionato rendeu quase 54 contos de réis [Rs.53:915\$000] (APEB. Caixa 3197), mantendo a curva de rendimento crescente desde a inauguração do novo pavilhão em 1936.

Ainda em relação a receita, buscou-se ampliar a subvenção que era dada ao hospital desde a administração de Novis, através do Conselho de Assistência Social (*Ibidem*, of. 13.01). Para demonstrar a insuficiência de verbas, Guimarães usou o recurso da comparação, como já tinha feito com a questão de pessoal. Obteve a informação que o hospital geral da Santa Casa (Hospital Santa Isabel) gastava por ano 70 contos de réis em conservação e reposição, enquanto o Hospital Juliano Moreira gastava Rs. 3:996\$000, menos de 4 contos de réis. (APEB. Caixa 3197, of. 131, 2.03.1938). Um hospital geral, em tese, com menos problemas de conservação e reparo, gastava quase 18 vezes mais que *o maior hospital da Bahia* - o Juliano Moreira. Entretanto, a subvenção continuou a mesma nos dois trimestres de sua administração.

Com a mudança da interventoria do Coronel Antônio Dantas para Landulpho Alves de Almeida, ocorreu também o pedido de aposentadoria do diretor Guimarães. As informações são praticamente inexistentes sobre as razões dessa abrupta interrupção de uma gestão que se iniciava. Como para quem escreve história as coincidências devem ser postas em questão, o que não significa que elas devam ser excluídas da análise, ficaram algumas perguntas: com a mudança de governo, o novo interventor teve preferência por um novo administrador no manicômio, inclusive substituindo um não especialista por alguém do ramo? Ou será que, nessa mudança mais geral, aproveitou-se para sem grandes conflitos retirar um dirigente cuja administração reivindicadora incomodava a um governo de perfil autoritário? O fato é que Pery Guimarães passou o cargo em 23 de julho de 1938, ao médico mais antigo do hospital, Luiz Ribeiro Sena (*Idem*, of. 271).

Numa portaria, dirigiu-se aos funcionários, comunicando o afastamento e despedindo-se: *“Durante o curto espaço de tempo que exerci essas funções, seis meses e meio, procurei na medida das minhas possibilidades, fazer alguma coisa em benefício deste Hospital”* (APEB. Caixa 3197. Portaria n. 6, 23.07.1938). Afirmando estar completando trinta anos de serviços dedicados à Saúde Pública, fez uma breve reflexão sobre sua atuação profissional, concluindo:

“Os postos de responsabilidade que me foram confiados desempenhei-os sempre com esforço e dedicação e, orgulho-me de dizer-lo, com uma probidade acima de qualquer suspeita, defendendo os interesses à minha guarda com mais carinho e zelo do que se meus próprios eles fossem” (*Ibidem*).

No dia 3 de agosto o interino Luiz Sena passava o cargo ao diretor efetivo: o psiquiatra e catedrático de Psicologia João Inácio Mendonça (APEB. Caixa 3197, of. circular de 3.08.1938), escolhido pela nova interventoria do Estado Novo na Bahia, a de Landulpho Alves. Como Mário Leal e Aristides Novis, o manicômio voltava a ter um professor catedrático na sua condução, demonstrando o prestígio que esse cargo de direção representava naquela época.

João Mendonça, o Psiquiatra e Psicologista do hospício baiano no Estado Novo

A gestão do Prof. João Mendonça (1938-47) ocorreu numa conjuntura muito complexa, onde o cenário local foi palco de dois acontecimentos marcantes, um nacional e outro mundial:

- A ditadura Vargas que, na “Boa Terra”, sufocou as duas correntes dominantes desde o início da década de 30 da cena política baiana: o mangabeirismo e o juracisismo. Otávio Mangabeira e seus aliados faziam oposição ao getulismo, porém, a corrente de Juracy Magalhães, interventor do Governo “revolucionário” de 30 na Bahia, foi também alijada por não ter apoiado o regime discricionário do Estado Novo. Essas duas forças políticas acabaram se aliando na luta pela redemocratização do país e do estado (Tavares, 1974: 241);
- No plano internacional, a Segunda Guerra Mundial criou um contexto economicamente desfavorável à maioria dos países, em especial formações sociais periféricas como o Brasil, que teve uma pequena participação direta no conflito, mas sofreu as conseqüências de um mundo em crise (Tavares, 1974:241) e cada vez mais se globalizando, como já havia demonstrado o primeiro conflito mundial de 1914-17.

No seu relatório do exercício do biênio 1938-39, o interventor Landulpho Alves proclamava sua racionalização para justificar o regime autoritário que representava:

“Cansados de um trabalho sem rumos e sem propósitos superiores, de uma ação instável e sem diretrizes, da falta de tranquilidade que o fermento da política partidária lançara em todas as direções, do seio da família aos centros de atividade econômica, da mais humilde às mais altas camadas sociais - as populações baianas sentiram um desfôgo com o advento do regimen de 10 de Novembro de 1937”
(Alves, 1941: iv).

Aqui notamos a diretriz doutrinária do Estado Novo que buscou apresentar a política partidária como uma prática dissolvente, estéril e politicamente superável (Albuquerque, 1981:606-7). Além disso, os seguidores de Vargas na Bahia não perdoavam a decisão de Juracy Magalhães de não apoiar a tomada de poder em 1937. Desse modo, o interventor baiano criticou duramente a administração anterior ao ‘advento do Estado Novo’, pela realização de obras adiáveis, ou mesmo “suntuárias”, e

sinalizou para um governo de austeridade (Alves, 1941: iii), o que nos remete de volta à questão da assistência psiquiátrica.

O hospício não estava à parte desses processos que, de forma mediatizada, repercutiram no cuidado aos “psicopatas”, pelas dificuldades orçamentárias, que foram se tornando cada vez mais graves. No balanço de sua gestão até 1942, no governo de Landulpho Alves (1938-42), o diretor João Mendonça, apesar de registrar uma pequena majoração de verbas orçamentárias em 1938, comentava as dificuldades pelas quais o hospício passava, responsabilizando o período de guerra:

“1941 foi um ano de conservação difícil para os melhoramentos executados: a desorganização crescente motivada pela guerra, com a alta geral dos preços e a deslocação imprevista dos problemas de assistência em favor de outros problemas, determinaram maiores dificuldades e apuros” (Mendonça, 1947a: 5; grifo nosso).

O fato de, numa situação de crise, o manicômio ter sofrido restrições de verbas, possivelmente não foi um fenômeno isolado, pois outras instituições fechadas, também responsáveis por excluídos, como prisões, asilos de velhos e orfanatos, costumam ser os primeiros setores do aparelho estatal a sofrer os cortes em orçamento que, em geral, são apertados ou mesmo, claramente deficitários. O diretor do hospital se queixava da dificuldade da própria assistência psiquiátrica, ao referir que o Serviço de Assistência a Psicopatas e Higiene Mental era *“a organização mais complexa, mais avultada, mais difícil e mais pobre do Departamento de Saúde”* (Ibidem, p.5).

Nesse balanço de 42 de toda sua gestão na interventoria de Landulpho Alves, o diretor enumerou como positivo as seguintes realizações (Mendonça, 1947 a):

A) no ano de 1938:

- retorno das atividades do Laboratório de Análises Clínicas “Armando Sampaio Tavares”, criado em 1922 e desde 1925 desativado;
- criação do cargo de “médico analista” em julho de 1938 (Dr^a. Dina de Moraes B. Gomes, primeira médica do HJM);
- Serviço de Higiene Mental para “*profilaxia criminal*” do egresso da penitenciária;
- supressão da “enfermaria de sórdidos” na entrada do manicômio, “*o que dava uma péssima impressão olfativa, visual, auditiva ao visitante*” ;

- instalação na Bahia da notável terapêutica convulsivante (cardiazólica) e a insulino-terapia, “*os maiores progressos realizados, no último decênio, em terapêutica*”;
- incentivo ao aspirantado, “o que veio minorar as falhas quantitativas de pessoal”;
- homenagem “a uma tradição respeitável” ao dar o nome de “**São João de Deus**” ao pavilhão central.

B) em 1939:

- novas instalações dos pavilhões Júlio de Matos, Vítor Soares e Alfredo Brito;
- inauguração do **Pavilhão “Teive e Argolo”**, com a adaptação da antiga cozinha para duas enfermarias.

Essas reformas e construções foram inauguradas no aniversário do Estado Novo, em 10 de novembro de 39 (APEB. Caixa 3198, of. circular, 9.11.1939). No final daquele ano o diretor comemorava o fato da Bahia que figurava no 14º lugar ter passado para o 8º, segundo avaliação do Serviço Federal de Estatística e Assistência a Psicopatas.

C) em 1940:

- inauguração de uma nova enfermaria (Eutychio Leal);
- inauguração do Ambulatório de Higiene Mental “Franco da Rocha”, funcionando num prédio alugado, junto ao hospital.

D) em 1941: só comentou que foi um ano de conservação difícil. Os dados confirmam a avaliação do diretor, pois foi o ano de maior número de óbitos do período 1930-47, com 310 mortes e um percentual recorde de 22,5% (ver na terceira seção deste capítulo).

E) em 1942:

- reconstrução e ampliação do pavilhão Manoel Vitorino, chamado pelo diretor de Manicômio Judiciário da Bahia, embora o diretor reconheça que a reforma para criar legalmente um instituto de psiquiatria forense tenha ficado só em anteprojeto.

Como negativo no balanço de quatro anos, em síntese, o diretor João Mendonça identificava: o orçamento aquém do inframínimo; instalações físicas precárias; pessoal insuficiente e qualitativamente inadequado; e, por fim, regulamento arcaico e em desacordo com normas federais vigentes. Comentaremos brevemente sobre o orçamento

e as instalações, porém sobre pessoal e o regulamento ficará para a seção seguinte, onde se discute saberes, normas e o papel dos agentes da prática.

Em relação ao orçamento, vimos acima as queixas do diretor, porém, desde o início de sua administração ele recebeu verbas de subvenção, repassadas pelo Conselho de Assistência Social, órgão criado pelo governo constitucional de Juracy Magalhães para apoio nas áreas sociais. Coerente com um governo de exceção, na ditadura do Estado Novo, esse Conselho do governo baiano passou a ser presidido pelo Secretário de Segurança (APEB. Caixa 3199, of. 299), pois nesse tipo de regime político as demandas sociais são consideradas casos de polícia. Nesse Conselho, João Mendonça tinha prestígio, uma vez que, além de receber em 1939 uma verba extra de 29 contos de réis (29:000\$000), conseguiu aumentar a subvenção trimestral, que era de três mil réis (3:000\$000) quando assumiu, em 1938, passando para sete mil e quinhentos (7:500\$000)¹⁰⁴, em 1940 (APEB. Caixa 3198, ofícios 13.12.1938; 31.10.1939; Caixa 3199, of. 9.10.40; Cx. 3202, of. 13.04.44).

A relação institucional entre o Hospital Juliano Moreira e a Secretaria de Segurança Pública era de reciprocidade, pois no segundo dia de gestão no manicômio, João Mendonça, ao aceitar uma internação solicitada pelo Secretário de Segurança, manifestava seu intento de “*intima e harmonica colaboração com os serviços de defesa social atribuidos, tão em grande parte, aos mistéres da segurança*” (APEB. Caixa 3197, of. 275, 4.08.38). Essa colaboração teve mais importância se levarmos em conta as dificuldades institucionais anteriores entre a Secretaria e suas Delegacias com o Hospital, que, sob a direção de Pery Guimarães, como foi visto acima, diante da superlotação, recusou sistematicamente os alienados pobres, só aceitando os loucos perigosos, “*que pela natureza da doença não podiam viver em liberdade*” (Caixa 3197, of. 10.01.1938).

Com as subvenções o diretor conseguiu realizar reformas, construir um novo pavilhão, alugar e instalar o ambulatório, comprar aparelhos como o eletrochoque, pagar pessoal extra etc. Em relação aos gastos com o doente, ele não deixou de reivindicar aumento

¹⁰⁴ Esse novo valor, entretanto, foi mantido por todo o período da ditadura, pois, em final 1944, já com a nova moeda, a subvenção trimestral ainda era a mesma, expressa na nova moeda em Cr\$ 7.500,00 (APEB. Caixa n. 3202, of. 86).

da verba regular do Tesouro, destacando a questão do custo do doente no manicômio, que tinha, segundo seus cálculos, o menor custo de doente-dia de todos os estabelecimentos do setor:

“Bem olhadas as condições econômicas ensejadas pelo estado de guerra e, assim, bem assente que o custo infra-mínimo do doente-dia é de \$10,00, ve-se bem que este serviço com \$3,24 é o mais pobre do Departamento de Saúde” (Mendonça, 1947a, p.6).

Para não comprometer as verbas de subvenção com tais gastos ele tomou algumas medidas racionalizadoras como: restrição nos itens de alimentação, numa *“tentativa de, sem meios bastantes, se procurar nutrir com o aquem-minimo suficiente”* (Mendonça, 1947a: 6) e utilização da produção da horta do hospital no suprimento alimentar (em 1942 a horta teve uma produção avaliada em Cr\$50.000,00) (*Ibidem*, p.10).

Nesse mesmo relatório, defendeu como um dos melhores meios de reduzir custo do doente-dia seria o aumento da verba de medicamentos, que *“utilizada técnica e inteligentemente”*, permitiria um maior número e mais rápido de altas, *“de modo que a verdadeira economia não está na medicação escassa, mas na possibilidade de aplicação adequada de medicamentos”* (*Ibid.*, p.9).

No que diz respeito às instalações físicas, o diretor afirmava que só conseguiu a melhoria do abastecimento de água no seu 5º ano de gestão (1942), embora continuasse sem água no Hospital Colônia, obrigando-o *“a apelar para o competente transporte em latas”* (APEB. Caixa 3200, of.56, 1943). A crise financeira não inibia seu projeto de expansão física, pois reivindicava pelo menos, mais três pavilhões: um para pensionistas do sexo feminino, outro para observação de pacientes e mais um para a administração e o ambulatório, que funcionava em prédio alugado (Mendonça, 1947a:16).

Era o fim do governo do interventor Landulpho Alves (1938-42) e João Mendonça, querendo se manter no cargo, não se limitou ao balanço, pois elaborou propostas *“mais cabíveis ao dirigente em exercício pleno”* (Mendonça, 1947a:3). Chegou a redigir, sob a forma de um decreto-lei, as normas que organizariam o ‘serviço de assistência a psicopatas e higiene mental’ (*Ibid.*, p. 12). Até numa sugestão de regulamento, o diretor

incorporava a postura autoritária e interventora do regime de exceção, onde o executivo não só executava, mas também legislava.

Nessa sua proposta de reorganização da Assistência a Psicopatas e Higiene Mental, assim ele apresentava os Serviços:

- Serviço fechado: 1) “Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira”, com 420 leitos (para doentes agudos); 2) “Hospital-Colônia Augusto Maia”, com 100 leitos (para doentes crônicos); 3) “Manicômio Judiciário Manoel Vitorino”, 70 leitos (p/ doentes perigosos / criminosos); 4) “Instituto Psiquiátrico Alfredo Britto” (sob a responsabilidade da FAMED), 60 leitos (p/ prática ensino/pesquisa). Na verdade, todos esses “serviços” funcionavam em pavilhões do Hospital Juliano Moreira.

- Serviço aberto: “Ambulatório de Higiene Mental Franco da Rocha”, para a profilaxia das alterações mentais (APEB. Caixa n.3200, of.56, 02.1943), funcionando num prédio alugado, próximo do hospício.

Uma proposta que merece destaque, pela sua inovação, foi a de criação do “Conselho Estadual de Assistência Psiquiátrica”, ao propor a participação de setores da sociedade civil, da academia e do judiciário, juntamente com representantes do executivo, em comissões e conselho para oferecer as diretrizes da política para o setor. Esse Conselho seria constituído pelo diretor do Serviço de Assistência aos Psicopatas (HJM), o Inspetor de Higiene Mental, o Catedrático de Clínica Psiquiátrica, representantes do Ministério Público, da Secretária de Segurança Pública, da OAB, da ABI, entre outros (APEB. Caixa n.3200, of.56, 02.1943). Defendeu também a criação de uma “Comissão Estadual de Fiscalização Psiquiátrica”, com participação do Juiz de Interditos, o Procurador Regional da República e um psiquiatra de largo tirocínio (*Ibid.*). Embora a participação social ainda fosse restrita, não deliberativa, ainda assim, num contexto autoritário, essa sugestão não frutificou, ficando aqui apenas como registro de uma idéia precursora.

O diretor João Mendonça conseguiu seu objetivo, pois foi mantido no hospício no governo do General Renato Pinto Aleixo (1943-45). Com a visita do Interventor, do Secretário de Educação e Saúde e do Diretor do Departamento de Saúde, chegou a obter um pequeno crédito suplementar para enfrentar a grave crise da época (Caixa 3202, 19.06.44). A verba foi usada para comprar um aparelho de eletrochoque

(Cr\$15.000,00), “o mais moderno e útil tratamento de certos distúrbios mentais” e que seria mais econômico, pois reduziria o custo da convulsoterapia química, “muito mais cara”. Reservou Cr\$ 40.000,00 para a alimentação e o restante para vestuário e roupa de cama, para produtos farmacêuticos e uma parcela para reparos dos edifícios, em especial, para “*os cômodos isolados para os agitados, sórdidos e perigosos, exatamente as categorias de paciente que requerem melhores cuidados e causam maiores danos*”.

No relatório de Pinto Aleixo para o ditador Getúlio Vargas, referente ao ano de 1943, o general comentava as dificuldades que todo o país atravessava, devido ao estado de guerra que “*nos foi imposto em conseqüências dos nefandos atentados à nossa soberania e da covarde agressão que sofremos de parte dos países do ‘eixo’*” (Aleixo, 1945:3). Porém, o General acrescentava alguns agravantes específicos para a Bahia, em especial, Salvador que dependia quase exclusivamente do transporte marítimo tanto para entrada das mercadorias, inclusive as de primeira necessidade, como a farinha de trigo, quanto para escoadouro dos produtos de exportação como cacau e açúcar (Aleixo, 1945:4). Houve escassez de alguns produtos e alta exagerada de preço, agravando um quadro que já era grave.

Apesar da crise, o Dr. Mendonça, assumindo uma posição apologética, procurava minorar a situação dramática em que se encontrava o velho hospício, chegando a referir que

“é de inteira justiça destacar-se que o orçamento para 1944 foi o maior na história deste serviço, o que é revelação objetiva das atenções dos Poderes Públicos para a causa da Assistência Mental” (Mendonça, 1947b: 4).

Assim, a crise de recursos, aguda em 41, relacionada à situação de conflito internacional, parece ter sido superada antes mesmo do fim da guerra, pois nos Relatórios de 1942 (Mendonça, 1947a) e de 1945 (*Idem*, 1947c), o diretor enumerava a realização de reformas e até o prosseguimento da expansão do confinamento asilar com as reformas e até construção de um novo pavilhão, o “Teive e Argolo”, em homenagem ao segundo diretor médico do Asilo da Santa Casa.

Com base nesses relatórios praticamente não se vislumbra a crise, a grave crise que vivia o manicômio. Confrontaremos esses relatos de realizações com as condições dos

doentes, na seção específica sobre os cuidados aos mesmos. Constatase aqui mais uma vez a dificuldade da pesquisa histórica quando o trabalho fica restrito aos testemunhos voluntários (no caso os relatórios do diretor sobre o hospital que dirigia). Destaque-se novamente a importância dessa discussão metodológica, já abordada em capítulo específico, em especial a contribuição de Bloch (1997) sobre o assunto, bem como a análise de Nina Rodrigues a esse respeito, como já fizemos em outro trabalho (Jacobina & Carvalho, 1998), quando o jovem professor recebeu da Congregação da Faculdade de Medicina a tarefa de fazer o Memorial da instituição no ano de 1896, publicada postumamente (Nina Rodrigues, 1976).

Retornemos à narrativa histórica do manicômio, analisando, de um lado, a implantação do serviço extra-muros do manicômio; e, de outro lado, a tentativa de formalização de um instituto psiquiátrico forense na Bahia.

Ambulatório Franco da Rocha

Inspirado no movimento de Higiene Mental, em 1938, quando entre suas realizações, o diretor enumerava o “incentivo à fundação da Liga de Higiene Mental” (Mendonça, 1947a: 4), foi criado o “Serviço de Higiene Mental”. Esse serviço foi concebido para desenvolver ações mais restritas, com o objetivo de prestar “auxílio social” para egressos da Penitenciária, buscando a “profilaxia criminal” ao dar-lhes “trabalho e pouso” (*Ibidem*). Esse serviço teve pouca importância, porém, ainda sob influência do movimento de Higiene Mental, em 10 de novembro de 1940, comemorando o aniversário do Estado Novo (APEB. Caixa 3200, 9.11.1940), foi inaugurado o Ambulatório de Higiene Mental “Franco da Rocha”, situado num prédio alugado próximo ao manicômio. O prédio tinha dois pavimentos, com consultório, sanitários, refeitório e dormitório com 6 leitos, depois ampliado para 10 (*Idem*, jan. 1944). A equipe era formada pelo Inspetor Técnico na direção, o corpo clínico com três funcionários: o médico psiquiatra, a enfermeira e a auxiliar de enfermagem, além de mais três servidores no apoio, o auxiliar de escrita, o servente e a zeladora (*Idem*, 1942, Formulário da Estatística do Ambulatório Franco da Rocha).

Inicialmente, Mendonça (1947a:5) ressaltou que o serviço funcionava “*nas condições técnicas de localização exigidas pelos princípios de Assistência Mental: fora e próximo*”

do Hospital” (grifo nosso). Em documento posterior, porém, explicitou as razões não só técnicas, mas, sobretudo, sociais de sua localização estratégica:

“No local, onde se situa, próximo ao Engenho Velho e Rio Vermelho de baixo, zonas paupérrimas, o Ambulatório ‘Franco da Rocha’ tem as funções de um Centro de Saúde. Nas suas finalidades mentais, o sentido da triagem facilita a assistência geral, para melhor dépistage [rastreamento] dos predisposto psíquicos, ou egressos, o que enseja considerável vulto de tratamentos realizados” (Idem, 1947b: 12; grifos nossos).

Mais do que dar continuidade ao tratamento daqueles poucos pacientes que conseguiram ter alta, ou tratar casos menores, o ambulatório buscava, ocultando-se numa assistência médica geral - “totalista” -, detectar os predispostos e tratá-los ou encaminhá-los ao confinamento asilar, mas só os das “zonas paupérrimas”, onde vivia uma população economicamente excedente ou, numa linguagem mais recente, socialmente excluída.

Essa finalidade de controle social do serviço foi explicitada claramente por João Mendonça, que acumulava o cargo de diretor do Hospital e de Inspetor Técnico de Higiene Mental, responsável pelo ambulatório inaugurado (APEB. Caixa 3200, of. 9.11.1940). Em seu pedido de verbas ao Secretário de Segurança, na condição de presidente do Conselho de Assistência Social, ele já referia que seriam solidárias as ações de “segurança, educação e saúde”, que teria entre seus objetivos “*a profilaxia das doenças mentais, toxicomanias, neuro-sífilas, atrazos pedagógicos, curandeirismo, feitiçaria*” (Caixa 3199, of. 299).

Com o ambulatório já funcionando e visando garantir uma demanda ao novo serviço, ele solicitou ao Diretor do Departamento de Saúde que o ambulatório fosse divulgado junto aos outros serviços de saúde. Sugeriu também entendimento tanto com o Departamento de Educação no sentido de “os anormais e difíceis escolares” serem encaminhados ao ambulatório, quanto com a Secretaria de Segurança para colaborar na “profilaxia social”, submetendo ao devido exame “*os ébrios, mendigos e outros quaisquer desajustamentos sociais*” (Caixa 3200, of.2, 11.11.40). Em 1941, Mendonça elaborou as normas internas, onde repetiu essas finalidades de profilaxia das alterações neuromentais, de higiene mental escolar e a “profilaxia social”, não só dos delinquentes, toxicômanos, curandeiros “sob qualquer das suas formas”, mas também buscando

“surpreender, em todas as classes sociais, especialmente entre os trabalhadores, as personalidades mentalmente frágeis para a devida assistência” (Caixa 3200, 6.02.1941).

Como as tentativas anteriores, com Mário Leal e depois com Aristides Novis, fracassaram, fica a questão de saber se este serviço foi implantado e suas ações implementadas. Embora aquém do planejado, o Ambulatório Franco da Rocha funcionou atendendo a população vizinha ao hospital e serviu como local de referência para os exames de sanidade mental aos funcionários públicos encaminhados pela Junta Médica, que substituiu a Comissão de Inspeção de Saúde, responsável pela avaliação sanitária para os benefícios previdenciários de licença temporária ou de aposentadoria (APEB. Caixa 3200).

Com menos de quatro meses de funcionamento, João Mendonça solicitava aumento na subvenção para o Ambulatório, argumentando que era um gasto racional naquele cenário de crise, pois o serviço evitava um certo número de entradas no hospital, permitia alta precoce de certos internados, aumentou a fiscalização do tratamento ao avocar o receituário externo do hospital, além de tratar precocemente casos de neuro-sífilis, alcoolismo, neuroses. Enfim, reduzia as despesas com a assistência aos psicopatas, além do “Serviço aberto” ser uma tendência de resultados universalmente comprovados, onde os pacientes, internados ou não, eram assistidos sem coações, nem formalidades excessivas. Era o estabelecimento indicado para os “pequenos mentais”, não perigosos. Dizia que o ambulatório transformara-se no 5º Centro de Saúde da Capital, pois a população do bairro estava recorrendo ao serviço.

Outra característica inovadora do serviço era a prevenção de doenças mentais lado a lado o mais possível com outros doentes, combatendo, assim, “o velho preconceito que estigmatizava socialmente esses neuro-mentais” (Caixa 3200, 6.02.1941). No seu relatório de 1944, queixava-se da falta de verbas, mas, apesar disso, sustentava que o estabelecimento compensou pelo vulto dos serviços realizados (Mendonça, 1947b: 12). O Dr. Viomário Silva, o psiquiatra do ambulatório, analisando o movimento de doentes desde a sua fundação, dizia que a maior frequência era “ora dos ‘nervosos’, como se nomeia vulgarmente, ora grandes mentais propriamente ditos” (Caixa 3200, 16.02.1942). Referia que foram atendidos com os meios terapêuticos mais modernos, como a convulsoterapia.

Além de recolher esses depoimentos de agentes da prática ambulatorial, fizemos um levantamento das ações realizadas pelo serviço, que, apesar de incompleto pela falta de documentos de alguns períodos, os dados encontrados nos deram uma idéia do funcionamento do Ambulatório Franco da Rocha (Tabela 22), que era vinculado ao Hospital Juliano Moreira, pois todo o seu pessoal era do manicômio, onde era aviada a maioria das receitas e feitos os exames laboratoriais.

TABELA 22 - MOVIMENTO DO AMBULATÓRIO FRANCO DA ROCHA
Hospital Juliano Moreira - Salvador-BA - 1940/45

Ano	Procedimentos realizados **					
	Consultas (Nº de pessoas) Psiquiatria	Total	Receitas	Injeções	Exames Lab. (no HJM)	Aplicações elétricas
1940*	-	812	544	479	57	-
1941	-	-	9.065	8.710	-	-
1942	100	1.856	6.473	1.112	-	-
1943	120	1.997	6.584	1.125	-	-
1944	-	-	6.707	5.902	-	203
1945	327	1.853	7.332	2.275	815	513

Fonte: APEB.Caixa 3200, 6.02.1941; 9.09.1942; Cx. 3202; Cx. 3199

* Da inauguração, em 10.11, até 31.12.1940.

** Houve outros procedimentos realizados como os dentários, as pequenas cirurgias etc.

Pelos dados disponíveis, confirma-se a estratégia anunciada pelo diretor da busca por ele e sua equipe dos casos de “pequenos mentais”, nos atendimentos médicos em geral. Observa-se que o atendimento psiquiátrico era uma parcela relativamente pequena das consultas realizadas, embora apresente uma tendência de crescimento. Vale lembrar que grande parte delas eram os exames de sanidade mental para a Junta Médica. Nota-se também que, a partir de 1944, ampliou-se o uso da eletrochoqueterapia, uma vez que essa medida terapêutica passou a ser usada também no ambulatório.

Assim, subordinado ao serviço intramuros, sua finalidade principal acabava sendo a de ampliar o seu campo de intervenção e buscar no espaço mais amplo aqueles que eram passíveis de confinamento. Era prenúncio ou antecipação de uma estratégia de extensão psiquiátrica no espaço social mais amplo - a Psiquiatria Comunitária -, que só se efetivaria vinte anos depois, nos anos 60, quando a assistência social se tornou prioritária nos explosivos guetos do mundo desenvolvido, principalmente dos EUA.

Dez anos depois, nos anos 70, o movimento foi adotado por vários países do chamado “terceiro mundo”, como parte de uma estratégia de controle social mais abrangente e voltada para a população que crescia vertiginosa e incontrolavelmente, concentrando-se sobretudo na periferia da cidade (ver capítulo 1).

O Manicômio Judiciário “Manoel Vitorino”

O êxito de abrir um serviço externo do manicômio não se repetiu com a idéia de criar formalmente um serviço psiquiátrico forense, pois informalmente o pavilhão Manoel Vitorino sempre fora, desde sua construção, reservado para alienados criminosos e psicopatas perigosos.

João Mendonça era titular do Instituto de Criminologia (APEB. Caixa 3200, of. 56), ou seja, um psiquiatra forense, e uma de suas ambições administrativas era a de criar um moderno e equipado manicômio judiciário na Bahia. Ele argumentava que esta seria uma das aspirações da “Bahia cultural, jurídica e assistencial”. No capítulo anterior, registramos que, no governo Góes Calmon, a Assembléia aprovou o projeto de construção do manicômio vinculado à Secretária de Segurança, tendo o governo comprado terreno próximo à Penitenciária do Estado, mas a “revolução de 30” interrompeu esse processo de criação do manicômio. O diretor João Mendonça justificou aquela interrupção usando a terminologia médico-psiquiátrica:

“O movimento revolucionário de 1930, na sua convulsoterapia benéfica, arritmou passageiramente o organismo nacional para lhe fornecer, depois, os benefícios de uma recomposição duradoura” (Caixa 3200, of. 180, 9.09.1942).

Para Mendonça o Estado Novo, regime que o colocou na direção do hospício, era a continuidade dessa *convulsoterapia benéfica* que foi o movimento de 30. Assim, mais uma vez o diretor programou uma inauguração no aniversário do Estado Novo. Dessa vez seria a do “Manicômio Judiciário Manoel Vitorino”, pois o imóvel já estava garantido e o regimento pronto, só faltando o aparelhamento. Sua principal argumentação residia na tese de que a criação não poderia mais ser protelada, diante da exigência do novo Código Penal que previa medidas só executáveis em um manicômio judiciário (Caixa 3200, of. 180, 9.09.1942)

Para o seu aparelhamento ele considerava como necessários, além do material de rotina e de pesquisa num Laboratório, um eletroencefalógrafo, um aparelho de eletrochoque, outro de medida do metabolismo basal, “instrumentos de uma Psicologia Experimental armada”. Elaborou uma proposta de regimento para esse Instituto de Clínica psiquiátrico-forense, com objetivos de perícia, defesa e assistência social, onde seriam assistidos os seguintes usuários:

- A - os acusados irresponsáveis em consequência de insanidade mental;
- B - os criminosos com desordens psiquiátricas após a condenação;
- C - os acusados que carecem de assistência ou observação psiquiátrico-forense;
- D – *“os pacientes perigosos de ordem mental: toxicômanos, alcoólatras, ... que pelas suas características especiais, requerem assistência emendativa de grupo especial” (Ibidem).*

Para um simpatizante de um regime autoritário não era de se estranhar que entre os “assistidos” do manicômio judiciário, além dos criminosos que enlouqueciam ou dos loucos que cometiam crimes, figuravam também os dependentes de substâncias psicoativas e outros pacientes colocados na categoria de “perigosos de ordem mental”. O pavilhão Manoel Vitorino foi reconstruído e ampliado de 30 para 100 leitos, mas o Manicômio Judiciário não foi formalmente criado, como planejou João Mendonça para inaugurá-lo nas comemorações de 10 de novembro de 1942 (APEB. Caixa n. 3200, 23.11.42; 28.11.42; 9.12.42) .

O Manicômio Judiciário só foi criado e posto a funcionar na segunda metade da década de sessenta (Rubim de Pinho, 1992). O pavilhão Manoel Vitorino, reformado e ampliado, continuou a abrigar os sentenciados. E, mais uma vez, os documentos registram a presença do rábula Cosme de Farias, na defesa dos excluídos internados, sobretudo os sentenciados pobres e abandonados ali aprisionados.

No período do Estado Novo, o rábula teve dificuldade de interceder em defesa dos direitos dos pobres asilados, pois era freqüentemente aludido o “perigo social” do paciente pelo diretor do manicômio que era também um perito forense. Ver a seguir o quadro 7 com os pedidos de hábeas corpus para os internados no período de 1937 a 1945.

Quadro 7 - JUSTIÇA X MANICÔMIO: PEDIDOS DE *HABEAS-CORPUS* (H-C) PARA INTERNADOS NO HSJD / HJM - 1937-1945

Iniciais	Solicitante da Internação	Data internação	Data do <i>h-c</i>	Tempo internação	Solicitante do <i>h-c</i>	Informação(Diretor)	Decisão Justiça
RFB	-	-	24.03.1941	-	Cosme de Farias	-	-
AJS	-	-	05.05.1941	-	Cosme de Farias	-	-
CPL	-	-	09.02.1942	-	Cosme de Farias	-	-
MMS	-	-	14.02.1942	-	Cosme de Farias	perigo social	não concedido
PSL	-	22.01.1941	16.03.1942	2 anos e 2 meses	o próprio paciente	livre locomoção	concedido
PFJ	-	04.12.1940	01.04.1942	1 ano e 4 meses	Cosme de Farias	retardo mental	-
MJS	-	-	27.04.1942	-	-	retardo mental	-
JNO	Promotor/Mata S João-BA	-	28.04.1942	-	Cosme de Farias	alta periculosidade	não concedido
GDF	Juiz/Ilhéus-BA	05.07.1937	04.08.1942	5 anos	Cosme de Farias	não alteração	concedido
LJS	-	26.03.1940	15.09.1942	2 anos e 4 meses	Cosme de Farias	sem alteração	concedido
JLF	-	12.11.1938	28.12.1942	4 anos e 1 mês	-	sem alteração	concedido
JPNA	-	-	20.04.1943	-	-	perigo social	não concedido
SP*	-	07.04.1942	07.06.1943	1 ano e 2 meses	o próprio paciente	-	não concedido
JAD*	-	-	11.06.1943	-	o próprio paciente	-	-
OS*	-	-	11.06.1943	-	o próprio paciente	-	-
CSS*	-	06.11.1940	11.06.1943	2 anos e 7 meses	o próprio paciente	alteração neurológica	-
SS*	Juiz/São Félix-BA	12.06.1942	22.01.1943	6 meses	o próprio paciente	não alteração	concedido
BPL	Juiz / Itabuna-BA	28.12.1939	10.08.1943	2 anos e 8 meses	Cosme de Farias	autor de delito	não concedido
ASC*	-	-	22.11.1943	-	o próprio paciente	-	-
BFN	Pretor/Jequiriçá-BA	--.12.1941	16.05.1944	3 anos e 5 meses	Cosme de Farias	não alteração	concedido
TF	-	1942	06.04.1945	3 anos	Manuel Natividade	-	-

APEB.Caixa 3198; 3199; 3200.

* Muito provavelmente foi o paciente Severiano Sacramento (SS) que redigiu a petição dos outros pacientes. Todas tinham a mesma letra e o diretor no seu exame de sanidade disse que ele era um *leader*, protetor de outros pacientes, no escrever cartas, petições de *habeas-corpus* etc. (Cx. 3200, of.29, 22.01.1943).

Numa de suas cartas, em junho de 1943, Cosme de Farias solicitou a mudança de um doente (G.R.S.), que se encontrava no pavilhão Manoel Vitorino, “*onde se tem dado mal*”. O rábula argumentava que o acusado respondia a processo por ferimento leve, não sendo perigoso. O diretor indeferiu o pedido, pois aparece, em manuscrito, a resposta de João Mendonça, datada de 11 de junho do mesmo ano, onde ele dizia que “*o paciente está num dos melhores pavilhões do Hospital. Está à ordem de autoridade policial e judiciária*” (APEB. Caixa 3199). Esse pavilhão, apesar de reformado e ampliado naquele ano (1943), era o mesmo para o qual, em 27 de agosto de 1942, ele, diretor, pedira ao Secretário de Segurança para não desfalcar a guarda, reduzida a seis homens, “*onde existia um número superior a 50 doentes, da mais elevada perigosidade social*” (Caixa 3200, of. 169).

Embora tenha diminuído o número de pedidos de *habeas corpus*, observa-se pelo quadro acima, que eles continuaram a ser feitos nesse período autoritário. Com a redemocratização, houve um aumento da aprovação dos *habeas corpus*, sobretudo a partir de 1947, voltando a crescer o prestígio do “Major Cosme”, o principal solicitante dos pedidos (Caixa 3203). Num deles, o juiz do município de Santo Amaro determinava a apresentação do internado para julgamento “*atendendo solicitação do ilustre Sr. Major Cosme de Farias*” (*Ibidem*, 14.05.1947).

Se os melhoramentos e reformas do hospício, além da criação dos serviços externos, estiveram sempre registrados nos relatórios dos diretores, a revelação objetiva da crise pela qual passava o “Juliano Moreira”, que na época praticamente representava o aparato psiquiátrico na Bahia, só se deu com a derrubada do regime ditatorial e a democratização do país. No “Estado Novo”, a sociedade civil brasileira e a vida parlamentar estiveram reprimidas, submetidas a uma série de medidas autoritárias, como a proibição de greves, pena de morte para tudo que fosse considerado crime contra o Estado, censura à imprensa etc. Mas, com a queda do regime, em outubro de 1945, elas se revitalizaram, atuando na reconstrução democrática, sobretudo no momento inicial, de “intensa atividade política e com bastante liberdade, pois que fora abolida a censura” (Albuquerque, 1981: 603).

Foi nesse cenário onde os atores sociais atuavam com grande liberdade democrática que a grave situação do manicômio em nosso estado passou a ser alvo de críticas pela imprensa. Essas críticas, refletindo pressões da opinião pública, tinham, contudo, um conteúdo conservador, pois denunciavam que a precariedade do hospício facilitava as evasões dos psicopatas que representariam uma ameaça à ordem pública. Sabemos que essa identificação de loucura com a periculosidade foi agravada com o iluminismo quando a loucura deixou de ser diferença para ser sobretudo desrazão (Foucault, 1999) e o paradigma organicista da psiquiatria tradicional, com a noção de irrecuperabilidade, fomentou na opinião pública o desejo da reclusão segura do todo louco. Não houve por parte da imprensa a preocupação com as condições em que viviam os enfermos.

Como a questão era de coibir a evasão, o diretor João Mendonça, mantido no período de transição da democratização, fez sua defesa: *“Não há fuga, em geral de doentes perigosos próprios do regime fechado (Pavilhão Manuel Vitorino e Aristides Novis)”* (Mendonça, 1947c:12). Argumenta que aqueles que fogem eram os de pouca periculosidade, submetidos a um regime mais brando de vigilância, fato explicável, pois *“o internamento realiza uma restrição de direitos, de modo que surge, naturalmente, uma reação compensadora, através das evasões, (...), sem que isso vá constituir num uma anomalia social quando limitado (Ibidem, p.12-13)*. Ou seja, a evasão, uma resposta possível do dominado, do excluído, quando submetido à repressão, não tem grande importância no que diz respeito ao controle social, quando ela é limitada e de baixa periculosidade.

Nesse relatório de 1945, apresentado no novo cenário de abertura política, o diretor João Mendonça saiu da defesa e partiu para o ataque dos adversários:

“A falta de assunto, elementos não baianos, a angústia econômica, candidatos aos cargos do serviço, outros desajustamentos pessoais, personalidades psicopáticas, o sensacionalismo dos jornais, a fantasia exaltada de certos jornalistas fabuladores e outros fatores secretos encontram nos alienados inspiração e exaltação. E são capazes esses jornalistas até de prestar, paradoxalmente, um serviço, como esse, de através de uma criação fantástica, permitir esclarecimentos e (quem sabe?) conseguir até o levantamento, pelo menos gradual, dos muros deste Hospital, obras para as quais solicito providência” (Mendonça, 1947c: 14).

O antigo diretor, não acostumado ao direito democrático da divergência e questionamento, concluía esse informe no seu relatório, mantendo a sua estratégia de psiquiatrizar as críticas: “*Enfim, tudo isso é da seára da Psicopatologia e o psiquiatra isso tudo entende*” (*Ibidem*).

Como foi referido, João Mendonça sobreviveu ao fim da ditadura do Estado Novo, encerrada com a deposição de Getúlio Vargas, em outubro de 1945. Ele permaneceu na direção do manicômio durante os governos provisórios de intervenção federal. Quando o Governador eleito Otávio Mangabeira tomou posse, em abril de 1947, manteve Mendonça no cargo, mas, ao visitar o “Juliano Moreira”, o Governador ficou indignado com a situação de descalabro que testemunhou, como veremos a seguir. Ele não só afastou o antigo diretor, no cargo há quase uma década, como também se comprometeu em modificar a “assistência aos psicopatas na Bahia”, desenvolvendo um “programa de reformas” em convênio com o governo federal (Camargo, 1948: 3).

Como o governador Octávio Mangabeira teve um papel decisivo na história do manicômio, buscaremos, ainda que de modo breve, conhecê-lo como homem público. Marinho (1986) o retrata como um líder autêntico, destituído da exibição de mando. Destaca os serviços prestados ao Brasil como Ministro das Relações Exteriores, mas sobretudo como Governador da Bahia. Rasgou avenidas, ergueu o Fórum Rui Barbosa, construiu em zona operária o Centro Educacional Carneiro Ribeiro – Escola Parque, a experiência inovadora da escola pública de tempo integral, seguindo orientação de seu Secretário de Educação e Saúde, Anísio Teixeira. Multiplicou açudes e aumentou a produção de alimentos. Foi ao mesmo tempo, “o administrador lúcido e eficiente e o educador político” (*Ibidem*, p.9).

Há um episódio polêmico, o único que macula um pouco sua imagem de homem público. Em agosto de 1946, o General Eisenhower visitou o país. Ostentava a auréola de herói, de libertador da Europa. O ex-chanceler Otávio Mangabeira, então deputado, beijou-lhe a mão, publicamente, “numa atitude espetacular de humildade e servilismo, que o Congresso aprovou” (Bandeira, 1998: 254). Numa grosseira distorção dos fatos o historiador Mario Schmidt (1997:309), ao apresentar a foto, comentava que “o político brasileiro da UDN se ajoelha e beija a mão do presidente dos EUA”. Schmidt comete um equívoco histórico ao datar o gesto de servilismo de Mangabeira numa outra visita

feita por Eisenhower, em 1960, como presidente dos EUA. O historiador Cid Teixeira (2000), que leu o discurso de Mangabeira no Congresso, feito em meados da década de 40, concorda com a crítica ao gesto, mas lembra o contexto: o deputado da UDN tomava o General como o símbolo da vitória dos Aliados e, ao beijar suas mãos, dizia reverenciar a democracia contra o nazifascismo. “Ele coloca o gesto em consonância com sua fala sobre a derrocada das ditaduras, a do nazismo e a do Estado Novo. É um discurso político, não é um beija-mão de subserviência” (*Ibidem*). Sua análise é mais indulgente, porém, no essencial, coincide com a de Moniz Bandeira (*op. cit*).

Esse episódio, explorado pelos adversários, não anulou uma vida pública dedicada aos ideais democráticos e de justiça social. O Governo de Otávio Mangabeira se pautou dentro de uma linha liberal-democrática (Mangabeira, 1986:18;34), curiosa síntese de duas correntes conflitantes, nascidas no século XVIII - o liberalismo anglo-saxônico e a democracia moderna de inspiração rousseauiana. Com o tempero do populismo brasileiro, especialmente baiano, Mangabeira deu à sua administração prioridade às políticas sociais, contando com a colaboração excepcional do Prof. Anísio Teixeira na Secretaria de Educação e Saúde. No seu discurso de posse, o governador propôs dar tréguas às lutas partidárias para enfrentar seriamente “*a grande luta que compete à política, e por conseguinte aos políticos, e só ela dará à vida pública seu verdadeiro sentido: a luta contra a doença, contra a ignorância, contra a fome*” (*Ibidem*, p.56; grifo nosso).

Seu governo honrou esses compromissos. Depois do combate à tuberculose e pela diminuição da mortalidade infantil, a melhoria da assistência psiquiátrica mereceu destaque entre as prioridades na política de saúde, justificada não só pela indignação do Governador, que por si só constituiu-se num compromisso público, mas também pela oportunidade de se confrontar, na prática, com o regime autoritário anterior.

Com a decisão de afastar João Mendonça, cuja imagem estava aderida ao período do Estado Novo, o governo da redemocratização manteve contato com o Distrito Federal, através do Serviço Nacional de Doenças Mentais - SNDM, sob a direção de Aduino

Botelho, para obter o apoio técnico e administrativo no projeto de reformulação da assistência psiquiátrica na Bahia.¹⁰⁵

Com o convênio assinado com a União em 12 de junho de 1947, o SNDM, do Ministério de Educação e Saúde, enviou à Bahia, por indicação pessoal de Aduino Botelho, discípulo de Juliano Moreira, uma equipe com seis técnicos, tendo a frente Dr. Oswaldo Camargo Abib, para a Direção e Elso Arruda para a Chefia Clínica do hospital (Teixeira, 1948:32; Camargo, 1948: 3-12). Eles produziram um documento contundente (Silveira, 2000), que resultou no afastamento do diretor e de quase toda a equipe técnica do hospital, ficando apenas o Dr. Viomário Silva (Rubim de Pinho, 1992).

Os novos dirigentes assumiram os cargos em 5 de agosto de 1947 e no primeiro relatório referente ao exercício de 1947, Camargo e Arruda fizeram um diagnóstico implacável da situação (Camargo, 1948), que será melhor analisado na 3ª seção deste capítulo, onde discutiremos mais detalhadamente as condições de existência dos internados. Como este acontecimento de 1947 representa um *ponto de corte* na conjuntura analisada (1930-1947), antecipamos um trecho desse diagnóstico feito pela equipe vinda do Serviço Nacional:

“Ninguém desconhece o estado de extremo abandono em que se encontrava o velho Hospício São João de Deus, onde mais de 600 alienados se amontoavam em sórdidos pavilhões, sem higiene, sem roupas, sem alimentação suficiente, sem assistência médica adequada. Com as instalações de água, luz e esgotos completamente desmanteladas, o hospital mais se assemelhava a um vasto campo de concentração, onde faltava tudo, desde os mais elementares princípios de solidariedade humana” (Camargo, 1948: 3; grifo nosso).

Cinquenta e três anos depois, esse testemunho era lembrado vivamente por um dos sujeitos daquela intervenção no manicômio. Prof. José Silveira, lúcido e com uma precisa memória de evocação, com seus 94 anos de idade afirma, sobre o relatório de Oswaldo Camargo e Elso Arruda:

“... eles fizeram um relatório absolutamente minucioso, onde nós tivemos a oportunidade de comparar a alimentação dos detentos à dieta imposta pelo Hitler na

¹⁰⁵ O Governador Mangabeira e o Secretário Anísio Teixeira escolheram, de comum acordo, o Prof. José Silveira para Diretor da Saúde Pública, pelo seu trabalho no combate da tuberculose. Foi Silveira que fez os contatos com Aduino Botelho, que conhecia Mangabeira, para a vinda da equipe do SNDM (Silveira, 2000).

Alemanha. E, em todos os itens, o Hospital Juliano Moreira era pior”. [O que o Sr. chama de ‘detentos’ eram os internados no manicômio?] “Sim, os internados, eles eram tratados pior do que os condenados aos campos de concentração” (Silveira, 2000).

O velho asilo da Santa Casa, denunciado pelos médicos como prisão, masmorra, “pré-pineliano”, depois de mais de duas décadas de governo laico republicano, ele foi finalmente avocado pelo Estado, que garantiu o monopólio do poder médico em sua administração. Com as direções médicas, muitas vezes oriundas da Academia, de suas Cátedras, o então Hospício São João de Deus foi reformado, ampliado e até rebatizado, substituindo o santo pelo médico sábio. E trinta e cinco anos depois, em grave crise, o Hospital Juliano Moreira era comparado a “um campo de concentração”, analogia típica de um período pós-guerra, ainda sob a experiência traumática do nazismo.

Antes de concluir esta seção, registre-se um importante acontecimento ocorrido fora de seu âmbito, mas com ele muito relacionado: o surgimento do manicômio privado na Bahia, que, inicialmente organizado financeiramente de modo liberal, ou seja, sem vínculo com o Estado, na etapa seguinte, viria a se constituir no espaço institucional privilegiado da emergente psiquiatria empresarial, quando passou a ser financiada com os recursos previdenciários.

Prof. Álvaro Rubim de Pinho, em entrevista gravada, afirma ter conhecimento da existência de uma Casa de Saúde para doentes mentais, na década de 30, no Garcia, na casa onde, depois, veio a funcionar a Clínica São Lucas (Rubim de Pinho, 1992). Era de propriedade de dois psiquiatras renomados, Prof. Mário Leal, Catedrático da Cadeira de Psiquiatria e ex-diretor do manicômio, e seu colaborador, Dr. José Júlio Calasans, que permaneceu no hospício até maio de 1938, quando transferiu o seu vínculo público para o Serviço de Juizado de Menores (APEB. Caixa 3197, of. 214). Segundo Rubim de Pinho essa iniciativa durou pouco, devido à desorganização e às dificuldades financeiras, uma vez que contava com poucos clientes capazes de pagar os honorários médicos das consultas.

Na década seguinte, o Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, logo ao chegar na Bahia, procurou instalar uma “Casa de Saúde”, ao constatar a inexistência de um cuidado psiquiátrico de caráter liberal, pois, por um lado, o hospício atravessava uma crise tão grave - invisível apenas aos olhos de Mendonça (vide os relatórios do diretor) -, que até os pensionistas, com alguns privilégios na instituição asilar, ainda assim, viviam em condições muito precárias. E, por outro lado, muitos dos pacientes oriundos das elites baianas eram internados no Sanatório Botafogo na cidade do Rio de Janeiro (Rubim de Pinho, 1979).

Foi João Mendonça que deu o parecer sobre o pedido de instalação do sanatório, solicitado por Luiz Cerqueira à Secretária de Educação e Saúde. O diretor do Hospital Juliano Moreira utilizou as exigências da legislação federal (Decreto-Lei n. 24.559, de 3.07.1934): a) direção por profissional devidamente habilitado; b) pessoal idôneo moral e profissionalmente para os serviços clínicos e administrativos; c) plantão médico permanente; d) edifício adequado; e) completa separação dos doentes por sexo; f) seleção pelo critério de periculosidade; g) vida ao ar livre; h) recursos técnicos (APEB. Caixa 3200, 23.03.1943).

O conceito de profissional habilitado estava descrito no Decreto-Lei de 1934. O médico deveria possuir o título de Professor de clínica psiquiátrica ou de docente livre desta disciplina em uma das Faculdades Médicas do país, ou quem tivesse, pelo menos durante dois anos, efetivamente exercido o lugar de psiquiatra no Brasil ou no estrangeiro, em estabelecimento psiquiátrico público ou privado autorizado (*Ibidem*).

Com o parecer final de João Mendonça, em março, o Sanatório Bahia foi inaugurado no primeiro semestre de 1943, com capacidade inicial para 28 pacientes (Noticiário, 1957:18). Assim como aconteceu com o anterior, esse manicômio privado viveu em crise financeira e administrativa na década de 40, mesmo se constituindo numa alternativa de internamento para os pacientes com algum poder contratual. Há registros do próprio ambulatório do HJM de pacientes que eram internados no Sanatório Bahia para o tratamento, em especial o de Cerletti (Eletrochoqueterapia) no “Ambulatório Ulisses Pernambucano” desse sanatório (APEB. Caixa 3202, of. 269/45; Caixa 3203, of. 176/46; of. 203, of. 277/47).

O diretor do manicômio estatal, em seu relatório do ano de 1945, identificava uma leve diminuição dos internamentos e incluía entre as razões dessa baixa, tanto o funcionamento do Ambulatório Franco da Rocha do próprio hospital, mas também por “um certo número [de doentes] deslocar-se para outra Casa de Saúde” (Mendonça, 1947c: 14). Embora o diretor não nomeasse, essa outra “casa de saúde” era o Sanatório Bahia, que, para ser autorizado o seu funcionamento, teve de responder a todas as exigências do seu parecer referido acima.

Nos anos 50, essa empresa se tornou viável, com a mudança da política de assistência médica previdenciária do país, que saiu de uma política de contenção do seguro social para uma política de expansão da assistência médica, via financiamento do setor privado (Oliveira & Teixeira, 1985). Mas o papel da Previdência Social na assistência psiquiátrica, em particular, as conseqüências dessa política sobre o manicômio estatal, pertence a conjuntura seguinte. É, portanto, uma outra história...

Quadro 8
DIRETORES DO HOSPÍCIO S. JOÃO DE DEUS /
HOSPITAL JULIANO MOREIRA – SALVADOR, BA. 1912-1947

Período		Direção	
Início	Término	Diretor	Condição
Mai.1912	1917	Eutychio Leal	Efetivo
1917	Set. 1920	Antônio Barreto Prager	Efetivo
Set. 1920	Out.1925	Aristides Novis	Efetivo
06.Mar.1924	10.Abr.1924	Antônio Gil Cerqueira	Interino de Novis
11.Abr.1924	23.Jun. 1924	Armando Sampaio Tavares	Interino de Novis
Out.1925	Dez. 1930	Mário Leal	Interino (Formal)
Jan. 1930	Abr. 1931	Francisco Tavares de Carvalho	Interino (+Antigo)
Abr.1931	Dez.1937	Aristides Novis	Efetivo
01.Jan. 1938	06.Jan. 1938	Francisco Tavares de Carvalho	Interino (+Antigo)
Jan. 1938	Jul. 1938	Pery Guimarães	Efetivo/Aposentadoria
23.Jul. 1938	03.Ago.1938	Luiz Ribeiro Sena	Interino (+Antigo)
Ago.1938	Jul. 1947	João Inácio Mendonça	Efetivo
01.Ago.1947	05.Ago.1947	Mário Berford da S. Lopes	Interino (+Antigo)
Ago.1947	Jul. 1953	Oswaldo Camargo	Efetivo

Quadro 9
OS PAVILHÕES DO ASILO SÃO JOÃO DE DEUS /
HOSPITAL JULIANO MOREIRA - SALVADOR, BA.
1874 / 1947

Nome do Pavilhão	Ano	Direção	Características
1. Central / Solar da Boa Vista	1874	Demétrio Tourinho	Sede/ Cômodos Pensionistas (Feminino), 782 m ²
2. Casa Forte / Manoel Vitorino	1874 (1913)	Demétrio Tourinho Eutychio Leal	P/ loucos furiosos & criminosos "Manicômio Judiciário"; 360 m ²
3. Kraepelin	1913	Eutychio Leal	P/ alienados indigentes; 1000m ²
4. Charcot / Anísio Circundes	1916/ 1918 (1929)	Eutychio Leal Antônio B. Pragner Mário Leal	P/ alienadas indigentes; 360m ² 4 enfermarias; obra concluída. Reformado e renomeado.
5. Alfredo Brito	1916 (1923)	Eutychio Leal Aristides Novis (1 ^a)	Clínica Psiquiátrica da FAMED Reformado: 50 leitos; 269 m ²
6. Júlio de Matos	1916	Eutychio Leal	P/ alienados indigentes; 368m ² 4 enfermarias
7. Vítor Soares	1918	Antônio B. Pragner	Pensionistas (Masc.); 206 m ² (antiga Casa do Diretor)
8. Demétrio Tourinho	1920	Aristides Novis (1 ^a)	Laboratório de Análise Clínica e Farmácia; 263 m ²
9. Augusto Maia	1929	Mário Leal	Colônia agrícola; 2km da Sede 2 enfermarias (100 leitos)
10. Juliano Moreira/ Aristides Novis	1936 (1938)	Aristides Novis (2 ^a) Pery Guimarães	Pensionista (100 leitos; Masc.) Renomeado; 3 enfermarias.
12. S. João de Deus	(1938)	João Mendonça	Pequeno pavilhão anexo ao Solar da Boa Vista
11. Teive e Argolo	1939	João Mendonça	P/ mulheres com intercorrências 2 enfermarias (25 leitos)

Quadro 10 Catedráticos de Psiquiatria da FAMED

Ver arquivo com página configurada no modo paisagem (Pg-em-paisagem.doc)

5.2 - Os Agentes da Psiquiatria manicomial e seu instrumental bio-médico

Nesta seção analisaremos mais detalhadamente os saberes e as técnicas utilizadas pelos agentes da prática psiquiátrica, num cenário social de crise econômica e politicamente autoritário.

A concepção organicista e higienista de Aristides Novis foi comentada no capítulo anterior, analisando sua primeira gestão no então Hospício S. João de Deus. Embora não tivesse uma formação especializada, ele tinha um conhecimento tácito nesse campo de prática, sobretudo na área da assistência hospitalar aos psicopatas¹⁰⁶. Segundo ele, a “neuropsiquiatria” envolvia dois aspectos fundidos num só compromisso: “*o direito de defesa contra as reações anti-sociais do alienado e o imprescriptível direito de sua proteção*” (Novis, 1936, Anexo 4:1). Além de expressar com clareza a contradição fundamental da psiquiatria, entre as finalidades sociais de exclusão e de tratamento - ele chegou a se referir no direito à saúde, inclusive do “enfermo mental”, não aceitando sua posição de inferioridade em face aos outros padecimentos. A missão dos profissionais seria construir uma “nova consciência psiquiátrica” que, às vítimas das psicoses, fossem garantidas usufruir o mesmo “*direito à saúde, disputado no consenso geral, pelos doentes comuns*” (*Ibidem*, p.2).

Ele reconhecia que o preconceito existia não apenas nas “classes incultas”, mas no próprio meio seletivo dos profissionais da medicina. Citou um episódio envolvendo um professor de medicina em visita ao manicômio da Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, que apressou os passos, certo de que o vulto que o acenava era um doente, quando era um enfermeiro querendo entregar seu chapéu que ele deixara naquela despedida precipitada. Se um professor de medicina se sentia ameaçado por um alienado, como se tivesse diante de uma fera, o que dizer de um leigo (*Ibid.* p.2).

Usando ainda as categorias de inspiração morelianas como ‘estado atípico de degeneração’ (APEB. Caixa 3197, of.58) ou ‘tara psicopática’ para um caso de alcoolismo (Caixa 3191, of. 6/1932), ele soube acrescentar ao pessimismo organicista o

¹⁰⁶ Ernani Lopes, presidente da Comissão Executiva da 1ª Conferência Inter-Americana de Higiene Mental convidou Aristides Novis para presidir a seção de Assistência Hospitalar. Em ofício de 21 de julho de 1935, Lopes comunicava a escolha de Novis, “*tendo em vista os altos méritos de V. Exia. e os serviços prestados á causa da Hygiene Mental nos dominios da sua especialidade* (APEB. Caixa 3195, of. 194, 2.10.1935).

otimismo da higiene mental. Um exemplo disso, nota-se quando, ao diagnosticar *estado atípico de degeneração* num doente, Novis disse que “*o prognóstico é o mais severo quanto a possibilidade de cura. Todavia uma hygiene mental bem conduzida poderá prolongar por dilatado tempo o estado de lucidez e de acalmia que agora atravessa o paciente*” (Caixa 3194, of.240).

Ainda sobre sua concepção higienista, em sua conferência no *Rotary Club*, em 1935, onde mais nitidamente ele expressou seu entendimento sobre a psiquiatria, constatamos que ele sustentou a tese eugênica, segundo a qual, “*prevenir as deformidades do espírito é cuidar do futuro da raça - parte da política eugênica*” (Novis, 1936, Anexo 4: 8). Embora possamos encontrar aqui o eugenismo da segunda fase, da purificação da raça, segundo a análise feita por Costa (1981), não encontramos no pensamento e na prática de Novis uma adesão ao pensamento xenófobo, autoritário, racista. Era elitista, mas com uma formação humanista, que o manteve vinculado à proposta da primeira fase da higiene mental, ou seja, a de humanização do tratamento do doente mental. Não foi por acaso que suas referências foram Juliano Moreira, no passado, e Ulisses Pernambucano, na sua contemporaneidade.

As medidas terapêuticas, nessa longa gestão de Aristides Novis (1931-37), foram marcadas pelo caráter racionalizador, privilegiando as medidas que, com os trabalhos produzidos, pudessem gerar recursos. Sob sua segunda direção, uma oficina de colchões e outra de vassouras foram instaladas, sendo que a primeira teve uma produção relevante, para uso interno e para outras instituições do governo. “*Não preciso encarecer as vantagens econômicas da medida, além do proveito para os enfermos que alli trabalham, resultantes da labortherapia*” (Novis, 1935: 4). Apesar do momento crítico, o diretor lutava pela criação de um estábulo para obtenção de leite, usando também o argumento das vantagens não só econômica para o hospital, mas também terapêutica para os internados (*Ibidem*, p. 5).

Na conferência de 1935, Novis reiterava sua crença na colônia agrícola para crônicos e na assistência heterofamiliar, acreditando que ambos os recursos serviriam de mediação, pois sem essa transição “*a passagem do hospital fechado à sociedade seria nociva ao paciente*” (Novis, 1936, Anexo 4: 6). Admirador de Ulisses Pernambucano, ele comentava que tinha sido sábia a decisão do psiquiatra pernambucano de utilizar as

instalações pertencentes à Escola Teórico-Prática de Agricultura como o local do Hospital Colônia de Barreiros - PE, em 1931. O diretor considerou positiva a iniciativa de Mário Leal de construir o Pavilhão Colônia, em 1929, mas considerava a área restrita e com terrenos poucos férteis. Sua sugestão, inspirada em Pernambucano, era do governo utilizar o Patronato Agrícola Rio Branco, que estava desativado e localizado “*nas terras maravilhosas do recôncavo santamarense, do velho Engenho Subahe*” (*Ibidem*, p.7). O catedrático de fisiologia terminou seu longo mandato sem realizar esse sonho de uma Colônia Agrícola no interior do Estado.

Pery Guimarães, no seu curto período (janeiro-julho de 1938), deu prioridade também ao trabalho agrícola, que, seguindo a velha fórmula do alienismo, representaria tratamento e economia, com a produção de alimentos (APEB. Caixa 3197, 21.01.1938).

Outro recurso terapêutico, ainda vinculado ao modelo alienista e incorporado ao arsenal organicista, foi a criação de um serviço de “balneoterapia”, construído no Pavilhão inicialmente chamado Juliano Moreira e depois renomeado de Aristides Novis. Essa “seção especial”, que era citada com destaque em todos os questionários preenchidos para os serviços de estatísticas estaduais e federais, praticamente não foi usada como recurso terapêutico, pois, um ano depois de inaugurado, o diretor seguinte - Pery Guimarães - dizia que os aquecedores elétricos nunca funcionaram, imprestáveis por origem ou pela instalação defeituosa. Quando queria recorrer à ‘balneoterapia’, em emergência, usava-se o primitivo recurso de acender fogueiras e em latas de querosene aquecer a água que era assim transportada por ‘doentes calmos’ (Caixa 3197, 18.01.38).

Um esforço precursor de incorporar procedimentos estritamente médicos ao arsenal terapêutico, mais coerente, portanto, com a concepção organicista, foi o uso da técnica de *impaludação cerebral*. Em ofício ao Diretor Geral do Deptº de Saúde Pública, Aristides Novis informava que, em 22 de agosto de 1933, submeteu o doente Francisco F. ao tratamento pela “Impaludação cerebral”, novo método proposto por Ducosté, médico do Asilo de Ville-Juif na França, contra a paralisia geral, de origem luética. Referiu que fez a intervenção com a modificação sugerida por Ferdière, “*ao se reunir ao sangue palustre a ser injectado no lóbo frontal igual porção de anti-toxina tetânica*” (APEB. Caixa n.3194, of. 150, 30.08.1933). Para cercar a intervenção de recursos

técnicos adequados, operaram no Hospital Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia. Novis operou tendo como anestesista Antônio Flaminiano Costa.

Informava ainda que, no dia 26 do mesmo mês, realizou nova intervenção, desta vez com o doente Antônio P.S., cabo da Força Pública do Estado, também com paralisia geral. A craniotomia foi efetuada por Novis e a anestesia pelo acadêmico Humberto Peixoto. Referiu também que as intervenções foram feitas após confirmação diagnóstica obtida por exames laboratoriais do líquido e sangue feitos por Adriano Pondé do Instituto Oswaldo Cruz da Bahia. As observações clínicas estiveram a cargo do Dr. J.J. Calasans, assistente médico do frenocômio.

“Oportunamente, porei essa Directoria ao par da evolução clinica dos casos em apreço e de outros mais aos quaes se faça indicada e venham a applicar a referida therapeutica, coroada já de tantos e promissores succéssos no Velho Mundo”
(Caixa n.3194, of. 150, 30.08.1933).

Entretanto, em officio, datado de 15 de setembro de 1933 e dirigido ao diretor do Instituto Médico-Legal, o diretor Novis informava o falecimento de Antônio P.S. em 8 de setembro do mesmo ano por complicações da intervenção terapêutica adotada. Nas palavras do autor da intervenção:

“O doente foi submetido a 26 de agosto, tres dias apos sua entrada, ao methodo de “Impaludação Cerebral”, recebendo no lóbo frontal direito uma injeção de sangue palustre (2cc) misturado a igual porção de toxina anti-tetanica, correndo a operação sem acidente. Teve nesse dia a primeira elevação thermica (35.5) [sic] causada pelo choque. Cinco dias depois, outra elevação que cedeu por completo com o primeiro curativo da ferida operatória. Seguiu-se dias de perfeita apyrexia, até que a 8 (setembro) dão começo os accessos palustres, progressivamente crescente em intensidade, com verificação microscopica do plasmodium vivax, acompanhados de profunda adynamia, e por fim de phenomenos cerebraes que apressaram o exito lethal, não obstante a medicação especifica ante-malarica com que agimos desde o 3º para o 4º acessos, com o fim de fazel-os abortar”
(APEB.Caixa n. 3194, of. nº 159, 15.09.1933).

Nada ficamos sabendo sobre a evolução clínica do outro operado, o doente Francisco F., e depois desse óbito por causa iatrogênica, essa nova terapêutica adotada não teve os ‘promissores sucessos’ esperados.

Mais promissor foi sua defesa do laboratório no manicômio, como já tinha feito na gestão anterior, quando criou o Laboratório de Análises Clínicas (ver capítulo anterior) e que foi praticamente desativado por Mário Leal. Na inauguração do Pavilhão Juliano Moreira, em 25 de janeiro de 1936, o Professor de Fisiologia destacava o psiquiatra baiano como o precursor dessa proposta, que imprimiria “*aos diagnosticos mentaes, á luz das reacções do liquor e do sangue, o cunho de veracidade, conducente a uma terapeutica, jamais tão bem estatuida, si até alli apenas descançada no aleatorio e fluctuante prestigio dos syntomas*” (Novis, 1937: 4). No relatório do ano anterior, ele já tinha reivindicado a contratação de um médico para o laboratório, pois, seguindo a mesma orientação, não compreendia “*um hospital sem laboratorio, reduzido como será a simples recolhimento todo aquelle que não dispõe desse poderoso subsidio technico*” (Novis, 1936:5). Essa reivindicação só foi atendida em 1938, na gestão de João Mendonça, quando a “laboratorista” Dina Barbosa Gomes, a primeira médica do corpo clínico do HJM, foi contratada (APEB. Caixa 3199, 2.10.1940).

Ainda em relação às gestões de Novis e Guimarães, cabe agora analisar os outros agentes, além dos médicos. Um destaque inicial deve ser dado ao farmacêutico Emmanuel Sant’Anna, que, em 1934, informava a obtenção de dois novos produtos manipulados pela própria farmácia do hospital. O “bismosil”, com o bismuto para o tratamento da sífilis e o “tropilenil” para as septicemias. “*É claro que tive em vista não só o lado economico como o beneficio à coletividade, dispensando qualquer interesse de ordem pessoal*” (APEB.Caixa 3195, of. 232, de 27.11.34). Ao comunicar sua aposentadoria, depois de 32 anos como funcionário, apresentou sua 14ª fórmula “ao Estado” e, em sintonia com a mentalidade racionalizadora da época, calculava que o produto injetável podia trazer uma economia ao Estado de sessenta mil réis para cada milheiro de ampolas (*Ibidem*, of. 21.1.1935).

Nesse período o manicômio continuou sem contar com a presença de enfermeiros diplomados em seu quadro de pessoal. Em sua proposta de revisão do Regulamento do hospital, Novis sugeriu a contratação de duas enfermeiras diplomadas que teriam as seguintes competências:

- “a) tratar com todo zelo e carinho os doentes que lhe forem confiadas; b) acompanhar as visitas médicas apresentando aos Assistentes-médicos as enfermas que precisem ser examinadas, ouvindo atentamente as prescrições para depois

executá-las; c) observar cuidadosamente os doentes anotando-lhes todos os symtomas verificados para conhecimento dos Assistentes médicos” (APEB. Caixa 3195, of. 3.11.1934).

Ainda em 1942, na gestão de João Mendonça, não havia esse profissional, pois o diretor recusou o pedido de estágio de uma enfermeira, diante da “grave anomalia” de não existir esse profissional de nível superior no hospital (Caixa 3200, of. 240). A partir de 1945, tem-se registros de uma enfermeira visitadora, Maria Albertina Sales, do 3º. Centro de Saúde, alocada no hospital na função de *fiscal*, antiga função de *inspetora*, que coordenava o trabalho das “enfermeiras práticas” (Cx 3202, 06.1945; Cx 3199, 31.08.1946).

Um dado curioso encontrado, que demonstrava a rígida hierarquia do hospício, foi uma portaria de outubro de 1933 (APEB. Caixa n. 3194), que estabelecia os lugares na mesa de refeições (havia um croqui com a posição determinada), onde o médico de guarda (plantão) ficava na cabeceira e o almoxarife na outra. Seguindo a hierarquia, vinham os profissionais de serviço - farmacêutico, dentista -, os internos e, por fim, alguns pensionistas.

Em relação ao pessoal de apoio, nessa conjuntura não se obteve nenhum registro direto de seus discursos. Há apenas registros de sua insuficiência quantitativa e, conseqüentemente, do seu desgaste, bem como das suas punições no desempenho profissional. Em relação ao primeiro aspecto, Novis, no seu relatório de 1936, queixava-se do problema, afirmando que, num hospital psiquiátrico moderno, bem organizado, a proporção era de um 1 funcionário para 8 a 10 doentes. No Hospital Juliano Moreira, em 1936, cada servente fazia a vigilância de 16 enfermas (15 para 242) e cada guarda tinha a seu cargo 20 doentes (15 para 309) (Novis, 1937: 16-17).

Os inconvenientes dessa falta de pessoal de apoio eram não só “o colapso da vigilância”, com grande número de evasões, muito noticiado nos jornais, mas também o esgotamento do pessoal, ao trabalhar diariamente e ainda realizar a ronda noturna, numa função por sua natureza exaustiva, ao lidar com pacientes alienados (*Ibidem*, p.17).

Quanto às punições, na longa gestão de Novis (1931-37) houve poucos registros, nove e todas do chamado “pessoal inferior” (APEB. Caixas 3194, 3195, 3196), embora cinco tenham resultado em demissão: guardas que recusaram a fazer o serviço, aspirantes de serventes que entraram em luta corporal, bem como funcionários que apresentaram transtornos mentais, como uma servente que foi recolhida à enfermaria como doente na categoria “indigente” e a lavadeira, demitida por embriaguez e ausência ao serviço (Caixa 3196, 13.04.36). Nos sete meses de Guimarães, houve mais punições, num total de treze, inclusive um médico e um auxiliar acadêmico, embora só tenha havido uma demissão. De qualquer sorte, são números muito inferiores à conjuntura anterior (1912-30). Como os registros estão preservados, ficam as hipóteses de diminuição das faltas, seja pela ameaça do cenário autoritário e/ou economicamente crítico, seja por uma adaptação da parcela estável do corpo de funcionário.

Embora não fossem formalmente funcionários do hospício, havia uma força policial, que garantia a vigilância do Pavilhão Manoel Vitorino, o “pavilhão judiciário”. Novis era contrário a presença da polícia num hospital. Conseguiu reduzir pela metade o pelotão até então existente, ficando com apenas seis praças e um sargento e todos “sem fuzis” (APEB. Caixa 3194, of.239, 26.12.33). Entretanto, em julho de 1934, o sargento que comandava a guarda do pavilhão, solicitou o aumento do número de soldados, a fim “de descansar estes policiais que vem trabalhando em uma dobra eterna”(Caixa 3195).

Outra presença especial no manicômio era a dos estudantes, pois, como já referido acima, o Pavilhão Alfredo Brito, estava sob a responsabilidade da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Bahia. O diretor Aristides Novis, também Professor daquela Faculdade, respondendo ao Diretor Geral de Saúde Pública, esclareceu as possíveis inserções dos alunos no nosocômio. Além das quatro vagas de auxiliar acadêmico, para os alunos de 5º e 6º ano, com vínculo empregatício, o São João de Deus tinha “*as suas pórtas abértas aos estudantes que desejarem frequentar essa Clínica ou áquelles que, como exercício para o internato, queiram acompanhar o serviço dos médicos, nos seus plantões matinaes no estabelecimento*”. Essa prerrogativa não concedia nenhum título a não ser o de aspirante, e não dava o direito de residir no hospital por falta de acomodação, nem o de alimentação, “*porque a Despesa já tem o número de enfermos muito elevado em relação ao número que serviu de base para o orçamento vigente*” (Caixa 3191, of. 54, 10.04.1933)

Havia uma outra colaboração do hospício para com a Faculdade de Medicina. Em 1935, no governo constitucional de Juracy Magalhães, seu Secretário de Educação e Saúde, Barros Barreto, mediado pelo também professor Edgard Santos, atendeu a solicitação do Dr. Leôncio Pinto, Catedrático da Faculdade de Medicina, e colocou à disposição do Gabinete de Anatomia Patológica os cadáveres dos alienados indigentes que não fossem reclamados pela família (Caixa 3195, of. 15.05.1935). No período do Estado Novo e da Segunda Guerra Mundial, foi o Exército que solicitou à direção do manicômio os cadáveres de alienados indigentes para demonstração de medicina operatória no curso de Emergência em Medicina Militar (Caixa 3200, Processo nº 4286, 1942). Dados como esses da cotidianidade, ajudam a compor o cenário onde os sujeitos da prática psiquiátrica atuavam.

Também com base em documentos ordinários, do dia-a-dia da instituição e outros testemunhos involuntários, pode-se traçar um perfil dos próprios sujeitos relevantes dessa prática. Como já discutimos com detalhes o perfil de Aristides Novis e mesmo tendo esboçado o de Pery Guimarães, na primeira seção deste capítulo, destacaremos dois acontecimentos desse último diretor, que atuou num momento histórico de regime discricionário, como o seu sucessor, João Mendonça, que será analisado a seguir.

Um achado revela que Guimarães não esteve imune ao velho clientelismo do regime populista, pois encontramos um registro onde o diretor do manicômio referia ter atendido o “desejo” do Interventor do Estado Novo, Coronel Antônio Fernandes Dantas, ao transferir uma doente da enfermaria de indigente para a de pensionista (APEB. Caixa 3197, of. 250, 27.06.1938). Por outro lado, nos últimos dias de sua curta gestão, Pery Guimarães deu uma demonstração inequívoca de uma postura eticamente elogiável na defesa dos direitos dos doentes sob sua responsabilidade. O diretor recusava o pedido do Sr. Edson Tenório de Albuquerque, o qual, para fins de interesse pessoal em processo jurídico, solicitava que lhe fosse certificado que a senhora P.O.L. esteve internada no manicômio e qual a doença ou razão que motivou esse internamento. Baseados em princípios, que hoje diríamos bioéticos, os argumentos de Guimarães ainda continuam válidos:

“Qualquer individuo que, por motivo de saúde, tenha de se recolher a um hospital ou recorrer aos serviços de um facultativo, tem o direito incontestado de exigir o sigilo não só quanto ao seu tratamento como a natureza de sua doença”. Disse mais:

“Não é lícito a um profissional dizer a quem quer que seja, mesmo particularmente, que tal ou qual está sofrendo desta ou d’aquella enfermidade” (Caixa 3197, of. 261, 14.07.1938)

O diretor, por outro lado, reconhecia o princípio de que informação poderia ser dada perante altos interesses de justiça, quando então tais solicitações deveriam ser feitas oficialmente, “por quem de direito”, ou seja, um magistrado.

Se Pery Guimarães não era um especialista, com João Mendonça o manicômio voltava a ser dirigido por um psiquiatra. Defendendo uma direção especializada, João Mendonça, no relatório de 1945, faz seu breve currículo: ex-interno do hospital, ex-assistente, Docente Livre de Clínica Psiquiátrica e Catedrático de Psicologia da Faculdade de Filosofia. (Mendonça, 1947c:5). Com base nos inúmeros exames de sanidade mental feitos por João Mendonça, muitos deles em parceria com Viomário Silva, constatamos uma sólida formação não só na especialidade, mas também em medicina geral, “internista”, coerente com a visão do diretor, segundo a qual, para o esclarecimento de alguns casos, só seria possível “com uma averiguação poli-dimensional” (APEB. Caixa 3198, of. 118).

Pela sua importância na história do manicômio e da psiquiatria baiana, buscamos compreender sua atuação recorrendo não só aos documentos já referidos (seus relatórios, seus pareceres etc.), mas também de testemunhos vivos. Para o historiador Cid Teixeira, o médico e diretor de Saúde Pública José Silveira, a quem Mendonça, como diretor do Hospital, esteve diretamente subordinado e o médico Raimundo Rocha Filho, diretor do manicômio de 1953-1967, na época aspirante do serviço, para todos três entrevistados, João Ignácio Mendonça era um homem de erudição, de excelente qualidade intelectual, com sólida formação em psiquiatria. Por outro lado, há também um consenso sobre sua atuação administrativa:

“Mendonça foi um dos homens mais talentosos que conheci. Agora ficou famosa a sua ausência, o seu desligamento do Hospital Juliano Moreira” (...) “Era um homem feito de arame farpado. (...) Ele tinha uma certa euforia, satisfação em ser reconhecido como guache do processo social onde estava inserido” (Teixeira, 2000);

“era um teórico, tudo se justificando em nome da loucura, o cheiro no manicômio, o problema da alimentação, era um poeta no sentido de não dar a devida importância às coisas materiais, às questões administrativas” (Silveira, 2000).

“era um homem que se caracterizava pela permissividade. Tudo para ele era natural e ele aceitava tudo dentro desse ponto de vista. Um episódio curioso pode ilustrar isso: havia no hospital uma funcionária da administração, D. Albertina Sales. Um dia ela levou um funcionário à presença do diretor. João Mendonça, e disse que o servidor ‘tinha feito mal’ a uma doente. O diretor, fazendo-se de não-entendido, perguntou qual foi ‘o mal’ que ele tinha feito. Depois de alguma relutância, a pudica Senhora referiu o abuso sexual. Mendonça, em vez de punir o agressor, indagou com ironia: ‘Então a Senhora acha mesmo que ele fez um mal ou foi um benefício?’ Essa permissividade dele comprometia muito a administração (Rocha Filho, 2000).

Esses depoimentos ajudam a compreender melhor esse agente intelectual chave na história do manicômio, inclusive em toda a sua complexidade, como um profissional de grande qualificação e pouco afeito às questões práticas da administração, além de sua “permissividade” em situações envolvendo violência contra o internado.

Estudemos agora os recursos técnicos introduzidos no hospital em sua gestão. Nesse longo período de “direção especializada”, de quase uma década, foi acrescentada no hospício uma série de inovações técnicas. Se a malarioterapia já tinha sido utilizada no hospício, inclusive pela técnica cirúrgica realizada antes por Novis, foi na gestão de Mendonça que as outras técnicas biológicas aplicadas à psiquiatria começaram a ser usadas no tratamento dos doentes de modo regular. Em 1938, foram introduzidas a insulino-terapia e a convulsoterapia química “os maiores progressos realizados no último decênio, em terapêutica” (Mendonça, 1947a: 4). Encontramos um ofício ao Presidente da Caixa de Aposentadorias e Pensões - CAP do Serviço Público da Bahia e Sergipe, onde o diretor apresentava os custos dos tratamentos: 1. Malarioterapia - desde as providências preliminares de escolha do germe até a ‘debelação’ do surto palustre - era calculada em Cr\$100,00. 2. Choque cardiazólico - Cr\$200,00. 3. Choque pela picrotoxina - Cr\$200,00. 4. Choque insulínico - Cr\$500,00. 5. Narcose prolongada - Cr\$500,00. 6. Eletrochoque - naquele momento não havia experiência na Bahia (Caixa 3200, of. 234, 15.12.1942).

Em sua proposta de reformulação da Assistência aos Psicopatas, em 1943, Mendonça discriminava os tratamentos pelo tipo de serviço: o *hospital de agudos* teria seções de malário, insulino e convulsoterapia, além de tratamento de neuro-sífilis. No *pavilhão colônia*, seria utilizada quase exclusivamente a terapêutica pelo trabalho. A seção de *ergoterapia* teria carpintaria, marcenaria, pintura, jardim, horta, colchoaria, alfaiataria, asseio, cozinha etc. (Cx. 3200, of. 56, 02.1943).

Em relação a convulsoterapia química, depois de citar os nomes fantasias do princípio ativo ‘pentametenotetrazol’: Cardiazol, Nicordamin, Cortetrol; ele enumerava as síndromes que têm esse recurso terapêutico como recomendado: a esquizofrenia, ciclofrenia, psiconeuroses e certas personalidades psicopáticas, ‘além do recurso sintomático para as agitações’ (*Idem*, 1947b: 10). O tratamento com o choque cardiazólico (de Meduna), requeria a internação hospitalar de 60 dias, no mínimo, segundo o diretor (APEB. Caixa 3200, of. 161). Antes mesmo da explosão dos psicofármacos, Mendonça já exaltava a eficácia dos medicamentos, que na época era um recurso terapêutico muito limitado, principalmente no choque químico. Entre seus efeitos, numa época de carência, o diretor citava a redução do custo do doente-dia, pela alta precoce (Mendonça, 1947a: 9).

Há vários registros sobre “o pavor” que a convulsoterapia química causava nos pacientes (Caixa 3201, of. 132, 1943; Cx. 3202, of. 161, 1945), além do testemunho do Prof. Álvaro Rubim de Pinho, futuro Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, na época estudante de medicina. Rubim de Pinho (1992), em sua entrevista, citava que os inconvenientes dessa terapia, causadora de “muitos terrores” aos doentes, determinaram a introdução precoce de uma terapêutica inovadora, naquele momento. Era o eletrochoque que, depois das experiências de Cerletti e Bini, nos anos 30, passava a ser utilizado na clínica psiquiátrica, no início dos anos 40, substituindo os choques insulínico e cardiazólico, por ser menos dispendioso, perigoso e ter uma convulsão mais branda (Alexander & Selesnick, 1980: 366).

Em 1944, o manicômio adquiriu o seu aparelho para eletrochoqueterapia, mas antes do serviço possuir seu próprio aparelho, o hospital contou com a colaboração de um aparelho particular (Mendonça, 1947b:6). Em julho de 1945, o aparelho comprado pelo hospital ainda não estava funcionando, tendo sido solicitado outro à firma que o vendeu

(Caixa 3202, 19.07.1945). O Prof. Rubim chama a atenção para o fato de o HJM ter incorporado rapidamente ao seu arsenal terapêutico, em 1944, essa técnica, a mais moderna na época, utilizando-se de um dos primeiros aparelhos adquiridos no país, no caso, o de Luiz Cerqueira, do Sanatório Bahia, que além de usar no sanatório particular, emprestava ao manicômio público (Rubim de Pinho, 1992). Segundo esse depoimento, Luiz Cerqueira tinha uma preocupação com o conforto pessoal do paciente e com os aspectos sociais da terapia, ao torná-la mais acessível (*Ibidem*).

Nesse contexto, pode-se compreender a defesa de João Mendonça da eletrochoqueterapia, quando o diretor chegou a afirmar que o recurso era “um instrumento de democratização do melhor tratamento, à vista de ser difundido para todos os casos indicados” (Mendonça, 1947b: 6; grifo nosso), inclusive para os indigentes, que eram discriminados nos outros recursos assistenciais. Em 1946, Mendonça já comentava sobre os efeitos colaterais do novo tratamento, como, por exemplo, ao referir a remissão do surto psicótico de um paciente esquizofrênico, o diretor dizia que a alteração da afetividade e o déficit intelectual estavam ligados à convulsoterapia elétrica, que o paciente vinha realizando (APEB. Caixa 3199, of. 278, 25.9.1946).

O esforço foi não só terapêutico, mas também propedêutico, pois, mesmo num momento de poucos recursos, o diretor conseguiu adquirir um eletroencefalógrafo, “*o mais moderno recurso de propedêutica neuro-psiquiátrica, do maior valor para a clínica forense, para o controle das modernas terapêuticas do choque*” (Mendonça, 1947b: 6).

Outro recurso propedêutico veio com a reinauguração, em 1938, do Laboratório de Análise Clínica, que foi batizado com o nome do Professor Armando Sampaio Tavares¹⁰⁷, em homenagem ao médico responsável pelo Laboratório nos anos 20, principal colaborador na primeira gestão de Aristides Novis, tendo sido, inclusive, diretor interino do hospital (ver capítulo anterior). Já comentamos sobre a importância da sífilis cerebral no fortalecimento do paradigma organicista e o exame de líquido era

¹⁰⁷ Naquele momento era também, como Aristides Novis e o próprio João Mendonça, professor catedrático. Armando Tavares foi catedrático da 1ª cadeira de clínica médica de 1929 até 1944 quando faleceu (Oliveira, 1992: 432; Teixeira, 1999: 159-60)

um poderoso recurso diagnóstico na confirmação da doença. Segundo Mendonça, o Laboratório do manicômio possuía “o maior arquivo regional de neuro-sífilis” (Caixa 3198, of. 204, 10.07.1940).

Tais recursos eram compatíveis com a concepção causal do diretor catedrático. Ele enumerava entre as causas mais frequentes das psicoses e psicopatias em primeiro lugar a herança neuro-mental, depois a sífilis e o alcoolismo. A formação psicologista do diretor dava a ele um otimismo não muito comum entre os psiquiatras organicistas. Assim, embora ele reconhecesse “uma pesada herança psicopática” numa paciente, ele referia que, apesar disso, casos como aquele não eram “via de regra estados incuráveis” (APEB. Caixa 3198, of. 154).

Havia naquele momento outro fator que favorecia a noção de recuperabilidade do “psicopata”. Assim como acontecia nos centros hegemônicos europeus, com as propostas de recuperação de força de trabalho num contexto de guerra, como as reformas manicomiais de psicoterapia institucional e comunidades terapêuticas (ver capítulo 1), essa valorização da reabilitação do doente mental para o trabalho não passou despercebida na psiquiatria periférica. Ao examinar um funcionário público no ambulatório do hospital, Mendonça fazia a seguinte recomendação à Junta Médica do Estado: “*Bem considerado o estado de guerra - onde há obrigatoriamente uma supervalorização do elemento humano, valeria fazê-lo [o doente M.S.S.] retornar experimentalmente ao exercício de suas funções*” (Caixa 3200, of. 263 / 1942).

Ainda em relação aos determinantes, o diretor considerava a tuberculose como um fator desencadeante de distúrbios mentais, inclusive de natureza psicótica: “*O paciente apresentou, por ocasião do delito, distúrbios mentais, resultantes de uma infecção tuberculosa atuando sobre uma personalidade mentalmente frágil, sobrecarregada de conflitos íntimos*” (Caixa 3203, of. 278, 1947). O psiquiatra afirmava que o paciente tinha apresentado uma reação esquizofrênica, e que esse tipo de transtorno era frequente nos doentes de tuberculose (*Ibidem*, 31.07.1947).

Entre os fatores que podiam agravar uma *tara mental*, entendida como uma predisposição constitucional, ele destacava o “traumatismo espiritopático” (Caixa 3201, of. 326). Afirmava que numerosos estudos e verificações (sem nenhuma referência

citada), confirmavam o “*baixo espiritismo na gênese dos distúrbios mentais*” (Mendonça, 1947c: 9). Confundindo causa com consequência, ele se queixava de que “*o doente mental, si não está em tratamento espírita, esteve ou estará*” (*Ibidem*), lamentando essas ‘sobrevivências primitivas’ de uma época em que a medicina era magia. E sua crença de tais práticas na determinação da doença mental era inabalável:

“Indubitável é a sua influência na gênese das psicopatias, ora criando o delírio espiritopático nas personalidades psicopáticas, ora agravando a título de superestrutura e colorido, quaesquer outros quadros mentais” (Mendonça, 1947c: 9, grifo nosso)

Há inúmeros registros dessa “espiritopatia” em personalidades psicopáticas (APEB. Caixas 3200, of. 241; 3201, of. 325; 3203, of. 236) ou agravando casos psicóticos, como psicose maníaco-depressiva (Caixa 3198, of.332; 3201, of. 326) e esquizofrenia (Caixa 3201, of. 325). Aqui temos um exemplo de como o conhecimento pretensamente científico serve para caucionar práticas preconceituosas contra manifestações culturais diferentes e divergentes das práticas legalizadas. A natureza mística do delírio de um paciente com psicose afetiva bipolar tinha no candomblé, segundo Mendonça, o fator determinante e não uma fonte para a patoplastia dessa psicose (Caixa 3198, 13.09.1939).

O exemplo do paciente G.D.F. é paradigmático do preconceito de João Mendonça à cultura de origem africana. Assim comentava o psicologista fazendo o exame de sanidade mental do internado:

“Certo dia, u’a mão amiga, que deveria ampará-lo, foi quem o conduziu a um cenário, por todos os títulos, altamente prejudicial. Uma sessão de candomblé, meio de cultura propício à fermentação de anomalias mentais, aos miopragios do espirito, fez explodir, o quadro psicótico que culminou com o fato delituoso, motivo deste exame. No peji (sic, peji, santuário do camdomblé) de um orixá qualquer, a mãe de santo descobriu em G., altas qualidades mediúnicas.” (Caixa 3202, of. 236, 11.07.1947).

O internado teve uma crise nervosa e solicitou a ajuda da “mãe de Santo”. A ajuda veio através de uma bebida que lhe deram e o conselho de ficar no *peji* por algum tempo, no que discordou o examinado uma vez que ele tinha que retornar para seus trabalhos na fazenda. Ele teve autorização para retirar-se e voltar aos seus afazeres. Nesse momento,

o psiquiatra incrimina a prática mágico-religiosa como determinante pela desorientação do examinado. Foi num outro momento (“Uma noite”), que o doente apresentou seu episódio delirante que motivou o delito (ferimento a terceiros) e prisão. Entretanto, esse caso era para Mendonça um exemplo da “indubitável influência” do baixo espiritismo, leia-se, candomblé, na gênese das doenças mentais.

Ainda nesta análise dos saberes e técnicas utilizados pelos agentes da prática manicomial na conjuntura em foco, constatamos que algumas técnicas psicológicas foram introduzidas no hospital por João Mendonça, que, como já referido, era o professor catedrático de psicologia na Faculdade de Filosofia.

A leitura dos exames de sanidade mental realizados por esse perito em psiquiatria forense, possibilita-nos constatar algumas dessas abordagens e técnicas inovadoras, que ele trouxe para a prática psiquiátrica, pelo menos no ambiente manicomial. Para realizar o diagnóstico psicológico de pacientes ele utilizou o teste projetivo de Rorschach e a técnica expressiva (“psicodiagnóstico miocinético”) de Mira y Lopez (APEB. Caixa 3203, 1947), bem como um questionário baseado na teoria de Adler.

Como ilustração destaquemos essa última inovação, onde o psiquiatra identificava fatores psicodinâmicos na gênese do delito. O doente era acusado do crime de estupro de uma criança de cinco anos. Ao perder um braço num acidente, ele foi abandonado pela mulher, e não pode mais trabalhar como mecânico. Passou a viver com a mãe. Em seu parecer, baseando-se na teoria de Adler, com ênfase nas noções de “complexo de inferioridade” e “protesto masculino” (Alexander&Selesnick, 1980:299-309), João Mendonça deu a seguinte explicação:

“Trata-se de um paciente que, pelo motivo de uma enfermidade (sic) física, reagiu anormalmente, no realizar um ‘protesto viril de compensação’, em estrupando u’a menor à vista de ter fracassado no amôr, no trabalho e nas relações com o meio; foi como si tivesse exclamado, simbolicamente: ‘ainda sirvo para algo e a perda de um braço não anula completamente um homem’” (Caixa 3203, of. 229, 22.08.1946).

Eis aqui um exemplo de como a psicanálise, através de um de seus dissidentes, chegou ao hospício. O paciente foi considerado um fronteiroço da loucura, mas, o perito não o considerou um portador de doença mental, no sentido científico do termo, e sim “um

disturbado da conduta, na terminologia piedosa e coerente da psiquiatria norte-americana”(Ibidem). Aqui temos um registro importante, no âmbito do saber, pois foi a partir do final da segunda guerra mundial - o parecer era de agosto de 1946 - que a psiquiatria estadunidense começou a se difundir até se tornar hegemônica nos países de sua esfera de influência, e agora mundial com o fim da guerra fria e o atual processo de globalização.

Para finalizar esta seção, depois de descrever e analisar os saberes, técnicas, ainda em relação aos agentes da prática, discutiremos a questão do pessoal “superior e inferior” do manicômio na gestão de João Mendonça.

Esse corpo de funcionário do hospital era do ponto de vista da procedência, basicamente, autóctone. Segundo um levantamento de 1945, cerca de 91% (81 de 89 pessoas) dos funcionários eram baianos (APEB. Caixa 3202). Os oito servidores de fora do estado eram três sergipanos, três alagoanos, um cearense e um paulista.

Sobre a questão de pessoal o próprio diretor considerava “*assunto visceral, só comparável com o de alimentação e o do tratamento, dele muito dependentes*” (Caixa 3200, of. 11.01.1943). Em nome da equidade, queixava-se à direção do Departamento de Serviço Público, que, enquanto outros serviços estaduais - Hospital Santa Terezinha, Pronto Socorro e Instituto Oswaldo Cruz - repassavam cotas de sua arrecadação anual para os funcionários, os servidores do HJM não tinham esse ganho adicional, apesar de serem casos “absolutamente típicos de trabalho com risco de vida ou saúde”. Na verdade Mendonça estava defendendo um ganho por periculosidade, reforçando a tese da loucura como perigosa: “*As agressões maiores ou menores, realizadas pelos doentes, desde as dentadas e as fraturas, desde os arranhões até as mortes, consumadas ou tentadas, constituem a evidência do risco existente*”. Segundo ele, até as companhias de seguro sabiam disso, pois só aceitavam tais funcionários com sobretaxas muito altas (APEB. Caixa 3202, of. 146, 20.06.44).¹⁰⁸

¹⁰⁸ Como veremos na seção seguinte, os registros não apóiam essa tese de periculosidade, sendo o internado não o réu, o perigoso, mas a grande vítima da reclusão manicomial.

Durante praticamente todo o período do Estado Novo, o Hospital Juliano Moreira teve a mesma equipe médica, formada por dois psiquiatras (o diretor e o extra-numerário Viomário Silva), um cirurgião, um clínico (“internista”), um ginecologista e uma “laboratorista”. O testemunho de Rubim de Pinho sobre equipe médica do Hospital Juliano Moreira na primeira metade da década de 40 é contundente, pois, além de João Mendonça e ressaltando o Viomário Silva, afirmava em seu depoimento:

“Nossa psiquiatria era paupérrima... O Couto Cardoso era ginecologista, havia um certo Berford, que diziam que era cirurgião. O Josué de Almeida era um médium, dava passes nos doentes, essas coisas. Era um negócio desacertado mesmo” (*Rubim de Pinho, 1992*)

A presença inovadora de uma “laboratorista” no manicômio era, entretanto, acompanhada da discriminação da mulher no trabalho. Essa discriminação, que aparecera no período anterior, com a inspetora e a enfermeira ganhando menos em relação ao inspetor e ao enfermeiro, aparece novamente com a médica, bem como entre os profissionais de nível superior. Enquanto os outros médicos ganhavam Cr\$ 1.700,00, a médica laboratorista, juntamente com o farmacêutico e o dentista, ganhavam menos, percebendo cada um deles um salário mensal de Cr\$ 1.300,00 (Caixa 3202, of. 196/1945).

Com essa falta de pessoal especializado, havia dificuldades tanto na assistência, que deveria garantir um atendimento adequado aos pacientes internados, bem como na realização dos exames periciais (Caixa 3203, of. 160/1946). Porém, com a censura à imprensa e sem uma atuação vigorosa do aparelho judiciário, com a quase redução do Estado ao poder executivo, a direção de João Mendonça não teve nesse período ditatorial a pressão que teve, por exemplo, a gestão de Novis, no governo constitucional de 1935-37.

Só no final dessa conjuntura discricionária, encontramos um dos poucos registros onde o diretor reconhecia falhas no serviço. Para ele eram apenas duas falhas: pequeno número de especialistas, solicitando a contratação de mais um psiquiatra, um assistente de psicologia, quatro enfermeiros e igual número de atendentes. A outra falha era a falta de novas construções (os pavilhões de observação e de intercorrentes) e conservação das existentes. Mas, ao mesmo tempo em que identificava as falhas fazia uma ressalva:

“No mais o serviço ostenta apreciável progresso, mercê sobretudo da circunstância auspiciosa de, há dois anos, se ter conseguido um orçamento razoável, embora dentro do mínimo, mercê da compreensão do poder público” (APEB. Caixa 3202, of. 223, 19.07.1945).

Com o fim da ditadura, a imprensa passou a realizar o seu papel, embora como já referido, enfatizando o problema das evasões. Porém o judiciário passou a ser novamente acionado, então o Tribunal de Apelação passou a pressionar a direção do manicômio, exigindo a realização dos exames periciais. O tribunal ganhou o apoio do governo eleito em 1947, pois uma das primeiras medidas do novo Secretário de Segurança Pública, Antônio de Oliveira Brito, foi encaminhar uma relação com mais de uma dezena de casos exigindo as providências cabíveis (Caixa 3203, correspondência recebida, 19.05; e of. 172, 24.05.1947).

A partir de então, Mendonça deixou de contemporizar as carências do hospital e começou a se queixar de modo sistemático da falta de pessoal, sobretudo pelo “déficit de eficiência”, seja pela quase ausência de especialista, pois, segundo ele, os psiquiatras deveriam ser 80 % dos médicos (Caixa 3203, 18.06.47), seja pela falta de aptidão, onde pela primeira vez ele citava o caso do dentista Alexandre de Castro Cerqueira Filho (*Ibidem*, 7.02.1946), permanentemente ausente do serviço, implicando num atendimento basicamente de extração e feito pelo auxiliar do gabinete dentário, além de vários enfermeiros e serventes idosos, com mais de 30 anos de serviço (*Ibidem*; 21.06.46; 4.06.1947).

Outro problema relacionado com a questão de pessoal foi a “anomalia” que aconteceu com a progressão de seis funcionárias serventes e nomeação de seis homens para substituí-las. Segundo o diretor, “mulheres curando homens é princípio pacífico, mas homens para assistir mulheres, é revolução perigosíssima”. Na verdade, as funcionárias foram promovidas para outros estabelecimentos, mas ficavam no manicômio e os homens nomeados para o HJM foram para os outros serviços (APEB. Caixa 3200, of. 240, 14.11.1942). De qualquer sorte era uma “anomalia”, como referiu Mendonça, pois, mantida essa prática, chegaria ao ponto onde a maioria do pessoal do hospital estaria trabalhando fora e a maioria do pessoal formalmente de fora a labutar no manicômio.

Ainda em relação a essa questão “visceral”, era o estágio probatório. Com o estágio dos aspirantes aos cargos no manicômio, observava-se se os candidatos respondiam as exigências especiais para a prática psiquiátrica. Mendonça afirmava que só assim poderia o dirigente dispensar os desvios intentados ou cometidos dos anormais sexuais, anormais sociais (gatunos), anormais profissionais (sem credenciais afetivas para o trabalho) e anormais mentais (alcoólatras, psicopatas). “*Sem o estágio esclarecedor, quantas anomalias se teriam consumado!...*” (Caixa 3200, Processo n. 6976). Constatamos que o diretor às vezes abusava desse importante instrumento numa política de pessoal, obtendo com o estágio uma mão-de-obra barata, quando não gratuita. Em 1943, quando apareceu uma vaga para roupeira, ele garantiu a vaga para a mais antiga aspirante do serviço, que estava a seis anos, isso mesmo, 6 anos, trabalhando em “estágio gratuito” (Caixa 3200, of. 75).

Havia uma outra estratégia que João Mendonça defendia para obter uma mão de obra qualificada e de baixo custo. Era a “assistência religiosa”. Durante a administração da Santa Casa de Misericórdia, a Irmandade procurou e não conseguiu contar com esse trabalho de religiosas tanto na enfermagem como no “economato”, em especial a administração do controle e preparo da alimentação. Com essa administração estatal, laica, o diretor defendia, no início de sua gestão, a presença das Irmãs de S. Vicente de Paula, como uma forma de racionalização de despesas, pois esperava obter esse serviço de apoio sem custo (Caixa 3198, of. 96, 10.04.39). Em janeiro de 1943, com a nova interventoria, e em junho de 46, com a redemocratização, solicitou da cúpula da Secretaria de Educação e Saúde que conseguisse junto à Igreja Católica o trabalho das religiosas, porém, em ambas tentativas, não teve êxito (Caixa 3203, of. 160, 19.06.46)

Entre as inúmeras contradições de João Mendonça, uma - relacionada à questão de pessoal - merece destaque. Num processo sobre o pedido de promoção de um funcionário subalterno (Aristides Nicodemos de Oliveira), respondendo ao parecer contrário do Diretor da Divisão de Saúde, Mendonça fez um longo comentário sobre ética na administração pública, onde proclamou a seguinte tese: “*É principio geral de ética administrativa a necessidade do reconhecimento de direitos, porque é ponto pacífico só haver ordenação e equilíbrio onde existir justiça* (APEB.Caixa 3199, 1943). Considerava justo o pedido do funcionário, mesmo com diferente cargo, porque tinha

padrão igual de vencimentos e concluía seu arrazoado criticando o “filhotismo” e o nepotismo.

Constatamos a prática do clientelismo nesse administrador, de início tão criterioso na sua política de pessoal. Na Interventoria do General Pinto Aleixo (1942-45), a esposa do interventor, Ruth Aleixo, ocupava o cargo de Presidente da Legião Brasileira de Assistência. Encontramos vários ofícios de D. Ruth solicitando a colaboração do diretor do HJM, desde a contratação de esposa de convocado (Caixa 3199, 4.03.1943; Caixa 3200, of. 75/43), a efetivação de servidora sem remuneração fixa (Caixa 3199, 13.04.1943) até a inserção de duas pessoas no serviço (Caixa 3201, of. 11/1944). Encontramos também a ajuda a um soldado “protegido” (Caixa 3202, of.28/1944), transferência de casos não previstos na lei de doentes da categoria de indigentes para a de pensionistas (Caixas 3199, of. 281/1943; 3202, of. 101/1944), dispensa da pensão (Caixa 3201, of. 313/1943), entre outros.

Cabe aqui detalhar um caso: o diretor usou recursos da subvenção concedida pelo Conselho de Assistência Social destinados exclusivamente para alimentação e outras despesas com os pacientes, para pagar “uma pequena gratificação” a Antonieta Gomes Santana, protegida da Presidente da LBA, que exerceu oficiosamente a função de costureira no hospício, com direito de moradia. Ela se retirou do serviço e algum tempo depois quis retornar, então Mendonça não permitiu, desculpando-se ao dizer que o governo tinha “taxativamente” proibido de pessoas estranhas residir no hospital (Caixa 3202, of. 40, 9.02.44). Um ano antes, o próprio diretor jactava-se de recusar, desde quando assumiu em 1938, a residência hospitalar aos estagiários estudantis, que eram úteis no auxílio clínico, mas tinham como inconveniência “a maior exigência alimentar e de leito”. Fazia a ressalva que isso não significava que “*sistematicamente, em qualquer época, se deva recusar a assistência ao estudante pobre e útil*” (APEB. Caixa 3200, of. 53/ 1943).

Por fim, e não menos importante, comentaremos as medidas que o diretor João Mendonça tomou em relação à política de pessoal, mais especificamente ao preenchimento de vagas, com o fim do Estado Novo. O governo de transição, através do Departamento de Saúde da Secretaria de Educação e Saúde, concedeu aposentadoria ao pessoal com mais de 30 anos e já incapacitado para o serviço nos diversos

estabelecimentos de saúde e fez várias promoções. Com a aposentadoria de um auxiliar de portaria, o diretor Mendonça, que ficou no cargo nesse período, promoveu uma consulta entre os funcionários para a escolha do substituto.

“Esclareço-vos que tal indicação foi resultante de uma experiência democrática, na qual os funcionários deste Hospital livremente escolheram o serviçal, mais capaz de ocupar o cargo; e que a experiência foi muito auspiciosa pois foi escolhido um bom funcionário” (Caixa 3203, of. 196/1946).

Aquela primeira experiência foi repetida para o preenchimento de outros cargos de funcionários do hospital (Caixa 3203, of. 197, 198, 199 /1946). Assim, subitamente, o diretor descobriu as virtudes dos procedimentos democráticos para a escolha de funcionários. Com a queda da ditadura, o diretor tentava manter-se no cargo, abraçando os procedimentos mais de acordo com o novo regime. Com suas próprias palavras:

“Em torno das últimas indicações para Auxiliar de Portaria é oportuno informar que o processo de eleição, além dos múltiplos interesses que envolve, representa uma colaboração, pequena embora, para a Educação Democrática, no ensinar e treinar a prática segura do voto, uma vez que só se aprende a votar, votando. É ademais, interessante esclarecer que tal processo envolve um respeito à boa tradição e uma homenagem ao maior psiquiatra das Américas, ‘Juliano Moreira’, á vista de que o Decreto 5.148 A, de 10 de janeiro de 1927, referente a Assistência a Psicopatas, elaborado por aquele eminente e saudoso conterrâneo, instituiu o processo de eleição para certas funções, entre as quais a de direção” (Caixa 3203, of. 203, 01.08.1946, grifos nossos).

Lembrava ainda que no dia 29 de abril daquele mesmo ano, o Dr. Heitor Peres tinha sido eleito diretor por esse processo de escolha para o Hospital Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. Observa-se claramente que João Mendonça vislumbrava que, promovendo tal processo, ele obteria a adesão daqueles funcionários promovidos, os quais seriam não só eleitores, porém verdadeiros cabos eleitorais numa possível eleição para diretor, uma vez que iriam retribuir àquele que introduziu essa “boa tradição”. Esperando contar com o apoio dos eleitos e dos eleitores em geral no hospital, ele poderia ser mantido na direção do manicômio nesse novo cenário pós-ditadura, de um governo eleito democraticamente.

O governador Octávio Mangabeira, que tinha recebido o mandato do povo baiano como um todo, sem realizar a eleição sugerida para a direção do manicômio, manteve

provisoriamente João Mendonça no cargo. O governador e seu secretário Anísio Teixeira conheciam o vínculo de João Mendonça, com o regime discricionário do Estado Novo. Essa ligação era evidente não apenas pelo Catedrático de Psicologia ter ficado na direção do manicômio por todo o período ditatorial, mas pela sua colaboração ativa com o regime, ao realizar esforços para que as inaugurações das construções, reformas e melhoramentos do hospital fossem comemoradas no dia do golpe de estado, em 10 de novembro. Essa intenção era explicitada nos convites feitos pelo diretor, como, por exemplo, no convite para comemorar o aniversário do Estado Novo, em 10 de novembro de 1939 com novas instalações, entre as quais a reinauguração do pavilhão Vítor Soares (Caixa 3198, of. circular, 9.11.39) ou na inauguração do Ambulatório Franco da Rocha em 10 de novembro de 1940, “como uma das comemorações do Estado Novo” (Caixa 3200, of. circular, 9.11.1940), entre outras.

João Mendonça, que já tinha passado por várias gestões, como os interventores do Estado Novo - Landulpho Alves e General Pinto Aleixo - e os três interventores do período de transição para a redemocratização, sempre que mudava a administração pública, ele apresentava um programa mínimo para o hospício. Com o governo eleito e empossado em 10 de abril de 1947, mais uma vez, ele fez sugestões de medidas, desde as imediatas, de pessoal, já referidas acima, como as mediatas de ampliação de serviços (Caixa 3203, of. 199, 18.06.47). Sugeria a criação de um serviço para crônicos na área rural, como havia feito Aristides Novis, e serviços de profilaxia mental nos centros de saúde, além de propor a atualização do Regulamento do Hospital, elaborado em meados da década de 20, no governo de Góes Calmon.

Mendonça reiterou as críticas que tinha feito ao Código Sanitário no seu relatório de 1942, considerando superado, desde o fato de ainda nomear o estabelecimento de “Hospital S. João de Deus”, não obedecer ao Decreto de 1934, que regulava a Assistência Psiquiátrica no Brasil, por ter sido feito antes dessa legislação, mas, principalmente, por ter itens com o “*uso de terminologia irregular, como castigo figurante num serviço hospitalar*” (Mendonça, 1947a: 9; grifo do autor). Na verdade, onde aparecia o termo “castigo”, no item II do Art. 65, das competências dos Inspectores, referia-se à função desses funcionários fiscalizarem os enfermeiros e guardas para impedir que eles cometessem violências, *castigos* etc. (Bahia, 1926:518). Porém, na alínea *b* do art. 3º, sobre a profilaxia mental, o Regulamento afirmava como

incumbência desse setor do Hospital o uso, entre outras, de “medidas de repressão” aos chamados “vícios sociais elegantes”, como era chamada a dependência às substâncias psicoativas na época.

Sem dúvida, essa era uma linguagem apropriada ao aparato policial e nunca a um hospital. De qualquer modo, o regulamento vigente estava ultrapassado e o diretor João Mendonça tinha razão ao propor um novo, entre as suas sugestões apresentadas à nova administração de um governo escolhido pelo voto.

O diretor da Divisão de Assistência, seu chefe imediato, acusou o recebimento das sugestões e assegurou que o levaria na devida consideração, antecipando que o Secretário de Educação e Saúde, Anísio Teixeira, estava tomando iniciativas que possibilitariam “grandes reformas e melhoramentos” no hospital (Caixa 3203, of. 20.06.1947). É irônico que Anísio Teixeira seguiu uma sugestão do próprio Mendonça, quando um ano antes, ele propôs ao governo “provocar acordos com o Governo Federal para intensificar a Assistência Psiquiátrica” (*Idem*, of. 167/46), através do Decreto Federal n. 8.550, de 3.01.1946.

O Governo estadual assinou o convênio com a União em 12 de junho de 47 (Camargo, 1948: 12) e, afastando João Mendonça no final de julho daquele ano, entregou a administração à equipe do Serviço Nacional de Doenças Mentais, sob a liderança de Oswaldo Camargo.

Em síntese, com relação aos saberes e técnicas no manicômio nessa conjuntura de 1930-47, constatamos que consolidou-se a concepção organicista dos agentes intelectuais da prática psiquiátrica, que eram também, em sua maioria, vinculados à Academia. Desse modo, houve um esforço de incorporar os procedimentos biomédicos ao arsenal terapêutico da psiquiatria, pois os psiquiatras estavam insatisfeitos com os recursos oriundos do tratamento moral. Balneoterapia, clinoterapia e ergoterapia, eram termos técnicos que não mascaravam mais as ações inespecíficas do banho, sono e trabalho, embora ainda considerados procedimentos válidos no cuidado ao psicopata.

Apesar do fracasso inicial da técnica cirúrgica da “impaludação cerebral” no tratamento da neuro-sífilis, em especial a paralisia geral progressiva, uma das descobertas de nosso

estudo, ausente nos relatórios, mas encontrada nos testemunhos involuntários, deu-se a incorporação progressiva das técnicas biológicas, como a malarioterapia, a insulino-terapia, a convulsoterapia química e, principalmente, a eletrochoquerapia. Além das terapias de choques, desenvolvidas nos centros hegemônicos e rapidamente difundidas nos centros periféricos como o nosso, a formação “psicologista” do diretor, João Mendonça, favoreceu a assimilação também de recursos diagnósticos e terapêuticos das técnicas psicológicas, inclusive de base psicanalítica. Por outro lado, constatamos a permanência de um preconceito médico contra manifestações culturais fora de seu paradigma, em especial o candomblé e seus rituais.

No que diz respeito ao pessoal, havia claramente uma falta de qualificação não só dos agentes subalternos, mas também dos agentes intelectuais. O que não faltou foi o clientelismo dos dirigentes do manicômio, agravado pelas relações privilegiadas com os poderosos do regime autoritário. Outro achado foi, com o fim da ditadura, o uso de procedimentos democráticos com o fim espúrio da permanência no cargo de uma direção que esteve em longa gestão vinculada ao regime discricionário.

5.3 - Fome, violências, doenças e mortes no Manicômio:

As condições de vida e saúde dos internados no Hospital Juliano Moreira

Ao tomar o poder, as forças político-econômicas vitoriosas de 30 assumiram a condução de um país com uma grave crise estrutural, resultante de sua economia dependente, agrário-exportadora de matéria-prima, e agravada pela crise internacional de 1929 (Albuquerque, 1981). No começo da década de 30, sob os efeitos dessa profunda crise econômica e social, além da instabilidade resultante em qualquer ruptura político-institucional, a Bahia ainda enfrentou outros determinantes, particulares, como a seca inclemente que flagelou grande parte do território baiano e aprofundou a crise agrária, propiciando o êxodo rural (Sampaio, 1992:42).

A Bahia tornou-se um estado descapitalizado. Desde o fim do Império, já apresentava o declínio de sua produção açucareira, chegando no período republicano a importar este produto da região Sudeste. O superávit, que havia na balança de comércio exterior (principalmente cacau), escoava-se para o Sul e Sudeste na importação de produtos necessários ao consumo da população, como o charque do Rio Grande do Sul, além de produtos de outros estados, muitos considerados de primeira necessidade, inclusive na dieta (“ração”) do manicômio (Bahia, 1926: 549-50), como feijão, arroz, cebola, batata e tecidos.

Um pouco antes de 1929, houve um surto de desenvolvimento que estimulou a instalação de novas fábricas no Estado, porém com a crise mundial, somente no ano de 1930, um total de 234 pequenas indústrias fecharam suas portas (Sampaio, 1992: 35). A recessão econômica e a inflação galopante refletiram de imediato sobre a arrecadação do Estado, que teve queda de receitas de 1928 até 1933. Praticamente sem recursos, para garantir um superávit que possibilitasse manter o Estado funcionando, o governo pós-30 tomou medidas drásticas de compressão de despesas.

Nenhuma obra pública, exceto medidas de saneamento, consideradas inadiáveis, foi feita até 1935. Em 1934, a receita voltou a crescer, mas o governo teve de tomar medidas racionalizadoras, diante da legislação tributária aprovada na Constituição de 1934, quando sofreu redução das rendas, ao perder o imposto do consumo para a União e com a diminuição do imposto de exportação. (*Ibidem*, p.40-41). No final da década,

novamente uma crise internacional teve reflexos na nossa economia, caracterizada por sua grande dependência, externa, como em todo o país, e interna ao sul-sudeste.

Em relação a sua organização social, nas décadas de 30 e 40, o Estado da Bahia apresentava uma situação de desigualdade entre as classes semelhante à descrita no capítulo anterior, referente as três primeiras décadas do século XX: uma diminuta parcela dos proprietários dos meios de produção agrário-exportadores, formada de latifundiários, grandes comerciantes e alguns banqueiros; uma camada média, formada de categorias como profissionais liberais autônomos, de pequenos comerciantes e os assalariados, onde predominavam os funcionários públicos; e, na base, as camadas populares urbanas e rurais, onde se destacavam os “condenados da terra”, os trabalhadores rurais, que continuavam analfabetos e em condições semi-servis.

A Bahia permanecia como um estado rural e as condições de vida eram tão precárias que, em 1935, o crescimento populacional foi negativo, tendo contribuído para esse resultado demográfico a elevada mortalidade (Sampaio, 1992:32). A Capital funcionava como um simples entreposto comercial, sendo ela própria uma cidade com características rurais (*Ibidem*, p. 32-33) e com extrema precariedade das suas condições sanitárias (*Ibid.*, p. 38).

População manicomial: pensionistas, indigentes e sentenciados.

A população manicomial nessa conjuntura (1931-47) continuou a apresentar a distinção em dois segmentos bem distintos: de um lado, *os pensionistas*, formados pelos pacientes particulares (“pagantes”), que chegaram a se distinguir em três classes (1^a, 2^a e 3^a), tendo num certo momento uma classe “especial”, além de uma parcela de pensionistas assumidos pelo próprio Estado; do outro, *os indigentes*, que abrangiam os trabalhadores das camadas populares e os mendigos propriamente ditos. Uma parcela importante dessa última “classe” era a dos acusados e sentenciados, que ficavam no pavilhão que, como vimos, funcionava como um manicômio judiciário.

Em relação aos pensionistas, examinando pela tabela 23 abaixo as três gestões do período, observa-se que com a construção do pavilhão para pensionistas do sexo masculino, em 1936, o “Juliano Moreira”/“Aristides Novis”, fez crescer o número de

pensionistas particulares, inclusive com a inovação de uma “3ª classe”, chegando a uma média mensal de quase 40 pacientes, no 2º semestre de 1938, sob a direção de Guimarães. Por outro lado, com a direção de Mendonça, esse número decresceu voltando a um patamar médio abaixo de 20 por mês.

TABELA- 23

PENSIONISTAS PARTICULARES E ESTATAIS NO HOSPITAL S. JOÃO DE DEUS/JULIANO MOREIRA. 2º SEMESTRE DE 1933 - 1º SEMESTRE DE 1947

Ano/ Semestre	Categorias de pensionistas e Média mensal (particular e total)							Meses
	Esp	1ª	2ª	3ª	Pensionista Particular (T)	Pensionista Estatal	Total	Nº meses obtidos
1933.2		-	19		19	9	28	7
1934.2		-	11		11	9	20	5
1935		-	13		13	14	27	12
1936 ¹		-	14	12	26	*	*	12
1937		1	17	16	34	*	*	12
1938.1		2	15	22	39	*	*	6
1938.2		*	*	*	*	*	*	*
1939		-	8	15	23	*	*	10
1940		1	7	16	24	*	*	11
1941		*	*	*	*	*	*	*
1942 ²	1	1	8	13	23	11	34	11
1943	2	1	12	10	25	14	39	12
1944	1	-	14	10	25	13	38	6
1945	-	-	4	16	20	16	36	12
1946	-	-	6	13	19	13	32	11
1947.1	-	-	7	12	19	16	35	7

Obs.: Os lugares com asteriscos (*) significam que os dados não puderam ser obtidos pelos documentos disponíveis. As áreas sombreadas significam não existência dessas categorias na época.

¹ Nesse ano, de construção do Pavilhão Juliano Moreira/Aristides Novis, foi criada a 3ª classe.

² Em 1942 foi criada a classe “especial” para pensionistas particulares.

Fonte: APEB. HJM. Caixas 3191-3202

Outra conclusão, ainda que os dados sejam parciais, é referente aos pensionistas do Estado, que aumentaram a média mensal em mais de um terço nos anos 40. Esse achado é coerente com dados qualitativos obtidos. Em todo o período, vários pacientes foram internados “com as regalias de pensionista”, de acordo com a Lei 1.813 de 30 de Julho de 1925 (Bahia, 1925), que criou a classe de “pensionista gratuito” para os funcionários

públicos (ver cap. anterior). Dessa maneira, houve o crescimento médio mensal, com o clientelismo praticado pelo diretor Mendonça no Estado Novo, sobretudo na Interventoria do General Pinto Aleixo, quando Ruth Aleixo, presidente da LBA e esposa do Interventor, pediu várias transferências para essa categoria, fora da prescrição legal (APEB. Caixas 3199, of. 281/ 1943; 3201, of.313 /1943; 3202, of 101 /1944).

Já os pensionistas fora dessa proteção estavam sob fiscalização rigorosa. Quando a família de um pensionista particular alegou que não poderia pagar a diária, a direção do hospital fez uma sindicância e concluiu que os responsáveis poderiam pagá-la, indeferindo a petição (Caixa n.3200, 9.10.1942).

Uma novidade em relação ao período anterior, foi a presença de pacientes previdenciários, cuja pensão era paga pelas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), criadas em algumas empresas públicas desde a década de 20, ou pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) criados por categoria profissional, a partir de 1930. Embora a política dos IAPs tenha sido restritiva em relação a assistência médica até o fim da segunda guerra mundial, observamos a presença de alguns trabalhadores com o pensionato pago pelo seu instituto previdenciário, como o dos industriários (Caixa 3200, of. 115, 10.06.1942) e dos estivadores (Caixa 3200, of.210, 05.10.1942). Em ofício à Viação Férrea Federal Leste Brasileiro, João Mendonça informava, sob a possibilidade de atendimento psiquiátrico aos ferroviários, que o internamento dos doentes em geral era um procedimento bastante simples, com a simples apresentação do paciente, em qualquer hora do dia ou noite, “sem nenhuma outra formalidade” (Caixa 3203, of. 171, 28.06.46). Quanto ao transporte dos loucos, lembrou que ficava a cargo da Delegacia de Jogos e Costumes (*Ibidem*).

Transportar o doente mental era sempre difícil. Um exemplo disso encontra-se na explicação do promotor do município de Alagoinhas sobre a demora na transferência de uma doente, que, mesmo estando devidamente acompanhada, foi impedida de seguir viagem de trem, porque o Chefe de Linha se opôs, sob o fundamento de proibição regulamentar da empresa. A doente teve de ser transportada de caminhão (APEB. Caixa n. 3203, of. 16.06.1947).

Como um contra-exemplo a essa habitual rejeição ao doente mental, encontramos um pedido de autorização, datado de 25 de abril de 1936, feita pelo Sindicato dos Operários Estivadores, que foi concedida por Novis, para tirar as fotos de dois associados internados no hospital, Euzébio M. S. e José Estevão G. Seus retratos fariam parte de um quadro confeccionado em homenagem aos sócios fundadores da entidade sindical e a diretoria do sindicato não os discriminou (Caixa 3195).

Em relação à classe dos indigentes, não detalharemos aqui, pois a maior parte dos fenômenos, processos e acontecimentos, que serão analisados a seguir, referem-se a essa majoritária categoria manicomial. Só como ilustração de sua expressão quantitativa, em 1933, enquanto a média mensal dos pensionistas particulares era de 19, a dos doentes “indigentes” era de 453 e essa média foi aumentando progressivamente (Caixas 3191; 3194). Houve um momento em que o “hospital” tornou-se um local assumidamente asilar, em junho de 1934, quando Novis autorizou que o Hospital S. João de Deus recolhesse os mendigos trazidos pela Polícia “dos quatro cantos da cidade” enquanto aguardava a inauguração do Abrigo de Salvador (Novis, 1935:6).

Os sentenciados, em sua grande maioria, pertenciam à classe dos indigentes. Era uma múltipla condição de excluído: pobre, preso e doido. Novis (1936: 8) considerava desumana a situação dos psicopatas criminosos no pavilhão Manoel Vitorino e defendia a fundação de um anexo psiquiátrico na Penitenciária do Estado até a construção de um manicômio judiciário autônomo. Justificava essa preferência do “anexo psiquiátrico” numa prisão em relação de uma “seção de delinqüente” num hospital, pois considerava procedente a existência de hospital em uma instituição carcerária, mas incabível o cárcere em um hospital, inclusive psiquiátrico.

Um dos poucos levantamentos dessa parcela da população manicomial foi feito na gestão do próprio Novis. Em 1936 existiam 39 psicopatas delinqüentes internados no pavilhão Manoel Vitorino. Um deles estava no hospício desde 1917, cinco desde os anos 20 e outros trinta e dois desde os anos 30. Quase 67 por cento (26 doentes) foram internados pela Secretaria de Polícia, 18 por cento pelas delegacias e apenas 15 por cento por juizes de direito (APEB. Caixa 3196, 12.09.36). Nota-se que a maioria dos internamentos era feita por ordem da autoridade policial e não pelo poder judiciário, o que aumentava a margem de possibilidades do cometimento de arbitrariedades, que

efetivamente constatamos na análise dos inúmeros exames de sanidade mental dos internados.

Na gestão seguinte, no cenário complexo de uma ditadura no plano nacional e uma guerra mundial externa, encontramos o registro de admissão de um acusado de “crime político”, Almiro Lima Teixeira, cuja conduta, segundo o Delegado responsável pelo internamento, deixava transparecer tratar-se de um alienado (Caixa 3199, of. 31.03.1943). Em julho de 43, o Tribunal de Segurança Nacional determinou a libertação do acusado, ficando a critério do diretor decidir a conveniência ou não dele continuar internado (Caixa 3199, 10.07.43).

Outro achado foi o internamento de estrangeiros, oriundos dos países do Eixo. Encontramos registros de três alemãs (Caixas 3200, of. 29/1943; 3201, of. 129/43; 3202, of. 160/45), que receberam alta e um “súdito” japonês, que faleceu de tuberculose “no curso de uma personalidade psicopática” (Caixa 3202, of. 74/1945). Em geral, foram internados por apresentar “reações psicológicas” ante a situação de preso, inclusive com tentativa de suicídio (of.129/43). Uma curiosidade foi o Consulado Espanhol solicitar a liberação de um internado alemão (Caixa 3202, of. 117, 19.04.1945). Constata-se que, ao menos neste caso, o governo do Generalíssimo Franco representou, no Brasil, os interesses do governo germânico nazista, naquele momento com relações diplomáticas rompidas com o nosso país.

Comentadas algumas das especificidades apresentadas pela população manicomial, nessa conjuntura, cabe agora descrevermos os transtornos psiquiátricos mais freqüentes entre os internados.

As Doenças mentais mais freqüentes no manicômio

As séries temporais (ano-a-ano) de diagnósticos dos pacientes internados no manicômio foram obtidas, e de modo intermitente, quase exclusivamente na gestão de Aristides Novis. Nesse período, havia um cuidado de apresentar esses dados nos relatórios anuais, o que não se verificou nem no relatório de Pery Guimarães (1937), nem nos apresentados por João Mendonça.

Com esses dados disponíveis, conforme a tabela 24 abaixo, constatamos que, nesses anos 30 (1932 e 1934-36), foi mantida a tendência apresentada na 2ª metade da década de 20 (ver cap. anterior), qual seja, a psicose heterotóxica, relacionada ao alcoolismo, apresentou em geral a maior frequência, chegando em 1935 a representar um quinto dos internados.

As grandes loucuras manicomiais - demência precoce/esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva (PMD) - vinham a seguir entre as mais frequentes. Embora Bleuler tenha proposto o termo *esquizofrenia*, desde 1911, e ampliado o conceito em 1926, para substituir a antiga e arbitrária designação “demência precoce” (Doyle, 1956:165-66), a distinção e não substituição entre demência precoce e esquizofrenia continuava a ser feita no hospício, embora curiosamente o diagnóstico mais moderno (esquizofrenia) não apareceu em 1936, reaparecendo o de *parafrenias*, separado do diagnóstico de paranóia (Novis, 1937:10).

As psicoses afetivas tiveram uma presença significativa em toda a série disponível, inclusive tendo sido o diagnóstico mais frequente em 1934, representando quase um quinto da população asilada (111 de 581, ou 19,1%).

Cresceu também a participação das doenças orgânicas e senis, representadas pelas psicoses por lesões cerebrais, de involução e demência senil, bem como as psicoses epiléticas. Os casos de oligofrenia (idiotia e imbecilidade) mantiveram um regularidade, em torno de 8 a 9%. As doenças mentais relacionadas à sífilis - sífilis cerebral e paralisia geral - ainda continuavam presentes no hospício.

Os casos da pequena loucura eram representados pelas *psicoses nevrósicas*, que incluíam histeria, psicastenia e neurastenia, e aparecendo destacada a *psiconeurose emotiva* ou “doença de Dupré”. Essas neuroses variavam de 6 a 10 %. Outro diagnóstico que representava casos de “pequenos mentais” eram as *psicopatias constitucionais*, que apresentam uma tendência de crescimento, inclusive na comparação com as neuroses. Em 1936, as psicopatias chegaram a representar mais do dobro (8,9% para 3,8%) em relação às neuroses.

TABELA 24 - DIAGNÓSTICOS DOS PSICOPATAS INTERNADOS NO HOSPITAL SÃO JOÃO DE DEUS 1932, 1934-1936.

Diagnósticos Definitivo (Def) + Provisório (Prov)	1932			1934			1935			1936				
	Def	%	Prov	Def	Soma	%	Prov	Def	Soma	%	Prov	Def	Soma	%
Psic. heterotóxicas (alcoolismo)	84	17,4	12	80	92	15,8	-	140	140	21,2	35	60	95	14,2
Psicose auto-tóxica	-	-	16	4	20	3,4	-	-	-	-	10	15	25	3,8
Psicose infecciosa	13	2,7	13	10	23	4,0	-	-	-	-	10	31	41	6,3
Psicose maníaco-depressiva	61	12,6	37	74	111	19,1	21	84	105	15,9	13	50	63	9,6
<i>Demência precoce</i>	22	4,5	18	20	38	6,5	14	30	44	6,7	24	20	44	6,7
Esquizofrenia	59	12,2	21	40	61	10,5	5	10	15	2,3	-	-	-	-
Estados paranoides ¹	-	-	-	-	-	-	10	12	22	3,3	25	27	52	7,9
Psicoses por lesões cerebrais ²	19	3,9	-	-	-	-	9	10	19	2,9	21	38	59	9,0
Psicose de involução	43	8,9	27	30	57	9,8	23	20	43	6,5	20	39	59	9,0
Demência senil	-	-	-	-	-	-	11	20	31	4,7	-	-	-	-
Sífilis cerebral	38	7,8	-	-	-	-	18	30	48	7,3	-	-	-	-
Demência paralítica (P. geral)	11	2,3	-	-	-	-	-	11	11	1,7	12	8	20	3,6
Psicose epiléptica	22	4,5	20	18	38	6,5	-	22	22	3,3	22	40	62	9,5
<i>Psicoses nevrósicas</i> ³	18	3,7	9	12	21	3,6	12	16	28	4,2	20	5	25	3,8
Doença de Dupré ⁴	22	4,5	17	20	37	6,4	-	12	12	1,8	-	-	-	-
<i>Psicopatias constitucionais</i> ⁵	29	6,0	11	20	31	5,3	19	20	39	5,9	18	40	58	8,9
Confusão mental	-	-	-	-	-	-	-	29	29	4,4				
Imbecilidade e idiotia	43	8,9	10	42	52	9,0	-	53	53	8,0	20	31	51	7,8
Total	484	100	211	370	581	100	142	519	661	100	250	404	654*	100

Fonte: APEB.Caixa 3194; Caixa 3195 (Relatório de 1934); Caixa 3196 (Relatórios de 1935 e 1936)

1 Parafrenias, paranóia, delírio sistematizado crônico; 2 Incluindo arteriosclerose e outras “doenças terminais”; 3 Incluindo histeria, *psychastenia* e *neurastenia*.

4 “Psiconeurose emotiva” 5 “Estados atípicos de degenerescência”;

* Havia 20 doentes em observação (sem diagnóstico), que somando aos 654 com diagnóstico (mesmo provisório) somavam um total de 674 internados em 1936.

Os documentos disponíveis da longa gestão de João Mendonça(1938-47) não apresentam esses dados estatísticos, exceto o relatório referente ao exercício de 1943 (Mendonça, 1944: 5-6), onde o diretor apresentou a “estatística diagnóstica” em ordem decrescente de freqüência, porém sem os números, nem mesmo o número total (ver quadro 10 abaixo).

QUADRO 11

ENTIDADES PSIQUIÁTRICAS NO HOSPITAL JULIANO MOREIRA - 1943 (Freqüência por ordem decrescente)

1	Esquizofrenia	9	Psicose da decadência
2	Psicose heterotóxica	10	Psiconeurose
3	Personalidade Psicopática	11	Parafrenia e delírio alucinatório
4	Epilepsia	12	Paralisia geral
5	Neuro-sífilis	13	Psicose infecciosa
6	Oligofrenia	14	Psicose autotóxica
7	Psicose p/ afecção cerebral	15	Paranóia
8	Psicose maníaco-depressiva		

Fonte: Mendonça, 1944: 5-6.

Embora não tenha os valores numéricos, que nos possibilitaria obter os percentuais, o quadro acima permite algum nível de análise comparativa com as freqüências anteriores, da gestão de Novis¹⁰⁹. Desaparece a denominação “demência precoce” da classificação kraepeliniana, e com a nova denominação “esquizofrenia”, essa psicose volta a assumir o primeiro lugar em freqüência, quando em meados dos anos 20 fora superada pela psicose alcoólica (“heterotóxica”). Essa última passa a ficar em 2º lugar.

A psicose maníaco-depressiva, que figurava entre as primeiras nas estatísticas de diagnóstico anteriores, em 1943, apresentou uma freqüência relativamente baixa, passando dos primeiros para o 8º lugar.

Um dado novo era o 3º lugar das personalidades psicopáticas, crescimento cuja tendência de aumento desse diagnóstico já tínhamos constatado nos dados de meados da

¹⁰⁹ Outra limitação é não existir a ordem de freqüência de outros anos que, mesmo sem os valores numéricos, permitiria observar tendências. Esse dado fica assim como um corte vertical, passível de análise, mas tomando-se os devidos cuidados.

década anterior (anos 30). Através de outros documentos obtidos, sobretudo nos exames periciais, notamos um aumento desses casos, denominados pelo próprio diretor de “fronteiriços” (APEB. Caixa 3199, of. 266, 16.09.1940).

Esse aumento do diagnóstico de psicopatias era nos internados em geral, mas, sobretudo, nos casos relacionados com a psiquiatria forense. Com um levantamento dos exames de sanidade mental feitos em acusados ou sentenciados internados no manicômio pela justiça ou pelo aparelho policial, que foram encontrados nas caixas de correspondência do hospital de 1939 a 1947 (APEB. HJM. Caixas 3198-3203), encontramos quase 46% dos examinados (37 dos 81 casos) com o diagnóstico de personalidade psicopática (Ver tabela a seguir). Depois na ordem decrescente vinham as oligofrenias (11 casos, 14%), psicose alcoólica (6 casos, 7%), esquizofrenia (5 casos), paranóia (2), epilepsia (2), sífilis cerebral (2) e só um caso de neurose (psicastenia).

TABELA 25

EXAMES DE SANIDADE MENTAL EM ACUSADOS OU SENTENCIADOS
INTERNADOS NO HOSPITAL JULIANO MOREIRA - 1939-1947

Diagnóstico	Nº	%
1. Personalidade psicopática	37	45,7
2. Debilidade mental	11	13,6
3. P. heterotóxica (alcoolismo)	6	7,4
4. Esquizofrenia	5	6,2
5. Paranóia	2	2,5
6. Epilepsia	2	2,5
7. Neuro-sífilis (e PGP)	2	2,5
8. Psicastenia	1	1,2
9. Diagnóstico não psiquiátrico	3	3,7
10. Não consta o diagnóstico	12	14,7
Total de exames	81	100

Fonte: APEB. Caixas n. 3198-3203.

Em resposta ao Tribunal de Apelação, em 1940, sobre um examinado com o diagnóstico de “personalidade psicopática”, o diretor João Mendonça argumentou que elaborava seu parecer baseado na “Clínica Psiquiátrica, ramo da Medicina e esta das Ciências

Naturais”, cujo diagnóstico firmava-se na observação e experimentação (APEB. Caixa 3198, of. 220, 1.08.1940). Para esclarecer o conceito, alegava que seria necessária longa digressão na evolução do conceito de “degeneração”, desde o clássico Morel ao moderno Kretschmer. Reafirmando ao final da resposta que o caso em análise tratava-se de uma psicopatia, conceito reservado para “as alterações psíquicas de menor vulto” (*Ibidem*).

A herança era tão fundamental para esses casos, que mesmo quando a informação não era obtida nos dados “heredológicos” da anamnese, ainda assim era considerado existente:

“Heredologia: Como acontece quasi sempre, a anamnese direta e familiar, por pudor, não informa bem sobre cousas de herança: doenças mentais, suicídio, alcoolismo” (APEB. Caixa 3200, of. 75 / 1942);

“Heredologia: não há informes, todavia devem existir porque se trata de um estado degenerativo...” (APEB. Caixa 3200, 12.1942; g.n.).

O psiquiatra “naturalista” incorporava o valor e a crença (*devem existir*) no seu arsenal propedêutico. Em outro caso, onde reiterava que, decorrente do *pudor*, a regra era negar antecedentes familiares com transtornos psiquiátricos, mais uma vez ele afirmava que era “*indiscutível* *radicar parcialmente em condições mórbidas de herança*” (Caixa 3201, of. 248, 18.09.1943). Em ciência a verdade é sempre discutível, mas o “saber” da época concebia a personalidade psicopática como uma “tara”, portanto, mesmo sem o dado referido, a herança era “indiscutível”.

Para os psiquiatras organo-higienistas havia um outro fator que, além do pudor, também dificultava a obtenção desses “dados genéticos” valiosos. Esses dados em geral existiam, dizia o perito, mas eram ocultados por *ignorância* mesclada com o pudor da doença (Caixa 3203, of. 278, 31.07.1947). Assim, torna-se compreensível que, num outro relatório, o diretor-perito destacasse a *herança neuro-mental* como a causa mais freqüente não só das psicoses, mas também das psicopatias (Mendonça, 1947c:10).

Compreender os doentes mentais como ignorantes e ocultadores, com a conseqüente desqualificação de sua fala pelo *discurso competente* do especialista, é uma forma de violência. Descrever as diversas formas de violência que sofreram os internados do manicômio nessa longa conjuntura de 1931 a 1947, é o que faremos de modo mais sistematizado a seguir.

Violências contra os pacientes

Com base na documentação disponível, identificamos diferentes formas de violência, com as quais foram vítimas os internados, doentes mentais ou não. Como fizemos no capítulo anterior, descreveremos os acontecimentos de fora para dentro, desde a atuação dos agentes externos ao hospício, sobretudo no transporte, depois a atuação dos agentes da prática psiquiátrica, dos próprios internados contra seus companheiros de reclusão, até a violência burocrática da não garantia das condições básicas de habitação, vestuário e alimentação.

Não encontramos registros de violências físicas cometidas contra o doente no seu transporte, principalmente pela polícia, como encontramos na década anterior. O único acontecimento que destacamos foi a morte de um paciente transferido do Pronto Socorro (PS), na noite de 18 de fevereiro de 1942. Ele faleceu 28 horas após seu internamento no manicômio (APEB.Caixa 3200, of. 42, 28.02.1942).

Eram raras as denúncias contra autoridades e organismos estatais no período do Estado Novo, mas o jornal “O Imparcial”, três dias depois, relatou o episódio. O diretor João Mendonça imediatamente se dirigiu ao Secretário de Segurança para prestar esclarecimento sobre o fato publicado. Disse que ao chegar do PS, o doente já apresentava sinais claros de espancamentos, disseminados, em estado de coma. A autópsia confirmou o espancamento como *causa mortis*. “*Creio razoavel a hipotese de tratar-se de uma intoxicação motivada por beberagem propinada em sessões de feitiçaria, coadjuvada pelas surras e flagícios com que essa barbara terapeutica pretende expulsar os maus espiritos*” (*Ibidem*, grifo do autor). Disse também que evitou informes públicos, uma vez que os jornais exploravam a fome sensacionalista dos leitores anormais (sic). Mais uma vez, como era de seu estilo, Mendonça se utilizava da terminologia psiquiátrica para desqualificar as denúncias e as críticas. É provável que sua hipótese fosse a explicação real do acontecido, mas ele a utilizou mais uma vez para brandir seu preconceito contra as culturas de origem não européia.

Com relação à violência cometida por funcionários, encontramos vários registros e algumas denúncias feitas pela imprensa. Vimos que as punições encontradas nessas três gestões de 1931-1947 foram em número muito menor comparadas com as da década de 20, e a maioria delas foram motivadas por questões trabalhistas ou conflitos entre os

próprios funcionários. De qualquer forma encontramos nos documentos referentes ao período de Novis, censura e suspensão de funcionário, seja por infringir ‘as boas normas adotadas em relação ao trato dos doentes’ (Caixa 3196, *Memorandum* n.5, 1936), seja pelo funcionário, ao receber um soco vibrado por um doente excitado, tê-lo agredido (Idem, of. 189 / 36), ou mesmo por ter uma servente maltratado uma doente (APEB. Caixa 3197, of. 98 / 37).

Na curta gestão de Guimarães, todas as punições foram por falta de zelo no cumprimento das funções, mas em nenhuma houve violência diretamente contra pacientes internados (Caixa 3197). Na seção anterior, referimos que praticamente não encontramos registros de punições na administração de João Mendonça (duas em 10 anos), porém encontramos denúncias de parentes de pacientes contra funcionários ou à própria instituição. Por exemplo, uma mãe denunciou ao Pretor, que pediu informações ao diretor sobre possível defloramento de uma menor pelo auxiliar de farmácia do Hospital. O diretor respondeu nos seguintes termos:

“Apesar disso tudo - declarações partidas de uma oligofrênica - tomei as providencias necessárias á averiguação do alegado, já pedindo o competente inquérito” (Caixa 3199, of. 296, 11.10.40; grifo nosso).

Dessa vez, o psiquiatra desqualificava a denúncia, alegando a condição de retardo mental da internada. Não temos o resultado do inquérito e como não achamos nenhuma punição ao funcionário da farmácia do manicômio, é possível que ele tenha sido inocentado pelo parecer da comissão interna.

Acontecimento rico em significados para o entendimento do nosso objeto de reflexão foi aquele ocorrido no final de outubro de 1939. Um paciente (Américo RS) foi internado em outubro de 1938 no HJM. Num domingo a irmã do paciente fez uma visita costumeira e, ao chegar no hospital, foi informada de que Américo havia *fugido* desde 26 de outubro. Surpreendida com o fato e dizendo que ele não tinha ido para casa, solicitou providências para que o mesmo fosse procurado. Iniciada a diligência, em poucos minutos encontraram “na roça” próxima a um dos pavilhões o cadáver do infeliz Américo, que já se encontrava em horrível estado de putrefação. Apesar da censura, o jornal “O Estado da Bahia”, de 1.11.39, conseguiu dar a nota “Encontrado morto na roça do Hospício” (APEB. Caixa 3198).

O Secretário de Educação e Saúde pediu informações sobre o assunto e o diretor João Mendonça deu a sua versão. Em 27 de outubro de 1939, às 12:30 deu-se por falta do paciente ARS, internado no Pavilhão Alfredo Brito. Às 2 horas, um irmão - alfaiate - foi informado. Foi feita a busca no HJM, “difícil alias, dada a vastidão dos terrenos”. Não encontrando o paciente, cogitou-se a evasão. Em 29.10, a irmã avisou que ele não fora para casa. Com nova busca, ele foi encontrado na roça do hospital, vitimado por um ataque epiléptico em série. O diretor disse que todas as providências administrativas e médico-legais foram tomadas pelo hospital. E arrematava: “esse caso é o único na atual administração”. Esse arremate já era uma forma de reconhecimento da responsabilidade institucional no episódio, tentando minimizar ao assegurar que era “único”. Mais ainda: dias depois o diretor baixou portaria dizendo que comunicaria ao Secretário de Saúde “dora por diante” todas as fugas, indicando os responsáveis pelas mesmas, quando tiver havido negligência ou culpa (Caixa 3198, Portaria n°. 16, 6.11.39).

Num ambiente hospitalar, onde o paciente, em tese, é internado para receber o tratamento e ser recuperado e/ou reabilitado, finalidade esta proclamada no regulamento do manicômio tinha que ser respeitada com todo zelo possível, pois, agressões cometidas por outro paciente ou mesmo auto-agressões eram de responsabilidade institucional. Essas formas de violência, quando por negligência ou omissão, a instituição não impedia a hetero ou autoagressividade dos internados, foram muito freqüentes, facilitadas pela precariedade das acomodações e da superlotação que examinaremos mais adiante. Ilustremos aqui com exemplos de cada uma das duas longas gestões do período:

- Na gestão de Novis, destacamos dois casos que resultaram em óbitos. No primeiro, um doente agitado derrubou um outro, octogenário. O ferimento nesse último foi tratado pelo médico “de guarda” (plantão) e a diretoria providenciou o soro anti-tetânico, que foi aplicado no doente. Dois dias depois o “acidentado” faleceu e os jornais noticiaram o fato (Caixa 3195, of. 28.11.1934). No outro, um companheiro de enfermaria causou profundas lesões nos órgãos genitais de outro doente que, em virtude de seu avançado estado demencial, não reagiu à violência e veio a falecer logo depois, em consequência desses ferimentos. O diretor Novis assumiu que houve omissão e negligência do pessoal da vigilância do pavilhão (APEB. Caixa 3196 of 21.04.36).

- Na administração de Mendonça, houve uma agressão entre doentes, onde um agrediu o outro a vassouradas, na ocasião da limpeza do pavilhão, pois o diretor incrementava a

participação dos doentes nos serviços do hospital. O agredido faleceu (Caixa 3201, of. 314, 7.12.1943). Em outro homicídio entre internados, quase dois anos antes, o jornal “A Tarde” noticiou o fato. Mendonça mais uma vez reagiu tentando desqualificar seus críticos:

“Sensacionalismo, emprestado pelos jornais, é índice entristecedor, mas corriqueiro, da má orientação cultural da Imprensa, e das diretrizes estritamente comerciais deste tão perigoso quão útil órgão social” (...) “Na Democracia liberal, a Higiene Mental da Imprensa era utopia. Na Democracia brasileira, pode e deve ser uma realidade” (Caixa 3200, of. 10.01.1942).

Falar em higiene mental da imprensa numa ditadura, como era o “Estado Novo”, só poderia significar censura, repressão que, sem dúvida, seria inaceitável numa democracia.

Outro episódio ilustrativo da violência manicomial e, em particular, de como agia sua direção num cenário autoritário, aconteceu em dezembro de 1942. Um paciente (JCS) foi encontrado morto em seu quarto. O diretor solicitou a autópsia pela circunstância dele ter sido colocado no mesmo quarto com outro doente. Segundo Mendonça, isso poderia ser alvo de “malevolência de anormais” em torno de acontecimentos nos hospitais de alienados. Como já constatamos em outros acontecimentos, o diretor sempre tratava seus críticos como “malevolentes e anormais” (*Idem*, of. 266, 18.12.42).

Foi constituída pelo diretor uma Comissão presidida pelo Sr. Álvaro Moreira de Oliveira, administrador do Hospital. Apurou-se que o paciente JC morreu de “asfixia por estrangulamento”, em 9 de dezembro. O doente foi isolado no quarto, “em virtude de se tratar de um depredador, sem sinais de agressividade”. Outro doente (AS), também considerado destruidor e não agressivo, foi colocado no mesmo quarto, no dia anterior ao óbito. As rondas não observaram sinal de luta na noite do crime. No dia seguinte, ao encontrar o paciente morto, segundo o diretor, os funcionários não suspeitaram de homicídio, então fizeram a remoção do corpo, sem respeitar os cuidados legais (APEB. Caixa 3200, of.268, 18.12.42).

Embora não fique bem claro quem formulou esse juízo de não agressividade dos pacientes, na Comissão a responsabilidade, que deveria ser do médico de plantão ou do assistente, recaiu exclusivamente no “enfermeiro” Nicolau Serpa. Ele justificou a

medida de ambos estarem no mesmo cômodo, apenas por se tratar de doentes aparentemente não agressivos e os outros quartos do hospital estarem naquele momento ocupados ou sem segurança. O diretor disse que aquela tinha sido uma medida de exceção, diante do fato de não haver outro cômodo vago. Ele tentava se desculpar, pois o próprio relatório interno concluiu que “*a circunstância que favoreceu o fato foi a medida de terem sido postos juntos os dois*” (Caixa 3200, of.284, 31.12.1942).¹¹⁰ Verifica-se que, além do erro clínico de avaliação dos dois doentes, considerados “destruidores”, mas “não agressivos”, o diretor não assumia a gravidade das condições de superlotação do manicômio. Com João Mendonça, era como se o hospital não tivesse os graves problemas que apresentava e sim pequenas disfunções, auto-corrigíveis.

Outra forma de violência tem sido o seqüestro e internação do paciente contra a sua vontade, usando-se como argumento a condição de muitos pacientes psiquiátricos não ter consciência de doença. Isso deu e continua a dar margem à possibilidade de muitos atos arbitrários. Baseado nos próprios documentos da instituição manicomial, encontramos situações que ilustram esse tipo de violência contra a pessoa humana, cerceando sua liberdade e, em especial, o seu direito de ir e vir.

Num desses casos, a cidadã Giselia Emília SFR pedia que o diretor certificasse o seu tempo de internação, quem a internou e por ordem de quem e se ficou constatado ser a petionária portadora de doença mental. O diretor Mendonça respondeu que a paciente foi internada de 15 a 27 de janeiro de 43, como pensionista, pelo Delegado Auxiliar do Município de Mata, a pedido do esposo dela, Jovino R., engenheiro e chefe de Linha. Na ordem de internamento, o delegado dizia que desde quando morava no Rio de Janeiro a paciente se tornou hostil à vizinhança, sendo internada na Casa de Saúde S. José, sob cuidados do Prof. Porto Carrero. Concluía a petição dizendo que conquanto a paciente não apresentasse moléstia mental, “*no sentido rigoroso da terminologia psiquiátrica, exibiu alterações éticas, afetivas e sociais, sobretudo reveladas na conduta*” (APEB. Caixa 3199, 26.02.1943). Com a noção de personalidade psicopática, sempre haveria a possibilidade de uma pessoa ser enquadrada numa “entidade nosológica” da psiquiatria.

¹¹⁰ A documentação consultada não permite saber o desfecho final, porém, houve um inquérito policial e o delegado, que investigava o homicídio, convocou para prestar depoimento, além do enfermeiro e de mais dois funcionários subalternos, o médico de plantão (APEB. Caixa 3199, of. 8.01.1943; of. 18.01.43).

Outro exemplo, onde essa violência institucional fica patente, constatamos lendo o requerimento do filho do paciente João Francisco R. Seu filho pedia a liberdade do pai, de 63 anos, internado no manicômio, dois dias antes, em 6 de abril de 1943, por uma das filhas, “*pelo fato de não ter concordado com certas formas irregulares do proceder dela*”. Como prova anexava um abaixo-assinado com dez assinaturas de pessoas que afirmavam ser vizinhos do paciente e atestavam que o mesmo “*nunca praticou atos que demonstrasse ser um alienado, e sabemos que ele não concordava com as maneiras incorretas do proceder de sua filha*” (Caixa 3199, 8.04.43).

Um exemplo rico de ensinamentos para o presente foi a alta do internado Basílio FN. Ele esteve preso no manicômio judiciário do HJM por dois anos e meio acusado de crime de ferimentos leves, à disposição do Pretor de Jequiçá-BA. O rábula Cosme de Farias entrou com uma petição de *habeas-corpus* em favor do internado pobre, apresentando uma carta onde o médico (não consta o nome) do manicômio, afirmava que o paciente não era alienado (Caixa 3199, 16.05.1944). O Tribunal de Apelação concedeu a ordem de *habeas-corpus*, publicada em 10 de julho de 1944 “*por sofrer o paciente coação ilegal em sua liberdade de ir e vir. Não responde o mesmo a processo de crime algum, apenas é vítima de epilepsia, segundo a informação minuciosa junta, prestada pelo Sr. Dr. Diretor do Hospital Juliano Moreira*” (Caixa 3199, 1944). A relevância desse acórdão deve-se ao fato de ter sido conseguido num contexto autoritário, onde muitos dos direitos civis e políticos tinham sido abolidos.

Em outro *habeas-corpus*, impetrado em favor do paciente Thomaz F, que estava recolhido havia mais de três anos, sem justa causa, não sofrendo das “*faculdades mentais*”, o peticionário (Manuel Natividade) argumentava, apelando para o contexto de fim-de-guerra, que se tratava de “*um homem forte, braços afeitos ao trabalho árduo da lavoura, entregue a uma vida de ociosidade, em prejuízo não só de si mesmo como da própria coletividade, num quadro como o que atravessamos em que a voz é de produzir para a vitória*” (APEB. Caixa 3199, 6.04.1945). Esse caso de internamento arbitrário serve de passagem para apresentação de uma outra forma de violência contra os internados, uma forma indireta, onde muitos doentes mentais foram mantidos no estabelecimento, mesmo estando melhorados ou curados, porque eram úteis no trabalho gratuito do manicômio, num momento de falta de pessoal e recursos em geral, utilizando-se para essa retenção de artificios burocráticos.

Como vimos, seguindo uma antiga tradição do alienismo francês, inclusive do velho Asilo S. João de Deus, Novis defendeu o trabalho agrícola para os crônicos, como uma estratégia de transição da vida manicomial para vida societária plena (Novis, 1935: 6-7). Mendonça também era favorável à “terapia ocupacional”, inclusive nos serviços de asseio externo do hospital (Caixa. 3198, of. 187, 21.06.1940). Entretanto, a linha que separa a “laborterapia” da exploração do trabalho gratuito do internado era muito tênue, exigindo uma aplicação criteriosa desse recurso reabilitador, no sentido estrito de sua finalidade terapêutica. Não foi por acaso que o seu antecessor na direção, Pery Guimarães, um homem eticamente muito criterioso (Silveira, 2000), considerou uma prática “criticável” o uso de doentes melhorados no serviço de limpeza do hospital (Guimarães, 1938). Contra isso reivindicou serventes para realizar o serviço. Essa medida, entretanto, não foi seguida pelo seu sucessor.

Sob a direção de João Mendonça, o doente Laudelino JS ajudava no laboratório de hipodermoterapia. Internado em 26 de março de 1940, ele não apresentava alteração, desde, pelo menos, dezembro de 1941, quando o diretor prestou informações ao Tribunal de Apelação (Caixa 3200, of. 267, 23.12.41). Em setembro de 1942, o rábula Cosme de Farias, mais uma vez acionado, entrava com uma petição de *habeas-corpus*. O diretor respondeu novamente ao Tribunal que ele não tinha distúrbios mentais, achando-se em condições de retorno social. Pela sua condição mental, foi transferido do pavilhão específico de criminosos (Manoel Vitorino) para outro de tranqüilos e higiênicos, “onde só faz repousar”. Mais adiante, o próprio diretor dizia que durante o dia, o paciente foi mandado servir no laboratório de hipodermoterapia do hospital, “onde vem prestando bons serviços”. No ofício ao Tribunal de Apelação, o diretor concluía dizendo em relação ao paciente que:

“a sua condição de direito é a de internado para exame de sanidade mental, mas a sua condição de fato é, atualmente a de um serventuário, por isso a alegação da iniquidade de uma convivência entre loucos é improcedente” (Caixa 3200, of.192, 18.09.42).

Internado para fazer exame de sanidade mental, Laudelino ficou internado 2 anos 4 meses e 23 dias, trabalhando no laboratório, sob o véu da laborterapia, embora o próprio diretor referisse que o internado só repousasse, além de afirmar que a sua condição de fato era de um serventuário. Quando Cosme de Farias entrou com o pedido de *habeas-corpus*, pelo papel que o internado desempenhava no hospital, o diretor não poderia

dizer outra coisa a não ser da sua condição de apto para o “retorno social”. Direito que o Juiz concedeu ao internado. Pacientes que não se submetiam a esta exploração, pelo contrário, incomodavam a disciplina da instituição, o diretor tinha a maior presteza em fazer o exame e transferi-los de volta à presença do juiz ou à casa de detenção, como no caso de Silas P, que analisaremos adiante.

Outro exemplo de internado trabalhando no hospital era o funcionário-paciente. Ao comunicar à Junta Médica o resultado do exame de sanidade de um funcionário público, com o diagnóstico de sífilis cerebral, solicitou que o mesmo ficasse à disposição do hospital, onde executaria missões benéficas a si e à comunidade (Caixa 3200, of. 11.09.42). Um ofício de março do ano seguinte (*Idem*, of.26.03.43), confirmava que a Junta Médica adotou essa “solução humanizante” de funcionário-paciente trabalhando em benefício de si e da comunidade. Esse caso não foi único. Um outro funcionário, um “enfermeiro” num Posto de Saúde de Ilhéus, cobrava de pacientes no serviço público, segundo apuração de uma Comissão de Sindicância, que constatou deficiência mental no funcionário. Foi transferido para o HJM, e o diretor João Mendonça o colocou na função de servente “até os esclarecimentos que sua conduta motivar” (Caixa 3200, 24.09.1942).

Aqueles internados que colaboravam, inclusive os sentenciados, obtinham alguns privilégios, em alimentação e moradia, como nesse caso seguinte: ao responder ao Juiz, que solicitava informações, para decidir sobre o pedido de *habeas-corpus* em favor do sentenciado Tomaz F, o diretor e psiquiatra forense informava que o paciente não apresentou distúrbios mentais no hospital, “tendo-se notícia, porém, de que os exibia na prisão do interior”. A segregação do convívio social, “muito humanizada, como se verá adiante”, segundo ele, teria obedecido às exigências processuais (averiguação científica da responsabilidade e ‘perigosidade’). O psicopata era assim descrito:

“é realmente homem forte, afeito á lavoura, de que se têm aproveitado, ele e este serviço, dando-lhe trabalho e regalias equivalentes, como, por exemplo, rezidir fóra do pavilhão proprio, numa casa de campo isolada, com uma complexa rêde de regalias, aliás muito merecidas” (APEB. Caixa 3202, of. 125, 2.05.45).

Paradigmático foi o caso do doente Guilherme DF, internado em 22 de maio de 1937 pela Secretaria de Segurança, a pedido do Juiz de Ilhéus-BA, a fim de ser submetido a exame de sanidade mental. Respondeu Mendonça ao Tribunal de Apelação:

“O paciente, realmente, não apresentou aqui sinais de loucura” (...) “é trabalhador, obediente sob comando inteligente e bondoso e, em geral, estimado aqui”. (...) “Auxilia o Hospital, com eficiência, no serviço de água. A título experimental tem-se-lhe concedido trabalhos externos, no que tem se desempenhado a contento” (Caixa 3200, of. 158, 8.08.1942).

Nesses cinco anos de internado para fazer o exame de sanidade mental, o paciente ficou quase todo esse tempo prestando serviços à administração de João Mendonça. Quando foi pedido o *habeas-corporis* por Cosme de Farias, o diretor informou que o paciente nunca apresentou sinais e loucura. Não foi possível saber se o juiz acolheu o pedido, mas o internado só deixou o manicômio no governo eleito de Octávio Mangabeira. O novo Secretário de Segurança, Antônio de Oliveira Brito, pressionou o diretor em relação a vários sentenciados no manicômio em condições de alta. Imediatamente, João Mendonça deu providências a dez casos, entre os quais o “trabalhador obediente” acima referido, em sua tentativa de se manter no cargo, o que não faltou inclusive o elogio ao novo governo democrático, em seu ofício ao Secretário de Segurança:

“Aproveito a oportunidade para agradecer a V. Excia as urgentes e benéficas medidas, executadas pelo Governo deste Estado e atinentes à situação jurídica dos delinquentes aqui internados” (Caixa 3203, of. 172, 24.05.47).

Para concluir este item, destacamos, entre as inúmeras críticas à exploração do trabalho do internado, aquela proferida pelo terceiro diretor da história do Asilo S. João de Deus (ver capítulo 3), quando Anísio Circundes repudiou essa mentalidade economicista, que usava o trabalho do alienado indigente “*com fins economicos ou como verba de receita*”, ou seja, para baratear o custo diário e suprir carência de pessoal (ASCMB, vol. 20, f. 72; grifo nosso). Sua contundência é ainda maior quando levamos em conta que ela foi feita num contexto onde ainda era legalizado o trabalho escravo.

Como vimos, o diretor do manicômio no período da ditadura do Estado Novo, defendia que essa segregação asilar podia ser “muito humanizada”, sobretudo para aqueles que colaboravam gratuitamente com sua força de trabalho. Entretanto, alguns internados recusaram essa reclusão e resistiram a ela, conscientes ou não de que, em vez de representar um direito social de assistência, muitas vezes essa segregação representava uma violência aos seus direitos como pessoa humana, mesmo estando na condição de acusados ou sentenciados.

A resistência de alguns internados

As análises das relações de poder nas instituições manicomiais italianas, feitas por Basaglia e equipe (Basaglia, 1991; Jervis, 1991), e nas estadunidenses, por Goffman (1974) nos ajudam a compreender as demonstrações de resistência à reclusão de alguns dos internados no Hospital Juliano Moreira. Essas manifestações de resistências eram em geral de indivíduos oriundos das classes sociais médias ou mesmo hegemônicas, que se diferenciavam pela escolaridade, tinham o apoio externo da família ou responsável e apresentavam transtornos psiquiátricos que não comprometiam a capacidade intelectual, como pacientes com dependência às substâncias psicoativas (*psicoses heterotóxicas*), psicose afetiva (*pmd*) ou transtornos de personalidade (*personalidades psicopáticas*). Como muitas vezes eles apresentavam traços de conduta que facilitavam essa postura reivindicadora, o “discurso competente” da psiquiatria às vezes usava desse elemento da propedêutica psicopatológica para negar ou desqualificar a fala do doente, pois na vida cotidiana manicomial o discurso do internado era quase sempre silenciado.

O Bacharel Edgard LV, internado em 23 de março de 1936, usou seus conhecimentos jurídicos e, num contexto favorável de um governo constitucional, onde as instituições democráticas estavam funcionando, encaminhou petição de *habeas-corpus* à Corte de Apelação e comunicou o teor do seu pedido, solicitando apoio, tanto à Ordem dos Advogados do Brasil, seção Bahia (OAB-BA), quanto ao Juiz da 1ª. Vara da Capital. O Juiz e os Presidentes da Corte de Apelação e da OAB pediram informações ao diretor do hospício. Aristides Novis respondeu com presteza a todas essas autoridades (APEB. Caixa n. 3196, 8.04.36; Caixa n. 3195, 13.04.36; 15.04.1936). Disse tratar-se de paciente com uma psicose de acessos periódicos - psicose maníaco-depressiva - incompatível com o tratamento em domicílio, justificando assim a sua internação. Na sua petição Edgard alegou que foi capturado por um guarda do hospício e argumentava com lucidez na sua própria defesa. Novis retrucou dizendo que o paciente foi recolhido ao hospital por sua família.

Ainda naquele mês de abril, a Corte indeferiu o pedido de *habeas-corpus* impetrado pelo próprio paciente (Caixa 3196, 23.04.1936) e, logo a seguir, confirmou o Acórdão anterior (*Idem*, 2.05.36).

O Bacharel tinha orientado um companheiro de internamento e com a mesma origem social - Armando BT, o único pensionista de 1ª classe - a fazer seu próprio pedido. A

Corte de Apelação novamente solicitou informações ao Diretor, que era muito respeitado pelos membros daquele órgão jurídico. O dirigente do manicômio e Catedrático de Fisiologia negou a alegação do peticionário, segundo a qual, ele teria sido capturado com a participação de guardas do hospital e afirmou que Armando foi trazido pelos irmãos. Informou ainda que ele era um doente que tinha reações anti-sociais, ligadas a crises de *dipsomania*¹¹¹ (APEB. Caixa.3196, of. 57, 8.04.36). A corte indeferiu o seu pedido de *habeas-corporis* no mesmo dia que confirmou o acórdão que negava o de Edgard (*Idem*, of.347, 2.05.36).

Mesmo com esses reveses, o Bel. Edgard continuou sua resistência à reclusão manicomial, dessa vez redigindo uma petição em favor de um outro internado, Orlando S, de origem social diversa, das camadas populares e com baixa escolaridade. Novis mais uma vez respondeu à Corte de Apelação, referindo que, pela sua agressividade, o doente ainda não poderia ser reintegrado ao meio social e, discordando do autor do pedido, no entanto, sem desqualificá-lo pela sua condição de doente mental, disse: “*Não procede a afirmativa do patrono do habeas-corporis, considerando curado o seu constituinte*” (Caixa 3196, of. 85, 11.05.1936). A Corte seguiu a recomendação do diretor e indeferiu o pedido (*Idem*, 20.05.36).

Por informações que obtivemos na própria correspondência do hospital, o Bacharel Edgard recebeu alta e prosseguiu na sua carreira profissional, chegando a juiz da comarca de Bonfim, aos 41 anos de idade. Uma década depois, ele teve que fazer um exame de sanidade mental, requerido pelo promotor público local. O exame foi feito pelo diretor de então, João Mendonça, com a participação de seu principal colaborador, o psiquiatra Viomário Silva.

No exame os peritos constataram no “genetograma” a presença de um irmão ‘alcoolista’ e identificaram como um aspecto dominante na família “a atitude reivindicadora, pleitista”. Utilizaram os testes psicológicos, tanto a técnica projetiva de Rorschach quanto a “expressiva” de Mira y Lopez, e chegaram ao diagnóstico de *Personalidade paranóide, ciclóide e hiperemotiva*, notando aqui uma mudança em relação ao diagnóstico anterior de psicose maníaco-depressiva, feito por Novis dez anos atrás. Quanto ao prognóstico, consideraram bom quanto à vida, mas quanto às funções

¹¹¹ Dipsomania (do grego *dípsa* = sede) é o termo muito usado na psiquiatria da época (ainda é dicionarizado) para o impulso irresistível à ingestão de grande quantidade de bebida alcoólica.

mentais e sociais estariam “na dependência de condições bio-psico-sociais”, pois o examinado era “um predisposto a distúrbios mentais” (APEB. Caixa 3203, 7.05.47).

No questionário formulado pelo Juiz do Tribunal de Apelação, os psiquiatras responderam que o paciente não era um alienado mental “*mas há um episódio de alteração mental no seu currículo vitae com distúrbios temporários que se curaram satisfatoriamente*”. Quanto a questão se o paciente estava em condições de exercer as funções de magistrado, houve uma provável divergência inicial entre os dois peritos. Quem fazia o laudo era o psiquiatra Viomário Silva e submetia ao crivo do diretor. No parecer, Viomário escreveu: “*No momento ainda não, em virtude as atitudes reivindicatórias*”. Esta resposta foi riscada e a resposta que saiu no laudo final foi: “*Cessadas as atitudes reivindicatórias, que provavelmente desaparecerão em face do seu timbre reativo (provisório, temporário), o paciente estará em condições de exercer as funções aludidas*”.

O examinado era um juiz de direito e, conforme o instrumental analítico basagliano, tinha um grande poder contratual, que, muito provavelmente, o favoreceu tanto na saída do hospício, inclusive reabilitado para suas funções sociais, bem como, posteriormente, no enfrentamento e superação de uma tentativa de interdição no seu exercício profissional. Neste último episódio, chegou a existir uma divergência entre os médicos peritos, prevalecendo a concepção reabilitadora, que não inspirava a maioria dos pareceres sobre a saúde mental dos examinados.

Descreveremos agora alguns casos de pacientes que questionaram a sua condição de reclusos e lutaram para sair do manicômio, porém, num outro cenário, não era mais o curto governo constitucional dos anos 30. Era a ditadura do Estado Novo, com o executivo fortalecido e centralizado, o judiciário enfraquecido e o legislativo abolido.

O primeiro caso é sobre um internado com diagnóstico de personalidade psicopática e múltiplos crimes contra a propriedade (furtos e roubos). Silas MBP foi internado pela primeira vez em 20 de maio de 1938, sendo várias vezes reinternado (Caixa 3200, of. 37/1943). Em abril de 1942, no seu exame de sanidade, João Mendonça considerou no tópico “etiologia”, como determinante no seu transtorno mental, uma encefalite que acometeu o examinado na infância. “*Por causa do acidente encefalítico foi um menino difícil, instruindo-se bem e educando-se mal*” (APEB. Caixa 3200, of. 75/1942). Com o

diagnóstico de “psicose moral” ou “constituição psicopática amoral”, o perito comentou sobre a complexidade da psicopatia:

“É caso muito delicado para o julgador, porque não é paciente nem para a prisão nem para hospício. Uma Escola de re-educação e reforma (si existisse...) seria a formula para o caso” (Ibidem).

Embora não considerasse um caso para prisão, o diretor solicitou ao Diretor da Casa de Detenção sua transferência para lá. O diretor argumentava que ele era “*habilissimo em fugas, leader de movimentos indisciplinares e reiterado autor de furtos*” (Caixa 3200, of.205, 30.09.42; grifo do autor).

Em 1943, temos registro de que Silas estava internado no HJM. O Tribunal de Apelação, diante da petição de *habeas-corpus* impetrada pelo próprio paciente, solicitou informações ao diretor. Mendonça respondeu que aquele era um dos casos mais curiosos da psicopatologia forense: “*Obrigada a Sociedade a segregá-lo, há por parte do paciente, uma compreensível atitude mental de vingança para esses representantes do controle social*” (Caixa 3201, of. 159, 23.06.1943). Com isso o psiquiatra justificava as cartas enviadas para inúmeras autoridades - Presidente da República, Interventor, Presidente do Tribunal de Apelação, Secretário de Segurança, Diretores de Jornais. O diretor referia que o paciente tinha regalias, pois morava em bom pavilhão, em um quarto sozinho, para evitar as práticas homossexuais. Era o único internado que possuía rádio e recebia refeição trazida pelos seus familiares, mas por pedido dele mesmo, passou a utilizar a refeição do hospital, “*prato especial vindo diretamente da cozinha, providencia aliás, feita com todos os pacientes não dementes*”. Aqui se observa que a própria administração discriminava os pacientes crônicos, com deterioração progressiva das suas funções psíquicas (“dementes”).

Em ofício ao Delegado Auxiliar da Secretária de Segurança (Caixa 3201, of. 232, 2.09.1943), diz Mendonça:

“Muito a contragosto, saio de minha função clínica - a de estudar, compreender e curar, no sentido de tratar, males individuais e sociais - para as de informante frio, objetivo. O caso Silas, só o desejaria encarar como médico. Sou forçado, porém, a esclarecer-vos em dever administrativo ingrato. Passo às vossas mãos alguns documentos sigilosos que objetivam a personalidade do paciente, os motivos determinantes de sua conduta e a explicação da carta em apreço” (Ibid., grifos nossos).

Silas acusava Mendonça de tê-lo declarado irresponsável e nessa condição tê-lo mantido preso no hospital, quando ele alegava a condição de responsável por seus crimes, logo passível de ser posto em liberdade após cumprir a pena. João Mendonça não aceitou a acusação, dizendo que tinha considerado o paciente como uma personalidade psicopática e que o código penal tinha mudado o conceito sobre a responsabilidade desses casos, pois embora atenuada, a Justiça ainda assim poderia julgá-los e condená-los (Caixa 3201, of. 232). O diretor o considerou um doente, mas declaradamente assumiu para com o *psicopata* condutas não terapêuticas, como constatamos acima, em seu ofício ao delegado.

Em maio de 1946, Mendonça devolveu à Penitenciária o sentenciado Silas P, alegando que não era caso para hospital de alienados (Caixa 3203, of. 135, 24.05.46) e logo a seguir solicitou Juiz de Execuções Criminais que não internasse mais o paciente Silas, uma vez que sua presença era “nociva” à ordem do hospital.

“O paciente prejudicava a assistência de todos os doentes, pois o elemento se caracterizou pela urdidura inteligente de planos e incidentes diários, que intranquilizam e sobressaltam o meio, desviando a atenção específica da administração - o doente, para outros caminhos, no evitar ou reprimir frequentíssimas e perigosas situações” (Caixa 3203, of. 136, 25.05.46).

Esse foi o último registro dessa relação conflitiva entre a direção do manicômio e o “psicopata” Silas, que preferia a Penitenciária aos cuidados do hospital psiquiátrico.

Assim como o paciente-bacharel Edgard atuou direta ou indiretamente em alguns pedidos de *habeas-corpus* para sair o hospital, o doente Silas também redigiu cartas para outros internados, dirigidas às autoridades. Ele não foi o único no período, merecendo destaque também o doente Severiano S. Esse operário de 30 anos, pardo, que tinha a originalidade de fazer versos, segundo o laudo feito por Mendonça, apesar de ser um “maluco não turbulento”, com uma conduta sem deslizes de monta, apresentava, por outro lado “a nota bem nítida de leader protetor de outros pacientes, no escrever cartas, petições de habeas-corpus etc.” (Caixa 3200, of. 30, 22.01.43).

Não foi possível uma confirmação definitiva, mas ele foi o provável autor do abaixo-assinado dirigido ao Interventor, denunciando as péssimas condições do manicômio. Acusado de ter roubado um fardo de fumo, ele foi internado em 12 de junho de 1942 pelo Juiz de São Felix, no recôncavo baiano. O diretor Mendonça valorizava para a

compreensão psicológica desse paciente, a sua condição de “filho natural”, que para o perito psiquiatra era um “dado que encerra tantos determinismos” (*Ibidem*). Aqui serve também de exemplo de um internamento arbitrário, pois o diretor não chegou a nenhum diagnóstico psiquiátrico, embora julgasse que o abuso de bebida alcoólica pudesse ter motivado algum distúrbio. O examinado não apresentou em todo período do internamento (seis meses) sintomas de alienação mental.

Com ajuda de Silas ou Severiano, em agosto de 1942, oito internados menores de idade, em sua maioria, mandaram carta solicitando ao Diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais - SNDM, Aduato Botelho, que através do Ministro da Educação e Saúde, chegasse ao Presidente Vargas o pedido de proteção de seus direitos. Alegavam que os Juizes de Direito, na Bahia, internavam no Juliano Moreira, argumentando que o hospital era uma Escola de Menores e eles estavam internados como loucos, em promiscuidade com adultos, alienados e excitados. Como o hospital era estadual, Botelho sugeriu que o diretor fosse ouvido. Ao responder às informações solicitadas pelo SNDM, com seu estilo irônico, o diretor desqualificou a manifestação dos menores internados (Caixa 3200, of. 8.08.1942).

O manicômio, até então, nunca teve um pavilhão, nem mesmo uma enfermaria específica para menores. Novis chegou a internar um menor, em julho de 1932, vindo de Alagoinhas, mas, em setembro de 1933, ele deu alta (Caixa 3194, of. 154). Em 1935, o diretor recusou o internamento de outro menor, de 9 anos, alegando não dispor de acomodações especiais para crianças, e usou como argumento à autoridade policial solicitante, o mesmo alegado pelos oito menores: “*Não careço salientar o inconveniente da permanencia de menores em promiscuidade com alienados adultos*” (APEB.Caixa 3196, of. 210, 22.10.1935). Pery Guimarães, no semestre em que esteve na direção, também recusou um doente, por ser menor, enviado pela 2ª Delegacia da Capital (Caixa 3197, of. 15.10.1938). Já Mendonça se vangloriava de nunca ter recusado nenhum paciente, desde que assumiu a direção, em agosto de 1938 (Caixa 3199, of.309, 1946), afirmando explicitamente que não havia exceção, aceitando inclusive os pedidos de internamento dos menores (Caixa 3202, of. 144, 15.05.1945)

Outro registro de resistência à reclusão foi de um outro um menor, Paulo FJ, que curiosamente alegava ter maioridade e pedia ao Tribunal ser enviado a uma instituição correcional. Em sua carta ao Tribunal de Apelação, ele relatava que se encontrava

preso no Pavilhão Manoel Vitorino por tentativa de morte há 2 anos e 6 meses, sem nunca ter sido examinado ou feito qualquer formalidade exigida por lei.

“Sou maior, pois tenho 17 anos, e se não sofro das faculdades mentais, espero ser remetido para um reformatório, ou Escola Correccional e não ficar neste recinto Judiciário onde a promiscuidade e a convenção [sic] campeam livremente” (Caixa 3199, 23.03.43).

O último exemplo dessa resistência manifesta é o de Catarino S. Em sua luta contra a exclusão manicomial, ele tocou num tema crucial para nosso estudo: a questão da alimentação. Esse acusado dirigiu carta ao Dr. Euvaldo Luz, Presidente do Tribunal de Apelação, solicitando providência para sua soltura. Argumentava que foi preso pela acusação de ter deixado um preso fugir da cadeia de Camamú - BA, onde trabalhava como carcereiro. Estava preso a 5 anos, sendo dois anos e meio no HJM, “sem que eu seja louco, mas sim sofrendo de ‘congestão cerebral’ (Caixa 3201, 26.05.1943). Afirmava ter oito filhos “jogados ao léu da sorte”, pois a mãe deles tinha falecido. “Sou um homem doente e preciso pelo menos me ver livre do ambiente onde me encontro” (*Ibidem*). Ele tinha sido internado em novembro de 1940, com diagnóstico de sífilis cerebral, mas com sintomatologia predominantemente neurológica (*Idem*, of. 141, 28.5.43). Como Foucault (1999) tinha constatado lendo a correspondência dos hospitais gerais do século XVIII, na França, os sentenciados não suportavam conviver com os loucos. Esse era um “hospital”, onde os internados preferiam a prisão. O Presidente do Tribunal pedia informações sobre o alegado nas cartas tanto do doente Catarino S, como de Joaquim do A. Eles suplicavam para que fossem remetidos para uma cadeia pública a fim de aguardar a condenação ou absolvição. Dizia Catarino:

“V. Excia se apiedará de mim ao menos para me retirar do Juliano Moreira, onde eu vivo semi-nú e esfomeado, e remeter-me para a Correção ou Penitenciária” (...)
suplico-vos pelo amor de Deus e de vossos queridos paes - retire-me daqui”
(APEB.Caixa 3201, 11.06.1943; grifo nosso).

Mesmo o diretor informando à SSP que Catarino estava em condições de regressar a Camamu, em abril do ano seguinte ele ainda estava internado. O doente recorreu, então, ao próprio interventor, General Pinto Aleixo, enviando carta com teor semelhante à anterior. Dessa vez, porém, pedia para ser levado de volta à prisão de Camamú, para “entrar em júri”. Solicitava pelo amor do General pela esposa, D. Ruth, e sua filha e assinava “seu atencioso brasileiro” (Caixa 3202, of. 14.06.44: carta anexa datada de

24.04.44). No populismo autoritário, as instituições não funcionavam adequadamente, então o cidadão era reduzido à condição de pedinte, ao sabor da benevolência do dirigente populista de plantão.

Esses foram alguns exemplos de resistência de internados, sentenciados ou não, contra a sua reclusão que, não raro, decretava a sua *interdição*, considerada por Novis (1937: 7), citando Afrânio Peixoto, um outro gênero de morte, a “morte civil”. Mas a reclusão aumentava o risco da própria morte, sem adjetivo, não só pelas causas externas, das violências ou acidentes, mas principalmente pelas causas mais insidiosas, das condições miseráveis de vida na instituição.

Mortalidade hospitalar: números e causas

Descreveremos, inicialmente, as causas de morte no município de Salvador, utilizando os dados obtidos, quase todos dos anos de governo de Juracy Magalhães, cujo responsável pelo Departamento de Saúde era o infectologista e, hoje, diríamos epidemiologista, Barros Barreto. Ele foi o mesmo que nos possibilitou dados mais sistematizados no governo Góes Calmon (ver cap. anterior). Esses dados nos permitirão compreender melhor a mortalidade da população manicomial, utilizando o recurso da comparação, observando as similitudes e as diferenças entre a população geral e uma comunidade fechada.

Nesse período da chamada 2ª República (1930-1945), houve uma diminuição das chamadas “doenças pestilenciais”, como varíola, peste, febre amarela. Em Salvador, em 1934-1935, não houve nenhum registro de óbito, nem de notificação das três doenças referidas (Magalhães, 1936:40-41). Diminuição, mas sem o controle sanitário. Em 1937, houve um surto de varíola com 27 óbitos (*Idem*, 1937: 30). Entre os fatores importantes para essa queda de incidência estavam os avanços da medicina preventiva e saúde pública, com destaque para as vacinas.

Esse cuidado de prevenção coletiva com essas doenças epidêmicas esteve presente nas três gestões do período. O manicômio contou sempre com o apoio do antigo Instituto Oswaldo Cruz (IOC) da Bahia, cuja seção de medicamentos funcionou nas dependências do Hospital Juliano Moreira até meados de 1938 (APEB. Caixa 3197, of. 131). Em 1936, diante de alguns casos de varíola em Salvador, o diretor Aristides Novis solicitou do IOC, que o enviou, todo o material necessário para vacinar a

população do hospital (Novis, 1937:13). Além disso, o diretor determinou a imediata transferência dos casos suspeitos para o Hospital de Isolamento (Couto Maia), pondo a população do hospício a salvo do possível surto, “*sempre a temer em aglomerações condensadas como esta*” (*Ibidem*, p.14). Em 1939, diante de dois casos de varíola no HJM, Mendonça transferiu os doentes para o Hospital Couto Maia e vacinou toda a população (Caixa 3198).

Cuidado semelhante teve Guimarães, em abril de 1938, diante de um caso de tifo com confirmação laboratorial do IOC, transferiu o pensionista acometido para o hospital de isolamento e vacinou todos os doentes (Caixa 3197, 22.04.1938).

O mesmo êxito de controle não ocorreu com algumas doenças infecciosas e parasitárias, as chamadas doenças de massa, como tuberculose, malária e sífilis, que eram importantes causas de óbitos nas pessoas adultas de Salvador, nos anos 30 e 40. As condições de vida e saúde nesse período eram péssimas, de tal modo que, em 1935, o crescimento populacional na Bahia foi negativo, tendo o número de mortes (21.718) ultrapassado em muito o de nascimentos (16.496) (Sampaio, 1992: 32).

Analisando a tabela 26 abaixo, nota-se que era muito elevado os óbitos em crianças, incluindo as diarréias e enterites em menores de dois anos. Mas, como causa básica de óbitos destacava-se a tuberculose, representando nesse período de 1933 a 36, um quinto do total de óbitos. Era significativa também a mortalidade pela malária (“paludismo”), com percentuais de 8 a 9%. A historiadora Consuelo Sampaio (1992) cita que, em 1937, a tuberculose mais uma vez era de longe a principal causa de óbitos em Salvador, e as diarréias e enterites continuavam relevantes nas crianças abaixo de dois anos.

As medidas de prevenção e o impacto dos antibióticos e quimioterápicos nessas doenças, sobretudo tuberculose e sífilis, só apareceriam depois da Segunda Guerra. Em 1948, o governador Octávio Mangabeira ficou impressionado com a maneira como “*a tuberculose abusa desta cidade, onde mata nunca menos de cinco pessoas por dia e o número de vítimas avulta em proporções alarmantes*” (Mangabeira, 1949:15). Por este indicador, nota-se que a situação piorou em relação à tuberculose na década de 40, pois nos anos 30 a média diária de óbitos por esse flagelo era de 3,5 a 4 óbitos por dia. Não por acaso, a luta contra a tuberculose, junto com a campanha para diminuir a mortalidade infantil e pela melhor assistência aos psicopatas foram prioridades desse governo da redemocratização na Bahia (*Ibidem*).

TABELA 26 - MORTALIDADE GERAL E POR CAUSAS OU GRUPOS ETÁRIOS * DE SALVADOR-BAHIA- 1933-36

Óbitos	1933			1934			1935			1936		
	Nº	%	p/ dia	Nº	%	p/ dia	Nº	%	p/ dia	Nº	%	p/ dia
Tuberculose	1.433	21,3	3,9	1.248	19,8	3,4	1.293	19,2	3,5	1.290	20,2	3,5
Paludismo	594	8,8	1,6	548	8,7	1,5	548	8,2	1,5	497	7,8	1,4
Sífilis	-	-	-	187	3,0	-	232	3,5	-	259	4,0	-
Disenteria	-	-	-	13	0,2	-	21	0,3	-	18	0,3	-
Bronquites e pneumonias	-	-	-	501	7,9	1,4	572	8,5	1,6	472	7,4	1,3
Diarréia e enterites < 2a	669	10,0	1,8	634	10,0	1,7	802	11,9	2,2	646	10,1	1,8
Outros óbitos < 1a	1.575	23,4	4,3	1.459	23,1	4,0	1.670	24,8	4,6	1.423	22,2	3,9
Nascidos mortos	667	9,9	1,8	661	10,5	1,8	665	9,9	1,8	639	10,0	1,8
Outras causas	1.785	26,6	-	1.062	16,8	-	921	13,7	-	1.156	18,0	-
Total de óbitos de SSA	6.723	100		6.313	100		6.724	100		6.400	100	

Fontes: Magalhães, 1935: 19; Idem, 1936: 39-40; Idem, 1937: 30-32.

* As estatísticas apresentadas nos relatórios do Departamento de Saúde Pública mesclavam a mortalidade por causas com algumas grupos etários, mas eram dados sem superposição (*exclusive*), o que facilitava a análise.

TABELA 27 - MOVIMENTO HOSPITALAR DE SALVADOR - BAHIA EM 1933
(Com a Taxa de Mortalidade e de Alta Hospitalar)

Estabelecimentos	Existente 1º/Jan (N)	Entrada (E)	Pop. (N + E)	Alta (A)	Óbito (O)	Saídas (A+O)	Taxa de Mortalidade Hospitalar*	Taxa de Alta Hospitalar**
Hospital S. João de Deus	483	685	1.168	407	229	636	19,6	34,8
Hospital Santa Isabel	437	2.115	2.552	1.641	508	2.149	19,9	64,3
Hospital de Isolamento	23	494	517	436	63	499	12,2	96,5
Hospital da Força Pública	28	484	512	455	29	484	5,7	88,9
Hospital Português	15	185	200	163	14	177	7,0	81,5
Hospital Militar	62	675	737	699	5	704	0,7	94,8
Leprosário Rodrigues de Menezes	42	6	48	3	-	3	-	6,2
Hospital Espanhol	26	274	300	269	14	283	4,7	89,7
Sanatório Manuel Vitorino	48	332	380	317	10	417	2,6	83,4
Maternidade Climério de Oliveira	52	2.023	2.075	1.977	45	2.022	2,2	95,3
Asilo de Mendicidade	305	136	441	39	93	132	21,1	8,8
Total	1.521	7.409	8.930	6.406	1.010	7.416	11,3	71,7

Fonte: Bahia. Assembléia Legislativa, 1936, p. 165.

* Taxa de mortalidade hospitalar = nº de óbitos (O) / nº de pacientes existentes (N) + entradas(E) x 100

** Taxa de alta hospitalar = nº de altas (A) / nº de pacientes existentes (N) + entradas (E) x 100

Antes de discutirmos as causas de óbitos no manicômio, analisaremos a mortalidade em números absolutos e taxas, juntamente com outros dados do movimento hospitalar, como população existente no início do ano, entradas e altas. Observando a tabela 27 acima, com o movimento de todos os estabelecimentos hospitalares existentes em Salvador, no ano de 1933, o que nos possibilitou calcular as respectivas taxas de mortalidade e de alta hospitalares. Como nos dados dos anos 20, o Hospital S. João de Deus estava mais próximo dos estabelecimentos de recolhimento, como o asilo de mendicidade e do leprosário, que dos hospitais gerais e maternidades. Seu coeficiente de alta hospitalar (34,8%) ficava num patamar muito abaixo dos hospitais, que estavam acima de 80%, exceto o Santa Isabel, mesmo assim com 64%, ou seja, quase o dobro da taxa do hospício, que ficava em antepenúltimo lugar, acima apenas do asilo de mendigos e do leprosário.

Em relação à taxa de mortalidade, o manicômio era a terceira pior (19,6%), logo abaixo de dois estabelecimentos - Hospital Santa Isabel (19,9%) da Santa Casa de Misericórdia e o Asilo da Mendicidade (21%) - que atendiam exclusivamente os indigentes. Assim, embora a taxa de alta hospitalar tenha aumentado (em 1928 era de 28,5, ver capítulo anterior) e a de mortalidade diminuído (em 1928 era de 25,3), o Hospital S. João de Deus continuava como um lugar predominantemente de reclusão e de extinção, pois ainda morria um em cada cinco internados.

Pelas informações sobre a população manicomial citadas antes, permite-nos concluir que a presença dos pensionistas com seus privilégios, uma presença pequena, mas não insignificante, ajudava ao manicômio a melhorar os seus índices de desempenho. A remota possibilidade de altas e o elevado obituário estavam reservados para a “classe dos indigentes”, inclusive de sua parcela de sentenciados.

Movimento hospitalar de 1931 a 1950

Encontramos uma tabela do diretor Oswaldo Camargo, com o movimento hospitalar de 1926 a 1950 (Camargo, 1951). Ela trazia dados, em especial o número de doentes existentes, que confirmaram os cálculos que fizemos para o período anterior (1912-30).

TABELA 28 - MOVIMENTO DOS DOENTES DO HOSPÍCIO S. JOÃO DE DEUS
SALVADOR - BAHIA. 1931-1947.

Ano	Existente (N)	Entrada (E)	População N + E	Alta (A)	Óbito (O)	Saídas A+O	Tx de Alta ¹	Tx de Mort. ²
1931	403	451	854	204	165	369	23,9	19,3
1932	485	484	969	292	198	490	30,1	20,4
1933	479	685	1.164	425	229	654	36,5	19,7
1934	510	667	1.177	445	242	687	37,8	20,6
1935	490	661	1.151	416	217	633	36,1	18,9
1936	518	674	1.192	414	256	670	34,7	21,5
1937	522	790	1.312	477	284	761	36,4	21,6
1938	551	560	1.111	436	148	584	39,2	13,3
1939	527	775	1.302	483	214	697	37,1	16,4
1940	605	832	1.437	510	271	781	35,5	18,9
1941	656	723	1.379	481	310	791	34,9	22,5
1942	588	813	1.401	483	294	777	34,5	21,0
1943	624	763	1.387	537	250	787	39,8	18,0
1944	600	750	1.350	493	257	750	36,5	19,0
1945	600	692	1.292	514	201	715	39,8	15,6
1946	580	806	1.386	509	268	777	36,7	19,3
1947	609	802	1.411	668	170	838	47,3	12,1
1948	573	988	1.561	718	109	827	46,0	7,0
1949	734	830	1.564	689	89	778	44,1	5,7
1950	786	772	1.558	584	92	676	37,5	5,9

Fonte: Camargo, 1951(Documento datilografado).

¹ Taxa de alta hospitalar = nº de altas / nº de pacientes existentes (1º jan.) + entradas x 100

² Taxa de mortalidade = nº de óbitos / nº de pacientes existentes (1º jan.) + entradas x 100

Com os números absolutos da tabela 28 acima, observamos a mesma tendência de crescimento das entradas, que observamos no período anterior. Se em 1931 foram 451 entradas, esse número foi se elevando com poucas flutuações para 802. Houve um aumento concomitante de saídas (altas e óbitos), que apresentou mais flutuações, com um total de 369, em 1931, chegando a 838, em 1947. De início houve um grande aumento de altas, que dobrou de 1931 a 1933, estabilizando-se num patamar de 450 a 500. Houve também no período um aumento de óbitos, que apesar de algumas flutuações ficou em torno de 250. Apesar desse crescimento de saídas, foi mantida uma outra tendência, qual seja, de crescimento da população existente, a população “cronificada” do hospício. Constata-se, de modo empírico, que o hospital vinha realizando o projeto de expansão do confinamento manicomial, tendo a população (existente + entradas) aumentado mais de 60% (de 854 asilados, em 1931, a 1.411, em 1947).

Com os dados acima, foi possível calcularmos as taxas de alta e de morbidade do manicômio do período em estudo. Em relação a esses indicadores, observa-se que a taxa de alta hospitalar cresceu em relação ao período anterior e manteve uma média alta na história do asilo (35,5%, de 1931 a 1946). Em contrapartida a taxa de mortalidade hospitalar ficou com uma média de 19,3 %. Ou seja, quase um quinto da população manicomial morria por ano.

Dois anos se diferenciam, o de 1938 e o de 1947, tanto nos números absolutos quanto nas taxas. Essa diferenciação será compreendida quando analisarmos os dados relacionados às diferentes gestões. Assim, excetuando esses anos que, por razões específicas, apresentaram valores mais baixos, as taxas de mortalidade do período mantiveram-se num patamar de 19 a 20%, com um leve aumento em relação ao período de 1912-30 (ver cap. anterior). A taxa de alta hospitalar, que, em 1931, estava em quase 24%, cresceu para 30% no ano seguinte, ficando a partir daí em torno de 35 a 40%, com médias muito mais elevadas em relação às duas décadas anteriores do hospício estatal - 1912-21 e de 1922-31 -, respectivamente 14 e 22%.

Discutiremos a seguir os dados de acordo com as três gestões no manicômio nesse período, incluindo sempre que possível, as causas de óbito. No final buscaremos

identificar os fatores determinantes desse quadro de morbi-mortalidade encontrado no hospital.

A) Na gestão de Novis (1931-1937), as entradas cresceram muito, de 451 a 790 (75%), e, como aconteceu no período como um todo, as saídas tiveram um crescimento maior, de 369 para 761 (106%). Desse modo, em 1932 e 34, as saídas chegaram a superar as entradas. O coeficiente de alta teve uma média de 33,6%, apresentando no primeiro ano de gestão o valor mais baixo de todo o período. Foi um ano de transição, onde Novis só assumiu em abril de 1931. A taxa de mortalidade se manteve no patamar dos 20%.

Nesse período encontramos registros das causas básicas de óbitos dos internados nos anos de 1934-36, nos quais as enterites eram responsáveis por mais da metade dos óbitos (Tabela 29). Nos dados da população soteropolitana, vimos que a tuberculose era a principal causa de morte, seguida da malária, entre os adultos, sendo as doenças diarréicas importantes causas nas crianças menores de 2 anos. Na comunidade de internados do manicômio, a tuberculose era uma causa destacada, sendo, porém, superada pelas enterites que, em 1936, chegou a um percentual (62%), próximo de significar dois para cada três óbitos do manicômio. A sífilis (cerebral e paralisia geral) tinha mais significado no manicômio que a malária. O beribéri que era uma das principais causas nos anos 20, praticamente desapareceu no hospício. Mesmo com poucos registros, é um dado qualitativo a morte pelo escorbuto.

Além dessa frequência nos três anos, num patamar elevado, temos registros que nos permitem concluir que, nos outros anos dessa administração, as doenças diarréicas estiveram dizimando uma parcela significativa dos internados. Encontramos documentos do diretor, de 1932, onde ele recomendava a aplicação da “*vacina anti-dysenterica*”, em vista dos casos frequentes de enterites (APEB. Caixa 3191, *Memorandum* de 22.10.1932), cuja medida de profilaxia adotada foi a incineração dos colchões dos doentes (*Idem*, 22.11.1932). Outros registros de óbitos por “disenteria bacilar” em 1933, inclusive nos alienados vindos de Sergipe (Caixa 3194), fizeram Novis solicitar novamente ao Instituto Oswaldo Cruz da Bahia a vacinação da população (Caixa 3191; of. 136, 7.08.1933). Em relação a 1937, seu último ano de gestão, o relatório foi feito pelo seu sucessor, que não incluiu as causas, mas como veremos adiante, comentou exaustivamente sobre as precárias condições sanitárias das

instalações e falta de higiene no manuseio dos alimentos, além da própria insuficiência da alimentação.

TABELA 29 - CAUSAS BÁSICAS DE ÓBITOS NO HOSPITAL
JULIANO MOREIRA. SALVADOR-BA - 1934-36

CAUSA BÁSICA DE ÓBITO	1934		1935		1936	
	N	%	N	%	N	%
Enterites	148	61,2	124	57,1	159	62,0
Tuberculose	25	10,3	25	11,5	28	10,9
Insuficiência aórtica	15	6,2	8	3,7	7	2,7
Estado de mal epiléptico	12	5,0	7	3,2	10	3,9
Nefrite	10	4,1	5	2,3	8	3,1
Arteriosclerose	5	2,1	7	3,2	3	1,2
Hemorragia cerebral	3	1,2	1	0,5	1	0,4
Paralisia geral	2	0,8	1	0,5	2	0,8
Flegmão	2	0,8	-			
Gangrena	1	0,4	5	2,3	3	1,2
Sífilis cerebral	1	0,4	4	1,8	5	2,0
Cirrose hepática	1	0,4	1	0,5	4	1,6
Polinevrite	1	0,4	-		-	
Beribéri	1	0,4	-		-	
Marasmo senil	1	0,4	1	0,5	-	
Miocardite	1	0,4	1	0,5	-	
Oclusão intestinal	1	0,4	-		-	
Septicemia	-		5	2,3	1	0,4
Colapso cardíaco	-		4	1,8	5	2,0
Sitiofobia	-		1	0,5	-	
Escorbuto	-		1	0,5	1	0,4
Paludismo crônico	-		1	0,5	1	0,4
Infecção puerperal	-		1	0,5	-	
Úlcera do estômago	-		1	0,5	-	
Síndrome Stock-Adams	-		-		1	0,4
Não estabelecido	12	5,0	13	6,0	17	6,6
Total	242		217		256	

Fontes: APEB. Caixas n. 3191; 3194; 3195; 3196.

B) No curto período de Guimarães (janeiro-julho 1938), as medidas adotadas pelo novo diretor foram suficientes para ao final do ano os dados apresentarem um comportamento atípico em relação às tendências anteriores. Em primeiro lugar, as entradas historicamente ascendentes tiveram uma diminuição expressiva, de 790 no ano anterior, para 560 em 1938 (queda de 29%), apesar de seu sucessor João Mendonça, ao assumir a direção, em agosto daquele mesmo ano, ter atendido a todos os pedidos de internamento, como ele próprio afirmou ao Inspetor do Serviço Nacional de Doenças Mentais - SNDM (APEB. Caixa 3199, of. 309, 29.10.46). Houve também uma pequena diminuição das altas, mas com a diminuição da população de internados, pela queda das entradas, a taxa de alta hospitalar foi a mais elevada desde 1931 (39%). O dado mais relevante, entretanto, foi a expressiva diminuição de óbitos (de 52%), tendo a taxa de mortalidade apresentado um dos valores mais baixos (13%) desde o momento em que o manicômio estatal se tornou um mega-hospital nos anos 20.

Para demonstrar que essa diminuição se devia aos esforços dos que trabalhavam “procurando melhorar as condições do Hospital” (Caixa 3197, of. 177), o diretor fez um levantamento mensal dos óbitos:

Óbitos/1938	Jan = 26	Fev = 14	Mar = 12	Abr = 7	Maio = 3 *	Total = 52
-------------	----------	----------	----------	---------	------------	------------

* Até 29 de maio. Dessa maneira, não foram computados possíveis óbitos nos dois últimos dias do mês.

Fonte: APEB. HJM. Caixa n. 3197, of. 177 e 193, 1938.

Como vimos na primeira seção deste capítulo, o trabalho que Guimarães aludia acima foi o seu esforço de conter a superlotação e melhorar as condições de higiene e, sobretudo, de alimentação dos internados. Com a mudança de interventor do Estado Novo na Bahia e a aposentadoria (voluntária ou provocada, não conseguimos apurar) desse Inspetor de Higiene, essa experiência na direção do manicômio foi precocemente interrompida.

C) Com a longa gestão de João Mendonça (agosto 1938 - julho 1947), vamos considerar para efeito de cálculos os anos exclusivos de sua direção, pois nesses anos limites, cuja gestão foi parcial em ambos, com uma clara e diferenciada posição tanto do seu antecessor, quanto do seu sucessor. Em 1939, coerente com sua posição de não recusar internamento, as entradas cresceram 38,4%, em relação ao ano anterior, onde ele esteve na direção com essa mesma postura de agosto a dezembro. O crescimento dos óbitos,

entretanto, foram mais expressivos, com um aumento de 44,6% (de 148, em 1938, para 214, no ano seguinte).

Nos anos exclusivos de sua gestão (1939-46), as entradas não descreveram uma curva ascendente, como nos anos Novis, pois, depois do aumento inicial do período, houve uma queda de 1942-45 (de 813 para 692). Nesses oito anos, as taxas de óbito apresentaram uma média de 18,8%. Portanto, o manicômio continuava a ter um óbito para cada cinco internados. As taxas de alta tiveram uma média de 36,8%, um pouco acima da média de Novis (33,6%).

Para compreender a gravidade da situação assistencial que vivia o Hospital Juliano Moreira, nesse período, sobretudo na primeira metade dos anos 40, tomemos inicialmente um depoimento de um dos mais importantes agentes da prática psiquiátrica na Bahia - o Prof. Álvaro Rubim de Pinho. O primeiro contato desse psiquiatra, que se tornou catedrático da cadeira na Faculdade de Medicina (ver quadro 10), com a realidade manicomial foi em 1943. Diz o Professor:

“Naquela época, o Hospital Juliano Moreira era um hospital asilar que naquela fase, me parece não um momento raro esse, tinha a característica de ser, depois do Hospital de Rio Branco no Acre, aquele hospital psiquiátrico de maior taxa de mortalidade no Brasil” (Rubim de Pinho, 1979).

Sobre esse elevado obituário, outro testemunho é o de Oswaldo Camargo em seu primeiro Relatório na direção do hospital:

“Procurou-se desde o início, sustar o progressivo avanço do obituário que era dos mais elevados comparativamente aos demais hospitais do país. Basta dizer que, em 1946, haviam falecido 270 enfermos no Hospital Juliano Moreira, numa média superior a 22 por mês!” (Camargo, 1948: 4):

Consultando a tabela, observamos que, em 1941, morreram 310 doentes, cuja média foi superior a 25 por mês. No entanto, para Dr. João Mendonça (1947a), a mortalidade não representava um problema grave, chegando a comemorar a relativa diminuição, em 1942, para 294 mortes. Argumentava que: *“Para uma população média de 630 doentes, é um obituário favoravelmente significativo, sabido que é muito elevado o número de mortes nos hospitais dos alienados”* (Ibidem, p. 9; grifo nosso)

Com um número de 294, valor acima daqueles 270 óbitos que tanto impressionara Camargo em 1946, Mendonça considerou esse obituário com taxa de 21 por cento, um valor esperado, ou, dito de modo mais fidedigno, “*favoravelmente significativo*”. Era mais um exemplo daquilo que Arendt (2000) chamou de “banalização do mal”, ou numa denominação que considero mais adequada ao nosso estudo, de *naturalização do absurdo*.¹¹²

Sobre as causas, Mendonça não as apresentava nos seus relatórios anuais. Entretanto, a tuberculose continuava a ser uma importante causa de óbito na comunidade manicomial, como era na população em geral. Num ofício de 1946, ele referia a existência de 16 casos de tuberculose no hospital (APEB. Caixa 3203, of. 168, 1946). Quando Mendonça foi afastado e Oswaldo Camargo assumiu a direção, seu Chefe de Clínica, Elso Arruda verificou no livro de óbitos a importância tanto da tuberculose como de uma enterite muito peculiar como as principais causas de morte (Camargo, 1948: 7-8).

Antes do conhecimento desse relatório, já tínhamos encontrado inúmeros registros onde Mendonça informava aos parentes ou autoridades responsáveis pela internação o falecimento de asilados, cuja causa era a “enterite terminal dos alienados” (ETA). Em 1939, ele se dirigia ao Inspetor de Epidemiologia e Profilaxia do Departamento de Saúde para retificar dois diagnósticos, que, segundo ele, não eram de disenteria bacilar, mas de “*diarrea neuro-paralitica dos alienados, estadio ultimo, de hipovitaminose, com que costumam se ultimar certas categorias de doentes mentais*” (Caixa 3198, of.310, 11.08.39; g.n.).

Assim como havia a morte por “mal epilético” no curso da epilepsia (Caixa 3202, 21.01.44), começaram a aparecer o registro de *enterite terminal dos alienados* no curso das oligofrenias (Caixa 3198, of. 167, of. 168 / 1940), da paralisia geral (Caixa 3203, of. 148/1947) e, sobretudo, da esquizofrenia (APEB. Caixas 3201, of. 30.06; 28.09.1943; 3203, of. 268, 1947). A noção de alienação, segundo o perito em psiquiatria forense, era reservada para esses casos de “grandes mentais”, porém essas *enterites terminais de alienados* passaram a aparecer também nos atestados dos pacientes com diagnósticos de “personalidade psicopática” (Caixa 3202, of. 27; of. 170 / 1944).

¹¹² Essa expressão se baseia nos trechos poéticos que estão na abertura e no final da peça didática “A exceção e a regra” de Bertolt Brecht (1898 - 1956), poeta e dramaturgo alemão (Brecht, 1994: 132-160).

Essa entidade nosológica criada por Mendonça e equipe – “enterite terminal dos alienados” - é uma descoberta histórica muito importante para o nosso estudo e os desdobramentos desse achado serão apresentados mais adiante, nesse item final do capítulo, onde discutiremos os fatores determinantes da precária situação sanitária do manicômio nas diversas conjunturas do período.

Acolhimento e alimentação: a miséria da instituição.

Desde o início, mesmo quando tinha o nome de asilo, a instituição tinha entre suas finalidades não só garantir o acolhimento e oferecer a alimentação adequada, mas também realizar o tratamento. Na prática, entretanto, o asilo/hospício funcionou predominantemente como um local de simples recolhimento de loucos, sobretudo os indigentes. Nesse período em foco (1931-1947), o estabelecimento recebeu a denominação de “hospital”, nome que, no seu sentido moderno (Foucault, 1993), referia-se ao lugar por excelência da medicina clínica e, posteriormente, da medicina tecnológica. E, como vimos, homenageou um de seus sábios, que sempre defendeu o manicômio como um lugar de tratamento e reabilitação.

Na segunda seção deste capítulo, descrevemos os inegáveis avanços técnicos introduzidos tanto nos procedimentos propedêuticos quanto terapêuticos, porém as condições materiais e imateriais oferecidas aos usuários dos serviços desse estabelecimento continuaram, como nos períodos anteriores, bastante insatisfatórias e, em alguns aspectos, pioraram. Examinaremos as condições de acolhimento e a questão da alimentação em dois momentos: o primeiro, dos sete anos de administração de Aristides Novis e de como Pery Guimarães encontrou o hospício, em 1938; o segundo, dos nove anos de João Mendonça e de como Oswaldo Camargo encontrou o Hospital Juliano Moreira, em agosto de 47.

a) Novis-Guimarães (abril 1931 - julho 1938)

A partir da gestão de Novis, temos inúmeros registros sobre as péssimas condições físicas dos pavilhões que albergavam os doentes. Uma boa síntese sobre os problemas encontra-se na conferência do próprio diretor, proferida no final de 1935, no *Rotary Club* da Bahia (Novis, 1936, Anexo 4). Sem uma verba específica para a conservação, os

prédios iam sofrendo uma degradação que era agravada pela curva ascensional de entradas, que levava à superlotação, com suas conseqüências sobre as condições de vida dos internados. Em 1915, entraram 152 doentes, em 1925, foram 322 e em 1934, 667. O diretor reconhecia a dificuldade de limitação dessa entrada, “até porque, o mental é doente que não se recusa” (*Ibidem*, p. 3). Por outro lado, não havia uma evolução paralela do custeio orçamentário, o que redundava em dificuldades, por vezes insuperáveis, à administração, “forçada a dissimular certas falhas”, só evitáveis pelo regime das dotações equilibradas (p.3). No relatório referente ao ano de 1936, o diretor chegou a escrever um trecho que parece de um fiscal visitante em sindicância ao local:

“Uma visita aos pavilhões alludidos, mormente ás enfermarias de mulheres, no Julio de Matos deixa-nos a mais dolorosa das impressões, tal o desconforto que alli reina, agravando o aspécto das coisas sem conservação á falta de leitos, em numero sempre desproporcional ao das doentes existentes, facto este que se reproduzem outras enfermarias (Ibidem, p. 16).

Era mais de uma centena o número de internados sem leito, segundo o diretor, requisito essencial “já não direi do conforto, senão de simples assistência misericordiosa” (*Ibid.*).

No ano seguinte, ainda sem receber as cem camas de ferro que solicitara, Novis manifestava sua preocupação:

“Aproximando-se a quadra invernosa, dobram-se os inconvenientes para o doente da dormida sobre o chão frio da enfermaria - situação que, (...), atenta contra os principios de humanidade, os mesmos que inspiram aos poderes publicos a providencia de ter o doente sob sua guarda, tudo fazendo por minorar-lhe os soffrimentos em estabelecimentos dessa natureza” (APEB. Caixa 3196, of. 78, 28.04.36).

Com os recursos de subvenção, além de construir o novo pavilhão (Juliano Moreira, depois Aristides Novis, já comentado antes), foram reformados dois pavilhões, o Alfredo Brito e o Manoel Vitorino. O critério adotado foi o de ambos estarem próximos ao novo pavilhão de pensionistas, “attenuando-se o chocante contraste que elles estavam a offerecer” (Novis, 1936, Anexo 4, p.15). Como a verba tinha sido reduzida em 1936, foi assumida a impossibilidade de recuperar os outros pavilhões, como o

Kraepelin e o Júlio de Matos, uma vez que o Victor Soares, em ruínas, já estava fechado (*Ibidem*).

Essa miséria institucional chegava a comprometer também o próprio vestuário. Em 13 de março de 1933, o diretor solicitava tecido, pois cada doente só tinha direito a apenas uma peça, o que obrigava àqueles que tinham a sua roupa lavando “*a esperarem-na, despidos nas enfermarias, pratica condenável que, em absoluto, não deve subsistir*” (APEB. Caixa 3191, of. 41; Of. 84, 1933).

Se Aristides Novis confessou que chegava a dissimular certas falhas, o que deve tê-lo ajudado a permanecer nessa segunda gestão por mais de seis anos, com Pery Guimarães a atitude foi outra. Uma de suas virtudes administrativas foi não dissimular, mas escancarar as falhas. Talvez isso explique porque Guimarães tenha ficado só sete meses na direção do manicômio.

Quando assumiu a direção do Hospital Juliano Moreira, em janeiro de 1938, a capacidade máxima do manicômio era de 350 indigentes, mas o diretor encontrou 510, ou seja, 50 por cento a mais do tolerado (Caixa 3197, of. 72, 31.01.1938). Em relação às acomodações, constatou que havia 48 camas para 102 doentes no Pavilhão Kraepelin. Outro exemplo dramático foi o do pavilhão Julio de Matos - um prédio em ruínas - com oito camas abrigando mais de 40 doentes. Os pavilhões para indigentes estavam em tal estado que o diretor os considerou muito inferiores, do ponto de vista higiênico, a uma pocilga:

“Um criador de porcos, inteligente, que deseje ter bons lucros em seu criatório, tem pocilgas incomparavelmente superiores, do ponto de vista higienico, áquillo que ali se chama de enfermaria! Dormem os desgraçados doentes sobre a laje fria e umida, misturados com a lama produzida pelas fezes e urina!” (...) “*Receber doentes para amontoal-os e vel-os morrer sem tratamento, nós, esfomeados, deitados como animaes sem dono é um crime que não cometerei e que me opporei com todas as minhas forças a que se cometa!*” (APEB. Caixa 3197, of. 27, 15.01.1938).

A força desse testemunho torna-se maior quando constatamos que, ao contrário do seu antecessor, Prof. Novis, Guimarães foi um administrador que viveu a cotidianidade da instituição que dirigiu, chegando pela manhã e saindo à tardinha, mas muitas vezes,

voltando à noite, inclusive para substituir plantonistas faltosos (Caixa 3197, of. 198, 27.04; of. 243, 15.06.1938)

Testemunho que foi compartilhado pelo seu superior, o diretor do Departamento de Saúde, conforme esse trecho abaixo:

“Tivestes ocasião de visitar commigo esses pavilhões e de lá sahistes horrorizado, concordando commigo que seria um crime ali conserval-os, crime tanto mais revoltante e cruel porque era comettido contra desgraçados que nem tinham a consciência para um brado de revolta” (Caixa 3197, of. 72, 31.01.1938; g.n.).

O silêncio dos inocentes. A ausência de revolta, por exemplo, das 42 mulheres atiradas numa enfermaria com apenas oito camas estragadas, sem um trapo de pano para lhes cobrir a miséria e, em algumas, sem mesmo lhe cobrir a nudez. Muitas estavam deitadas sobre a laje úmida e fria do piso estragado, mas o diretor do Departamento de Saúde não chegou a vê-las, à noite, deitadas sobre essa mesma laje suja de fezes das dejeções daquelas que estavam “atacadas de enterites”, pois, segundo Guimarães, como não havia um pavilhão de isolamento, ali ficavam em meio às outras, aguardando a morte certa e inevitável, *“felicidade para ellas, porque era o fim de um soffrimento que nós augmentavamos, torturando com crueldade”* (*Ibidem*).

Em relação à rouparia e vestuário, o diretor alegava não ter cama, colchões, travesseiros, lençóis, nem mesmo a roupa, pois a verba não dava para garantir o direito de pelo menos um uniforme para cada indigente. Quando assumiu, Guimarães encontrou no pavilhão Kraepelin cerca de 40 infelizes completamente nus, e que *“na sua nudez deixam á mostra um physico miseravel, arruinado pela doença, pela falta de uma cama para um instante de um somno reparador”* (APEB. Caixa 3197, of. 72, 31.01.1938). Ele chegou a usar sacos de farinhas como lençóis para os indigentes (*Idem*, of. 205, 27.04.38).

Essa miséria institucional era tanta que não escapava nem os pavilhões destinados a uma população formalmente privilegiada, os pensionistas particulares. Sem dúvida essa parcela de internados viviam em melhores condições, sobretudo os pensionistas do sexo masculino, com a inauguração do novo pavilhão - Aristides Novis - que, no entanto, já apresentava paredes fendidas, e a balneoterapia nunca tinha funcionado (ver seção

anterior). O pavilhão Anísio Circundes, para as pensionistas, estava em condições tão precárias que o diretor obteve a seguinte informação: “*Estou seguramente informado de que vários doentes são levados para o Rio de Janeiro e para Recife dada a precariedade das nossas instalações*”. (*Idem*, of. 93, 5.02.38).

Em relação à **questão da alimentação**, vimos que essa conjuntura foi crítica, com determinantes externos e internos, como a crise econômica de 1929 e a ruptura político-institucional de 1930. Esses fatores foram responsáveis por uma grave crise fiscal do Estado, em especial do aparato estatal fora do eixo Sul-Sudeste. Nesse processo de reestruturação da política econômica governamental, os governos comprimiram as despesas, diante da dificuldade de aumentar a receita. Foi um cenário de carestia, piorado com o acontecimento de uma grave seca na Bahia nordestina, na primeira metade dos anos 30.

Em tempos de crise econômica, em especial crise fiscal, eram e continuam sendo preservadas as políticas de acumulação de capital, assim como sofriam e sofrem restrições as chamadas “políticas de bem estar social” - saúde, educação, trabalho etc -, cujo grau de corte depende da correlação de forças entre as classes sociais, em especial a capacidade de luta das classes e camadas assalariadas.

Quando a saúde não é prioridade entre as políticas públicas, de prioridade da saúde passa-se a discutir as prioridades na saúde. Historicamente, um dos setores que costumam ficar fora dessas prioridades era e ainda é a assistência aos doentes mentais. Do ponto de vista do mercado, o louco - “não racional” e “improdutivo” - tem sido encarado como um excedente desnecessário.

São tantos os registros sobre essa questão no Hospital S. João de Deus / Juliano Moreira, que fica difícil sistematizá-los. De início, lembremos que a população manicomial sempre apresentou uma clara distinção social, com os pensionistas sendo preservados relativamente da miséria institucional que vivia a “classe dos indigentes”. Uma das distinções claras, analisada com detalhes no capítulo anterior, era a diferença quantitativa e qualitativa da “ração alimentar”, cuja tabela foi mantida também nesse período.

De início, demonstremos como os recursos eram insuficientes, em especial no item de alimentação. Em 1934, Novis queixava-se da verba do hospital, pois o orçamento era feito com base em 300 doentes, quando o hospital tinha, em média, cerca de 500 internados (APEB. Caixa 3195, of. 210). No ano anterior, o diretor chegou a proibir que os aspirantes - estudantes de medicina que se preparavam para o cargo de auxiliar acadêmico - se alimentassem no hospital, “*porque a Despensa já tem o número de enfermos muito elevado em relação ao número que serviu de base para o orçamento vigente*” (Caixa 3191, of. 54, 10.04.1933)

Como a entrada de pacientes continuava a apresentar um aumento progressivo e o orçamento de 1936, em vez de aumentar, diminuiu de 350 para 343 contos de réis (Caixa 3196, of. 119, 7.07.1936), a situação crítica na questão alimentar não se fez por esperar, levando Novis a afirmar: “*Temos passado todo este anno, até aqui, em aperturas para attender às necessidades da alimentação de mais de 560 doentes, além dos funcionários do hospital*” (*Ibidem* grifo nosso), naquele momento em torno de 60.

Nesse ofício, dirigido ao Prof. Edgard Santos, Diretor Geral de Assistência Médico-Social, ele mais uma vez explicitava a não garantia da alimentação, um dos deveres que o Estado assumiu em relação aos doente sob cuidados em uma de suas instituições:

“*Não exaggéro, ao asseverar-vos mesmo, que as rações alimentares andam já tangendo pela insufficiencia, o que exigirá, dentro em pouco, por parte do governo, ou um crédito suplementar de emergência ou a suspensão temporária das entradas*” (APEB. Caixa 3196, of. 119, grifos nossos).

Naquele momento, tinha sido inaugurado o novo pavilhão de pensionista, Juliano Moreira, que ajudou a aumentar a entrada de pacientes (Novis, 1937: 17). A questão era geral, mas havia uma preocupação específica com os pensionistas desse novo pavilhão. Eles eram pacientes com uma dieta alimentar mais exigente e diferenciada quantitativa e qualitativamente. Edgard Santos levou o apelo do diretor do manicômio ao Secretário de Educação e Saúde, Barros Barreto, que apresentou as sugestões ao Governador. Juracy Magalhães acolheu as sugestões, aprovando uma verba suplementar de 18 contos de réis e suspendendo temporariamente a admissão de doentes até que a população nosocomial fosse reduzida à cerca de 500 doentes (Caixa 3195, 27.07.1936).

Em maio de 1937 houve novamente um pedido de verba suplementar para a alimentação no valor de 40 contos de réis (Caixa 3197, of. 64, 14.05.1937) e em julho do mesmo ano solicitava quase cinco contos a mais (*Idem*, of. 84, 16.06.37). No orçamento previsto para 1938, Novis sugeria o crédito de 450:000\$000 e como o crédito vigente para 1937 era de 342:609\$000, havia um acréscimo de mais de 107 contos de réis. Embora pareça excessivo o aumento, o diretor defendia por duas razões: 1^a - a parcimônia da ração alimentar dada aos doentes”; 2^a - a alta verificada nos preços dos gêneros de primeira necessidade, que resultou nos pedidos de verba suplementar (Caixa 3197).

Como esse é um dos fatores determinantes da elevada mortalidade nosocomial, continuaremos a examinar com detalhe a questão alimentar. Esses pedidos de verba suplementar eram feitos diante da grave carestia que naquele momento vivia o país e, de modo mais intenso a Bahia pela sua dependência externa (por exemplo, o trigo) e interna (por exemplo, a carne importada da região Sul).

Encontramos um ofício de 1934, do Departamento de Saúde Pública determinando à diretoria do Hospital São João de Deus a redução dos gêneros de primeira necessidade destinados ao consumo dos internados, tais como a carne verde sem osso e a carne de porco (APEB. Caixa 3195, of. 13. 01. 1934), e a diretoria do manicômio acatou a medida como recurso para “*ajustar as despesas aos estreitos limites da verba orçamentária respectiva*” (Caixa 3194, of. 21, 15.01.1934).

Ainda para exemplificar como a carestia tinha conseqüências imediatas sobre a “ração” dos internados no manicômio, apresentaremos a demonstração empírica desses aumentos de preço, corroendo a verba específica para esse item. Além da carne verde, que aumentou trezentos réis em cada quilo, chegando ao valor de um conto e quinhentos e cinqüenta réis (Rs.1:550\$000), outros gêneros de primeira necessidade elevaram o preço:

QUADRO 12 – GÊNEROS DE PRIMEIRA NECESSIDADES: QUANTIDADE E PREÇO – HOSPITAL JULIANO MOREIRA - 1937

Gênero	Quant. necessária (kg)	Aumento (réis)	total (mês)
Açúcar	1380	200	276\$000
Arroz	600	500	300\$000
Banha	50	1000	50\$000
Bacalhau	500	1000	500\$000
Carne seca	450	500	225\$000
Farinha	4230	200	846\$000
Feijão	540	400	216\$000
Manteiga/ tempero	50	500	25\$000
Manteiga fina	65	3000	195\$000
Peixe fresco	160	200	32\$000
Toucinho	150	300	45\$000
Azeite doce	13 litros	2500	32\$500
Total	-	-	2:742\$500

Fonte: Caixa 3197, of. 64, 14.05.1937.

Esse aumento mensal de dois contos setecentos e quarenta e dois mil e quinhentos réis multiplicado pelo número de meses (a contar de maio, mês do aumento), ou seja, por oito, resultou num acréscimo de Rs. 21:940\$000. Somando esse ao acréscimo também da carne verde no valor de Rs. 17:050\$000 (o aumento de 1:550\$000, desde fevereiro, logo, multiplicado por 11 meses), deu um aumento de preços total de Rs. 38:990\$000 (Caixa 3197, of. 64, 14.05.1937).

O aumento de 40 contos de réis, como verba suplementar, serviria apenas para manter a mesma e insuficiente ração do início do ano, isso se não houvesse nem o aumento da população nosocomial, o que não era verdade, pois a população tinha uma curva de entrada ascendente no hospício, nem de qualquer outro gênero, pois como dizia Novis: *“Para a quantidade de doentes existentes no Hospital é-nos absolutamente impossível reduzir, na quantidade, os gêneros pedidos, sem maior sacrifício da ração alimentar”* (*Ibidem*). Houve aumento do preço do pão, o que significou um acréscimo mensal de quase cinco contos de réis (4:743\$000) nas já insuficientes verbas de alimentação.

Por tudo isso, os doentes tinham uma ração insuficiente. Novis calculou a verba que tinha em 1936 pelo número médio de doentes (550) mais o de funcionários (60) e chegou ao seguinte resultado: cada membro da comunidade receberia na média apenas 1\$560 diários para todas as refeições (Novis, 1937:18) e, segundo os cálculos de

Guimarães, para cada *doente indigente* deveria ser gasto nesse item 2\$000 diários (Guimarães, 1938:4).

Como o pessoal superior, entre os funcionários, e os pensionistas, entre os doentes, tinham uma alimentação diferenciada, a média acima já considerada insuficiente não revela o valor real da “ração” do doente indigente. Essa discriminação não era velada, era explícita. No seu relatório do ano de 36, dizia Novis sobre o valor médio diário de 1\$560, referido acima:

“Tal cifra era exígua para atender as necessidades do indigente, como admiti-la no caso presente, em que ella tem ao seu activo a subsistência do pensionato e do pessoal administrativo, a exigirem uma alimentação mais selécta e por isso mais dispendiosa?” (Novis, 1937: 18; g.n.).

A mesma discriminação ocorreu na gestão seguinte de Pery Guimarães. Diante do aumento do número desses pacientes particulares - “os pensionistas” -, número que tinha se elevado para 53, Guimarães se preocupava com a sobrecarga que isso traria à verba de alimentação, *“porquanto a que lhes é distribuida não pode ser a mesma que é distribuida aos indigentes”* (APEB. Caixa 3196, of.202, 27.04).

Essa discriminação na dieta, nós encontramos descrita de modo detalhado numa portaria de 2 de fevereiro de 1938, na qual o diretor determinava a distribuição dos alimentos aos doentes das distintas “classes”: no café das 7 horas, enquanto o indigente só tinha café e pão, o pensionista tinha café com leite e pão. No almoço e no jantar, o indigente só teria direito a um prato, o pensionista, a dois pratos e sobremesa (APEB. Caixa 3197). Essa desigualdade era muito perversa, pois quem precisava de uma alimentação reforçada, era quem recebia uma “ração” menor e mais pobre do ponto de vista nutritivo. Depois de três meses, a situação ficou ainda pior, pois em 14 de maio, a “ração” de cada indigente era a seguinte: pela manhã, recebia café com uma “pada” (pão pequeno); no almoço, 200 gramas de charque e 100 de feijão; e, à noite, café ou malte com outra “pada”. *“Não é possível alimentar mais precariamente esses pobres infelizes”* (*Idem*, of. 221, 14.05.1938). Naquele momento de tanta carência, havia o pedido de aumento de um item, que o diretor justificava pelo hábito alimentar: *“Sabe-se o quanto o nosso povo come farinha”* (*Ibidem*).

Além da quantidade, portanto, havia problemas com a qualidade da dieta, inclusive dos próprios produtos consumidos. Em novembro de 1933, o Instituto Oswaldo Cruz da

Bahia confirmava que o leite fornecido ao hospital, além do aspecto desagradável, era de má qualidade, inclusive com baixo teor de gordura (Caixa 3194, of. 210, 28.11.33). Assim que assumiu, Guimarães, queixou-se novamente da qualidade do leite (Caixa 3197, of.89, 1938), e também do peixe e da carne verde, tanto no peso como no seu estado (*Idem*, of.136, of. 139).

Outros fatores que comprometiam a alimentação estavam relacionados ao processo de preparo dos alimentos, tanto do pessoal, em número insuficiente, quanto das condições de higiene do local. Ora, se as instalações eram precárias como um todo, a cozinha não seria uma exceção. Há registros que confirmam isso. No relatório referente a 1935, Novis queixava-se que as chuvas tinham praticamente destruído a cozinha, que passou a funcionar num local improvisado no fundo do Pavilhão Central (Novis, 1936:3). Guimarães, que não dissimulou as falhas, afirmou que a cozinha funcionava num “*telheiro immundo*” (Caixa 3197, of. 72, 31.01.1938).

Em síntese, tinha-se uma população desnutrida, vivendo em péssimas condições de higiene, tanto pela falta de higiene pessoal quanto pelo ambiente insalubre, com água e alimento sujeitos à contaminação, principalmente pelo inadequado tratamento e destino das fezes. Diante desse quadro, torna-se compreensível que as enterites, com suas inúmeras causas etiológicas - infecciosas, parasitárias ou mesmo carencial - dizimassem um número elevado de internados no manicômio, superando, e muito, a tuberculose, essa doença que flagelava a população soteropolitana e baiana em geral.

As medidas emergenciais de Pery Guimarães, nos seus sete meses de gestão, diminuindo a superlotação ao impedir novos internamentos, bem como suas tentativas de melhorar as condições de alimentação atenuaram, mas não alteraram essa mortal combinação presente no hospício: a de uma população desnutrida num ambiente insalubre. A partir de 1938, o cenário se agravou com as dificuldades econômicas e sociais, em decorrência de uma guerra mundial e, no plano interno, a existência de um regime de exceção, que aboliu o parlamento, colocou o judiciário sob constrangimentos e amordaçou a imprensa. Esses eram e continuam a ser importantes instrumentos de defesa da sociedade civil, capazes de pelo menos diminuir o poder governamental. No manicômio, como já analisamos nas seções anteriores, a situação voltaria a se agravar e, em alguns aspectos, a ficar em níveis críticos como nunca visto, como descreveremos a seguir.

b) João Mendonça (agosto 1938 – julho 1947)

Embora minimizando as dificuldades pelas quais passava o hospício, quase sempre as relacionando ao contexto de guerra, João Mendonça chegou a reconhecer claramente suas repercussões sobre os asilados, particularmente no que se refere ao alojamento e à alimentação.

No que diz respeito à questão do alojamento, em 1944, o diretor afirmava que conseguiu, enfim, garantir o lema *“cada doente com um leito e um leito para cada doente”* (Mendonça, 1947b:6), representando, assim, a superação do “leito-chão”, denominação mitificadora da superlotação de uma instituição cujo confinamento era o que mais importava e, só secundariamente, levava-se em conta as condições em que se dava essa reclusão. A finalidade médica continuava, como na época do Asilo da Santa Casa, subordinada à exclusão social. Mas, o problema voltou e no relatório de 1945, em vez de tentar mais uma vez a solução, deu uma explicação técnica, baseada na psicopatologia, onde o diretor médico colocava a responsabilidade na loucura: *“A escassa percentagem de doentes, que querem, delirantemente, dormir ou permanecer no chão, é fenômeno clássico no melhor organizado serviço para alienados”*, sendo um fenômeno *“resultante das idéias de ruína, auto-punição, humildade, negativistas, obsessivas, características das componentes esquizofrênicas e depressivas, exatamente os estados mentais mais frequentes, nas quais só o tratamento sistemático pode diminuir as tendências apontadas”* (Mendonça, 1947b:11). Argumentos semelhantes serviam para justificar a falta de roupa (pacientes nus, sem roupa de cama) e o asseio pessoal (pacientes “sórdidos”): *“1944 atravessou uma boa fase no tocante a roupa de cama, de modo a poder afirmar-se que todo doente, não sordido ou depredador, teve esse material em condições”* (Ibidem).

Diante das dificuldades nas condições de salubridade e higiene, o diretor tinha sempre uma racionalização, como por exemplo, a alternativa encontrada pelo não conserto do motor que garantia a água para a Colônia agrícola no Pavilhão Augusto Maia:

“mercê de defeito do motor elétrico continua sem água o Hospital Colônia, obrigada esta Diretoria a apelar para o competente transporte em latas, por evitado um mal maior” (Mendonça, 1947a:12; grifo nosso).

Em relação à **alimentação**, no início de sua administração, Mendonça se queixava da exigüidade da verba para esse item no orçamento (APEB. Caixa 3198, of. 11,

11.01.1939). Mas, logo, começou a desenvolver uma série de medidas racionalizadoras na questão alimentar. De saída, ele considerava impraticável a diária prescrita pela legislação sanitária em vigor (o Código Sanitário de 1926), pois a ração prevista para indigentes e pessoal inferior pelo Regulamento do Hospital, contido no Código, ficaria em torno de 4\$329 (quatro mil trezentos e vinte e nove réis) por pessoa ao dia. “*Note-se, dizia Mendonça, que estou articulando com a ração de indigentes e não com a dos pensionistas e pessoal superior, o que agravaria enormemente a impraticabilidade da verba prevista*” (Caixa 3198, of. 38, 10.02.1939). O custo da ração para pessoal superior e pensionistas era em torno de cinco mil réis. Verifica-se aqui a mesma discriminação entre as “classes” de usuários e entre os funcionários como nas gestões anteriores.

Por outro lado, o diretor considerava a verba insuficiente para garantir o preço da “*ração bôa para a Bahia*”, que, sem citar a fonte de referência, ele afirmava ser aproximadamente dois mil e setecentos réis (2\$700) o custo dessa ração diária por pessoa. Segundo a dotação orçamentária vigente em 1939, era fornecida a importância de um pouco mais de um conto de réis (1:005\$555) por dia para prover essa ração. Como a população do hospital era de 650 pessoas, em média, ter-se-ia a necessidade de ter como dotação a quantia de um conto setecentos e cinquenta e cinco mil réis (1:755\$000). Concluía o diretor:

“*Logo, em primeiro confronto dezolador a dotação orçamentaria prevê 1\$547 para custo da ração diária e as realidades da ciência da alimentação pedem 2\$700, o que mostra a exiguidade da dotação*” (APEB. Caixa 3198, of. 38).

Se, por um lado, a verba era muito exígua, por outro, Mendonça, ao contrário de seu antecessor, abria mão de um confronto com seus chefes hierárquicos e tomava medidas racionalizadoras. Ele chegou inicialmente a propor uma ração diária de 2\$200, ou seja, já abaixo da “*ração boa para a Bahia*”. Mostrando-se um administrador muito sensível às “razões de Estado”, o diretor do manicômio chegou a referir que “*condições particularíssimas desta Casa*” poderiam fazer baixar o preço da ração. Entre as condições enumeradas por Mendonça, estavam a existência de uma horta nos terrenos do hospital e também de alguns pacientes cujo quadro psicopatológico os levava a uma menor ingestão de alimentos, como “*um pequeno número de pacientes em citofobia*¹¹³, *outro tanto com os fenômenos anoréxicos de certas síndromes mentais*” (*Ibidem*).

¹¹³ O termo está grafado assim e muito provavelmente se refere ao transtorno psíquico alimentar denominado de “sitiofobia” (*sitio* = alimento), onde o doente apresenta recusa completa de alimento.

Portanto, o ato de não comer foi usado como argumento racionalizador para uma diminuição da ração, que o diretor sugeriu reduzir para cerca de 1\$900 (um mil e novecentos réis), ou seja, quase trinta por cento (29,6%) abaixo de uma “ração boa para a Bahia” ou cinquenta e seis por cento (56,1%) abaixo da ração prevista na lei sanitária em vigor para os indigentes. O mais grave era que a ração de 1\$547, garantida pelo orçamento de 1939, ficava quase 43% abaixo da ração boa e mais de 64% abaixo da prevista na lei (ver quadro 12).

Quadro 13 - VALOR DA RAÇÃO DIÁRIA. HOSPITAL JULIANO MOREIRA.1939

RAÇÕES DIÁRIAS	Valor (em réis)	% <A2	% < B
A. Prevista no Código Sanitário:			
A1 - Pessoal superior e pensionistas	5\$000		
A2 - Pessoal inferior e indigentes	4\$329		
B. Ração boa para a Bahia*	2\$700		
C. 1ª proposta racionalizadora de João Mendonça	2\$200	49,2	18,5
D. 2ª proposta racionalizadora de João Mendonça**	1\$900	56,1	29,6
E. Prevista no orçamento de 1939	1\$547	64,3	42,7

% < A2 = quanto às propostas C e D e a previsão E ficavam abaixo em termos percentuais da previsão na lei vigente (Código Sanitário da Bahia) para os indigentes.

% < B = quanto C, D e E ficam percentualmente abaixo da boa ração (item B).

* Segundo Mendonça, que afirmava estar baseado na “ciência da alimentação”, mas não diz a fonte.

** Levando em conta a produção de alimentos no próprio hospital (ex.: horta) e o baixo consumo de alguns doentes pela sua própria doença (anorexia e, provavelmente, sitiofobia).

Esses valores eram, na verdade, valores médios, pois na distribuição das rações, havia a discriminação, com prioridade para o pessoal superior em relação ao subalterno, e para os doentes particulares (pensionistas). Obviamente, foi muito mais sobre os indigentes que incidiu essa carência alimentar, que, quando não resultou em doenças carenciais, teve papel determinante no aparecimento dos surtos epidêmicos, infecciosos ou parasitários, que foram as mais frequentes causas de óbitos no manicômio.

A gravidade da questão ultrapassou os muros do hospício, chegando a grande imprensa, pois encontramos uma carta do diretor ao redator de “O Imparcial”, refutando a matéria

“O Hospício S. João de Deus”. Além de corrigir o nome do manicômio, Mendonça dizia que o “Hospital Juliano Moreira” não entraria em crise séria em relação à questão alimentar, como o jornal tinha comentado no artigo, pois o Secretário de Educação e Saúde estava atendendo convenientemente ao problema. Com isso, ele acabou reconhecendo a veracidade da denúncia, assumindo apenas que o problema estava sendo resolvido (APEB. Caixa 3198, 27.02.1939).

O problema continuou, mas o diretor, dentro de sua linha racionalizadora, argumentava que “*o momento não comporta grandes aumentos de despesa*” (Caixa 3198, of.214, 25.07.1940) e reduziu de Rs. 750:000\$000 para 432:000\$000 o item de alimentação no orçamento para 1941, ou seja, mais de 42 por cento de um valor historicamente insuficiente. Mais uma vez justificou o corte com “atributos específicos deste Hospital”, como o de possuir uma horta que fornecia frutas e verduras, embora ele mesmo reconhecesse que era uma produção pequena para uma população de 700 pessoas (*Ibidem*). Outro “atributo específico” era a existência de um certo número de crônicos absolutos e incuráveis, nos quais só cabia medicá-los nas intercorrências. A racionalização chegou aos medicamentos. Em ofício datado de 22 de janeiro de 1942, ele chegou a calcular em 300 dos 650 doentes, aqueles que não eram medicáveis, os crônicos incuráveis, a não ser nas chamadas intercorrências clínicas (Caixa 3200, of. 20, 1942)

Em todo o momento que havia mudanças de governo, Mendonça alegava as dificuldades orçamentárias, e apresentava-se como um dirigente racionalizador. No relatório referente ao ano de 1942, com o novo interventor do Estado Novo, General Pinto Aleixo, o diretor voltou a referir-se ao custo mínimo do doente-dia, já atualizando os valores para a nova moeda, o cruzeiro¹¹⁴.

“Bem olhadas as condições econômicas ensejadas pelo estado de guerra e, assim, bem assente que o custo infra-mínimo do doente-dia é de Cr\$ 10,00, vê-se bem que este Serviço com \$ 3,24 é o mais pobre do Departamento de Saúde” (Mendonça, 1947a: 6).

¹¹⁴ A unidade monetária herdada pelo Brasil de Portugal - o mil-réis (Rs. 1\$000) - foi substituída pelo cruzeiro, de igual valor (Cr\$ 1,00 = Rs. 1\$000), por força do Decreto-Lei nº 7 491, de 5 de outubro de 1942 (Prado Júnior, 1974: 345).

Diante dessa dificuldade orçamentária, o dirigente dizia ter realizado uma série de medidas racionalizadoras, principalmente na alimentação, um setor que ele próprio reconhecia ser de primeira necessidade. Houve mesmo a racionalização, pois, desde 1940, trinta e sete (37) itens da ração tinham sido alterados, com supressão (como frutas e verdura, queijo, doces, bacalhau, banha e azeite de dendê etc.), diminuição (carne de charque, peixe, condimentos - vinagre, massa de tomate, cominho e pimenta -, azeite doce, café, arroz, cebola etc.) e raros acréscimos ou aumentos para a substituição de alimentos (mate para substituir o café, carne verde, toucinho etc.) (Caixa 3199, of. 288, 08.10.1940). Em 1942, novas providências no “problema alimentar” foram tomadas, como o uso do “fato” (intestino de animais como boi ou porco) para substituir carne verde, a diminuição da manteiga, do leite e da galinha (Caixa 3200. of. 20, 22.01.1942).

No balanço que Mendonça fez no relatório do exercício de 42, com a clara intenção de mostrar-se apto a continuar na direção do manicômio, diante do novo Secretário e do Interventor Federal, sinalizou como uma de suas proezas a capacidade de enfrentar a questão da alimentação. Afirmou que essa necessidade (alimentação) deveria ter uma dotação diária superior a cinco cruzeiros (Cr\$ 5,00), segundo o regulamento do hospital, entretanto, recebeu, naquele ano, apenas Cr\$ 1,59, tendo afirmado que, mesmo assim, procurou “*nutrir no aquém-mínimo suficiente*” (Mendonça, 1947a: 6).

Mantido no cargo, já em 1943, para suprir “deficiências mais alarmantes”, e citava a alimentação como exemplo, o diretor pediu uma majoração de trinta mil cruzeiros ao valor de Cr\$450.000,00 estabelecido na previsão orçamentária e, para tanto, diminuiu a verba para móveis, utensílios e combustíveis, pois a questão da alimentação “era chocante” (Caixa 3200, of. 27, 16.01.1943). Nesse mesmo documento, Mendonça, a quem caberia advogar por um orçamento adequado às necessidades da instituição que dirigia, considerava natural a falta de prioridade do cuidado ao doente mental e dizia que solicitava abaixo do mínimo indispensável:

“Esta Diretoria não deseja dotações luxuosas - porque olha o panorama mundial difícil e angustiante e, no entanto, justo, por determinar compressões no supérfluo e de cortes no exagero; não requer mesmo, verbas suficientes em média, porque compreende o natural segundo plano de certos problemas de Assistência; nem mesmo solicita, no momento, o mínimo, indispensável para a real projeção social de suas finalidades” (Mendonça, 1947a: 6).

Quando, em 1944, afirmou ter recebido ‘o maior orçamento na história desse Serviço’ (*Idem*, 1947b:4), assegurou novamente que “*a quota alimentar mínima pode ser fornecida em suas linhas essenciais, à população*” (*Ibidem*, p.9). Em 1945 a situação deve ter ficado mais crítica, pois o duodécimo (a cota mensal da verba por item do orçamento) no valor de cinquenta e cinco mil cruzeiros (Cr\$55.000,00) ficou abaixo do que foi repassado nos últimos três meses de 44 (Cr\$63.000,00). Só em julho de 45, houve um aumento para Cr\$ 61.500,00, ainda assim abaixo do de 1944 (Caixa 3202, of. 196 e 291).

Com a queda do Estado Novo, os interventores do “29 de outubro” na Bahia mantiveram Mendonça no cargo, que, em alguns ofícios, referia ter obtido autorização da Interventoria federal para ultrapassar o duodécimo da previsão orçamentária (Caixa 3203, of.166, 179). Quando Oswaldo Camargo assumiu a direção, constatou que os duodécimos de alimentação vinham sendo ultrapassados sem autorização legal, pelo menos a partir de janeiro de 1947 (Caixa 3203, of. 369, 6.09.47). Mendonça, que, em todo o período do Estado Novo, sempre procurou adaptar seus gastos, inclusive com alimentação, ao orçamento apertado, realizando diversas medidas racionalizadoras, como podem ser vistas acima, com a queda da ditadura, ele passou a solicitar a ultrapassagem da cota mensal, chegando até a fazê-la, segundo Camargo, sem base legal. Para tanto ele alegava, além da impossibilidade de recusar internamentos aos doentes de grande periculosidade social e a imprudência de dar alta aos doentes em condições não satisfatórias, o fenômeno da seca que agravava a já difícil situação de alta nos gêneros de consumo (Caixa 3203, of. 81, 3.03.47).

O mesmo diretor que, em uma de suas medidas racionalizadoras no Estado Novo, chegou a propor Cr\$1,90 (Rs. 1\$900 convertido em cruzeiros) para a ração diária ao indigente do HJM, no governo eleito de Octávio Mangabeira, constatava que a ração tinha de ser superior a Cr\$6,00 diários *per capita*, como mínimo razoável (Caixa 3203, of. 183, 4.06.47). João Mendonça, que era um homem perspicaz, sabia que seus dias estavam contados na direção do hospício, mas ainda assim, tentava justificar suas decisões e responder às críticas:

“desejo destacar a exclusiva intenção desta Diretoria, em reiterar o pedido de providências proteladas, através da simples enunciação objetiva dos fatos, sem o

menor desejo de defesa ou ataque pessoal, antes com a atitude mental de proclamar que esse estado de cousas, imemorialmente em curso, era a consequência de valores sociais vigentes, coletivos e não individuais, entre os quais destaco os seguintes: a) Assistência a alienados era um mister de décima ordem; b) a função do Hospital era de simples depósito; c) outros problemas tinham necessariamente a primazia sobre os de tratar incuráveis; d) a Bahia não tinha recursos financeiros para enfrentar o problema” (APEB. Caixa 3203, of. 13.06.47; grifos nossos)

O diretor assumia o “hospital” como um depósito de incuráveis, que não tinha nenhuma prioridade na política governamental, e buscava se eximir de qualquer responsabilidade pelo descalbro que era impossível a qualquer um não constatar. Mas, ele não lutou como Pery Guimarães, que reivindicou todo o tempo que esteve na direção, pelo contrário, ele administrou esse “simples depósito” de “décima ordem” por quase dez anos.

Esses são alguns elementos extraídos dos relatos de um agente intelectual que dirigiu o hospício num período crítico, assumindo de alguma forma uma posição de convivência com uma política sanitária perversa, em especial com o doente mental. Como foi analisado anteriormente, com o processo de redemocratização, abriu-se um novo cenário que possibilitou uma série de denúncias ao governo autoritário do período anterior, para o qual o novo bloco no poder tinha que demonstrar necessariamente o seu caráter antitético.

A enterite terminal dos alienados

Logo que tomou posse, em abril de 1947, o Governador Octávio Mangabeira visitou o manicômio na companhia do Secretário de Educação e Saúde, Anísio Teixeira. Num balanço de seu período governamental, quatro anos depois, o governador destacou o impacto daquela visita, que o levou a incluir a assistência aos doentes mentais entre as prioridades de seu governo:

“Sem que houvesse eu dado a público, tornou-se, contudo, notório que, ao retirar-me do Hospital Juliano Moreira, depois da primeira visita que, em companhia do secretário da Educação e Saúde, fiz ao nosso velho manicômio, o antigo Asilo S. João de Deus, disse a Anísio Teixeira: se sairmos do governo, sem transformar completamente a cena que este hospital apresenta, deveremos ir para a cadeia” (Mangabeira, 1951:7).

José Silveira, responsável pelo Departamento de Saúde Pública da Secretaria de Educação e Saúde, testemunhou também aquela cena e lembra que o governador exigiu uma solução para aquele descalabro (Silveira, 2000). Como já referido no início deste capítulo, foi constituída uma comissão especial, que contou com a participação de uma equipe do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinda do Distrito Federal e chefiada por Oswaldo Camargo, para fazer o diagnóstico da situação do manicômio e elaborar um projeto de reformas para a política de atenção aos doentes mentais na Bahia. O governo decidiu afastar João Mendonça e convidou a equipe do SNDM para assumir a política de assistência aos doentes mentais na Bahia. Camargo e os demais técnicos aceitaram, depois de obter o aval da direção federal do SNDM, que tinha como diretor geral do órgão o psiquiatra Aduino Botelho. Esse discípulo de Juliano Moreira fez questão de vir pessoalmente prestigiar a posse de Camargo e equipe, em 5 de agosto de 1947 (Camargo, 1948: 3).

No primeiro relatório, o diretor Oswaldo Camargo transcreveu trechos do parecer do Dr. Elso Arruda, responsável pela chefia clínica. Esse documento, tecnicamente bem feito, era bastante elucidativo daquele quadro dramático que apresentava o manicômio, sobretudo nos últimos anos.

Após comparar a situação encontrada no hospício com um campo de concentração, já referida anteriormente, Arruda procurou identificar os principais determinantes daquela grave situação dos internados, do ponto de vista clínico:

“De um modo geral, o estado físico dos doentes, salvo raríssimas exceções, era péssimo, sendo grande o número de doentes em caquexia. Esta situação decorria, a nosso vêr, dos fatores seguintes: doença mental incapacitadora, que tirava ao doente os meios de auto-defesa; grande deficiência alimentar, quando os doentes em realidade necessitavam de uma alimentação sadia e rica em vitaminas, hidrocarbonatos e proteicos; e ausência absoluta de asseio, pois não havia água nos pavilhões, não havia esgotos e os doentes eram deixados com a mesma roupa durante meses seguidos” (Camargo, 1948: 5; grifos nossos).

Observa-se que, mesmo reconhecendo a doença mental como um dos fatores, pela tendência freqüentemente incapacitante de muitos transtornos, Arruda avançou na análise, encontrando outros importantes fatores: a fome, denunciada pelos inúmeros casos de desnutrição, e a ausência das condições mínimas de higiene pessoal e

salubridade do ambiente manicomial. A partir daí, ele deu mais detalhes do quadro encontrado:

“Dêste modo encontramos grande número de pacientes em avançado estado de carência, despidos ou cobertos de andrajos, imundos e deitados no chão ou enxérgas húmidas e sujas, em um ambiente que exalava um cheiro pútrido” (Camargo, 1948:5).

Esta situação geral foi encontrada em seus extremos em dois pavilhões: no Pavilhão Aristides Novis, onde se recebia doentes do sexo masculino que iam sendo internados, e no Pavilhão Manoel Vitorino que desempenhava a função de manicômio judiciário, onde foram encontrados aproximadamente uns 70 doentes, aglomerados em completa promiscuidade, abandonados do ponto de vista médico, sem receberem uma réstia de luz, cercados e vigiados apenas, do lado de fora do pavilhão, por alguns soldados de polícia (*Ibidem*, p.5-6).

Seguindo esse relato, podemos observar com mais clareza até onde chegou aquele encontro entre a psiquiatria e o aparato jurídico-policial: *“Pelos informações que obtivemos, saía quase que diariamente do Pavilhão Manuel Vitorino um cadáver, e somente nessas ocasiões alguém entrava no Pavilhão”* (*Ibidem*, p. 6). Tripla exclusão - econômica, jurídica e psiquiátrica - ao psicopata criminoso pobre não estava reservada outra saída, senão a sua extinção física, pois a maioria dos óbitos ocorridos naquele pavilhão judiciário era devida, segundo os diagnósticos encontrados, ou a ‘tuberculose pulmonar’, ou a eufêmica ‘enterite terminal dos alienados’ (*Ibid.*).

Se esses dois quadros mórbidos eram, ali, quase absolutos, entretanto, eram encontrados também com elevado número em todos os pavilhões. No que diz respeito à tuberculose, a frequência era elevada: de maio a julho de 1947 foram cinco óbitos por tuberculose pulmonar, já em agosto do mesmo ano houve um aumento com sete casos fatais, além de haver uma prevalência alta da doença na população asilar, com muitos outros casos em estado avançado (*Ibid.*, pp.7-8).

Sabe-se pela análise dos períodos anteriores que a tuberculose era uma presença constante na história do asilo/hospício, o mesmo não acontecia com essa nova entidade nosológica: *enterite terminal dos alienados*. De início, os psiquiatras do serviço tiveram dúvidas se aqueles casos se tratavam de uma infecção intestinal colibacilar ou se eram

uma diarréia decorrente da própria natureza das psicoses. Mendonça, no início da gestão, chegou a retificar dados do setor de epidemiologia do Departamento de Saúde, por dar como causa de morte equivocadamente o diagnóstico de “disenteria” quando afirmava se tratar de uma “*diarrea neuro-paralitica*”, de natureza carencial (*hipovitaminose*) de caráter terminal em certas categorias de doentes mentais (Caixa 3198, of.310, 11.08.1939; g.n.). Depois, com o tempo, na vida cotidiana do hospital, a enterite foi sendo considerada inerente ao quadro psicopatológico, como parte do seu curso “terminal”. Arruda mais uma vez era preciso:

“A hipótese crucial não foi aventada. O resultado dêsse desconhecimento da natureza das aludidas manifestações foi que, nos atestados de óbitos, encontramos uma enorme percentagem de diagnósticos de causa mortis com esta expressão: ‘causa mortis - enterite terminal dos alienados’” (Ibidem, p. 6; grifo nosso).

Para demonstrar a gravidade e freqüência do uso diagnóstico dessa expressão “enterite terminal dos alienados”, construímos a tabela abaixo com os dados disponíveis no relatório de Camargo (1948).

TABELA 30 - ÓBITOS EM GERAL E PELA “ENTERITE TERMINAL DOS ALIENADOS”
Hospital Juliano Moreira - Salvador - Maio de 1945 e Maio-Julho de 1947

Ano / Mês	Óbitos em geral (A)	Óbitos pela ETA* (B)	B / A (%)
1945 – Maio	30	18	60,0
1947 – Maio	25	16	60,0
Junho	26	17	55,8
Julho	18	13	72,2

Fonte: Camargo, 1948.

* ETA = Enterite Terminal dos Alienados

Os dados disponíveis, apesar de incompletos, são indicativos da importância desse diagnóstico de “*causa mortis*” no hospício, representando a ETA, em média dos meses obtidos, 62 por cento dos óbitos, sendo que no mês de julho de 1947 chegou a **mais de dois terços**.

Diante do que testemunhou, Elso Arruda concluía sua análise num discurso onde a racionalidade não escondia nem abolia sua indignação, como médico e como cidadão:

“Pode-se depreender daí a gravidade do problema do ponto de vista médico, ainda mais porque essa eufêmica expressão escondia um crasso erro de diagnóstico e também um crime contra a pessoa humana, visto como a diarreia em apreço, rapidamente moral [mortal], não era, como se dizia, decorrente da doença mental em si, nem resultava das condições ditadas pela natureza da doença e nem era devida à infecção colibacilar primitivamente. Em realidade, o mal surgia em consequência do abandono em que se encontrava o paciente do ponto de vista médico e da falta de alimentação suficiente, quer do ponto de vista calórico, quer do ponto de vista vitamínico” (Camargo, 1948: 7; grifos nossos).

O autor soube compreender de que não se tratava apenas de um erro diagnóstico, mas de um crime contra a pessoa humana. Porém “pessoa humana” era ainda uma expressão muito genérica: era um crime contra aquela parcela majoritária da população manicomial, rotulada de “indigentes” e oriunda das camadas sociais economicamente pobres, politicamente fracas e culturalmente ignorantes da sociedade “cordial” brasileira. Muita coisa Freud não explica, mas ele saberia explicar a indignação que rompeu o discurso racional do Chefe de Clínica num lapso de grafia revelador: *moral / mortal*.

Palavras que tropeçam são palavras que revelam. Esse lapso foi iluminador (*insight*, lampejo) para analisarmos a descoberta desse “erro diagnóstico” e “crime contra a pessoa humana”. Em obra recente, o epistemólogo Edgar Morin (1999) defende a tese da necessidade de desinsularizar a ciência, através de uma maior comunicação tanto com a arte quanto com a filosofia (*Ibidem*, p. 59). Argumenta que, sobre a relação entre ciência e filosofia, elas devem ter uma comunicação inclusive interna, pois, na atividade científica há muita reflexividade e pensamento, e filosofia, por natureza, não despreza a verificação ou experimentação (*Ibidem*, pp.59-60). Não será, portanto, por acaso, que, após apresentarmos o relatório de Arruda, usaremos como instrumental para a análise dessa catástrofe da vida cotidiana a contribuição de duas filósofas, Agnes Heller (2000) e Hannah Arendt (2000), que abordaram questões ligadas filosofia prática, à ética.

Para concluir sua sucinta e lúcida análise, o chefe de clínica Elso Arruda, ainda sob o impacto da guerra civil espanhola e depois de uma guerra mundial, que desembocou

num genocídio do nazismo contra o povo judeu - relacionava aqueles ‘crimes contra a pessoa humana’ com os ‘crimes de guerra’.

“Durante a guerra espanhola, o cerco de Madrid trouxe como consequência um grande número de casos de pelagra, de forma intestinal; nos campos de concentração da Alemanha as péssimas condições alimentares resultaram em manifestações semelhantes em virtude do que o número de óbitos era enorme, (...). foi exatamente isso que encontramos aqui dentro, como se pode depreender da elevada estatística de óbitos devidos a esta diarreia caquetizante, a qual, em realidade, não era primitiva e sim secundária a uma profunda carência alimentar que trazia como consequência a impossibilidade do organismo reagir a quaisquer afecções” (Ibidem, p.7; g.n.).

Embora fosse em tempo de guerra, a segunda guerra mundial, aquelas mortes no hospício devido a uma imunodeficiência adquirida pela profunda carência alimentar, não eram “crimes de guerra” ou “contra a paz”, a sociedade brasileira estava pacificada e unida majoritariamente contra o nazismo. Com o testemunho de Arruda e os dados encontrados, estamos conscientes de que o principal determinante de todo aquele quadro dramático no Hospital Juliano Moreira era *a fome*, pois, como corolário dessa fraqueza geral resultante da hipovitaminose e diarreias conseqüentes, sobrevinha a caquexia mortal ou então uma doença infecciosa secundária, como a disenteria ou a tuberculose.

Como compreender o papel dos agentes intelectuais, em especial o diretor João Mendonça, um profissional tecnicamente preparado? Aqui, mais uma vez será útil o conceito de “banalidade do mal” da filósofa Hannah Arendt, pois, *mutatis mutandis*, ela usou no contexto do nazifascismo, o mesmo regime que as principais lideranças da ditadura do Estado Novo nutriram simpatia. Só depois, o governo Vargas se uniu às forças aliadas.

De qualquer modo, o conceito tem sido uma ferramenta adequada para entender esses processos mais difusos, impessoais, sem um caráter explicitamente doloso. A filósofa introduziu o conceito de “banalidade do mal”, no subtítulo do livro *Eichmann em Jerusalém. Um relato sobre a banalidade do mal* (Arendt, 2000), mas naquele momento ela advertia que tinha usado a noção ainda “num nível estritamente factual, apontando um fenômeno que nos encarou de frente no julgamento” (Ibidem, “Pós-escrito”, p.310).

Foi mais tarde, em um outro trabalho, onde ela refletia sobre o caso Eichmann, que Arendt explicitou conceitualmente a sua concepção de “banalidade do mal”:

“É minha opinião agora que o mal nunca é ‘radical’, que ele é apenas extremo e que não possui nem profundidade nem dimensão demoníaca. Ele pode invadir e destruir todo o mundo precisamente porque se propaga como um fungo na superfície. Ele desafia o pensamento, como disse, porque o pensar busca a profundidade, procura alcançar as raízes e, no momento em que se ocupa do mal, se vê frustrado porque nada encontra. Essa é a banalidade do mal. Só o bem tem profundidade e pode ser radical” (“O Judeu como Pária” *Apud* Lafer, 1988: 179)

Desde o seu estudo factual, daquele julgamento em Jerusalém, Arendt (2000:312) constatou que a essência dos governos totalitários, talvez a natureza de toda burocracia, seja a de transformar homens em funcionários e meras engrenagens, desumanizando-os. Para nomear estes crimes, os termos jurídicos “crimes de guerra” ou “contra a paz”, ou mesmo “contra a humanidade”, ou até o conceito de “genocídio” não lhe pareceram adequados. Defendeu a expressão “massacres administrativos” (*Ibidem*, p.311). Esses crimes legais, pois estavam de conformidade com a legislação vigente, eram um “crime burocrático” sem precedentes cometidos por pessoas ‘aterradoramente normais’.

Uma vantagem identificada pela autora para a expressão “massacre administrativo” era “a virtude de dissipar a suposição de que tais atos só podem ser cometidos contra nações estrangeiras ou de raça diferente” (*Ibid.*, p. 311). E lembrava que Hitler começou seus assassinatos em massa com os doentes incuráveis com “morte misericórdia” (Arendt, 2000: 312). O extermínio dos pavilhões de gás brotou do programa de eutanásia, ordenado por Hitler nas primeiras semanas da guerra e aplicado aos doentes mentais na Alemanha (*Ibidem*, p.122-23).¹¹⁵ O que ficava claro é que esse tipo de morte pode ser dirigido contra qualquer grupo determinado, isto é, que o princípio de seleção é dependente apenas de fatores circunstanciais.

¹¹⁵ A primeira câmara de gás foi construída no último trimestre de 1939 para implementar o decreto datado de 1º de setembro daquele ano, o qual dizia que “pessoas incuráveis devem merecer uma morte misericordiosa”. O decreto foi cumprido imediatamente no que diz respeito aos doentes mentais, pois entre dezembro de 1939 e agosto de 1941, cerca de 50 mil alemães foram mortos com monóxido de carbono em instituições cujas salas de execução eram disfarçadas exatamente como seriam depois em Auschwitz - como salas de duchas e banhos” (Arendt, 2000: 124).

O “erro diagnóstico e crime contra a pessoa humana”, encontrado por Arruda no Hospital Juliano Moreira, pode ser compreendido como um crime burocrático ou massacre administrativo. Foi cometido numa instituição estatal dirigida por homens que não eram monstros, mas também não eram meros servidores obedientes. Arrivistas e presos a eufemismos burocráticos, eles mascararam as crises e falhas do serviço e racionalizaram suas ações, cujo melhor exemplo foi a criação da noção de “enterite terminal dos alienados”, que naturalizava o mal, considerando como inerente à própria alienação o doente se esvaír em fezes (*enterite*) até a morte (*terminal*).

Essa noção foi uma cristalização, um tratamento grosseiro de um fenômeno que deveria ser explicado. Em vez de compreendido ou explicado, o fenômeno foi mascarado por uma ultrageneralização falsa e muitas vezes, como analisou Agnes Heller, isso pode acarretar uma catástrofe, *catástrofe da vida cotidiana* (Heller, 2000: 45). Esse erro de Mendonça se tornou um *precedente* para os outros profissionais médicos, que não eram psiquiatras e, como vimos antes, não estavam tecnicamente qualificados para o exercício da prática em saúde mental. Além da precedência, houve também o mecanismo da *imitação*, que levou esse erro diagnóstico à sua banalização ou naturalização e acabou se transformando numa “*catástrofe da vida cotidiana*” asilar.

Assim como, ao pessimismo da análise racional arendtiana sobre o nazismo, houve lugar para esperança, na prática daqueles que agiram de modo não banal, remando contra a correnteza e de acordo com sua consciência, também nesse momento crítico da história do Hospital Juliano Moreira, existiram aqueles que não naturalizaram o absurdo, como Pery Guimarães, ou foram às raízes do problema, como Elso Arruda. Esses são exemplos de práticas feitas por sujeitos que se elevaram do nível da particularidade para o nível humano-genérico consciente, superando momentaneamente a vida cotidiana.

Essa lição política do passado, dada por aqueles cuja radicalidade os levaram a não se conformar com a banalização, a naturalização de uma realidade absurda e socialmente injusta, têm um sentido mais amplo, pois

“humanamente falando, não é preciso nada mais, e nada mais pode ser pedido dentro dos limites do razoável, para que este mundo continue sendo um lugar próprio para a vida humana” (Arendt, 2000: 254)

Após manejarmos o instrumental analítico oriundo de autores da filosofia prática, retornemos aos historiadores neste final de seção e do próprio capítulo para levarmos em conta a lição dos fundadores da “História nova” na compreensão de sujeitos complexos, passíveis de polêmicas e debates, como são exemplos o diretor João Mendonça e também o governador Octávio Mangabeira, nessa conjuntura de 1930-47, o médico Murillo Santos e o rábula Cosme de Farias, na de 1912-1930, ou o provedor Conde de Pereira Marinho e Nina Rodrigues, no período 1874-1912. Bloch nos ensina que “durante muito tempo passou o historiador por ser uma espécie de juiz dos Infernos, encarregado de distribuir pelos heróis mortos o elogio ou a reprovação” (Bloch, 1997:161). E complementa mais adiante: “Robespierristas, anti-robepierristas, por favor! Dizei-nos simplesmente quem foi Robespierre” (*Ibidem*). Em lugar de julgar, que não é papel do historiador (Febvre, 1978:35-36), o que fizemos foi simplesmente compreender a participação desses e de outros sujeitos, individuais e coletivos, na história da psiquiatria baiana, analisando seus acertos e seus equívocos, as circunstâncias, mas também as conseqüências sociais de seus atos.

Sem querer resvalar para uma idealização dos sem-nomes, buscamos escrever este período da História da Psiquiatria na Bahia levando em conta não só os agentes intelectuais – aqueles que dirigem e, em geral, deixam os documentos -, mas também os agentes subalternos e, sobretudo, os loucos – alienados, psicopatas, degenerados, doentes mentais. Na aparente ausência da sua voz dentro do manicômio, encontramos formas de resistência a esse poder quase absoluto e, buscando honrar a memória da maioria silenciada, fizemos às vezes do registro de um diagnóstico no atestado de óbito, um testemunho. Como vemos a luz de uma estrela morta, ouvimos esses gritos - *falou-me em seu silêncio* - e esperamos ter sido capazes de ter tornados audíveis quando eles ainda eram vivos.

*Mas eu no teu vazio – vejo uma multidão
Fala-me o teu silêncio – ouço-te a solidão!...
Povoam-se estas salas...*

*Aqui... além... mais longe... por onde eu movo o passo,
Como aves, que espantadas arrojaram-se ao espaço,
Saudades e lembranças s’erguendo – bando alado –
Roçam por mim as asas voando p’ra o passado.*

Castro Alves, “A Boa Vista”,
In: *Espumas Flutuantes* [1870].



Fig 26 – Eutychio Leal, último diretor do Asilo S. João de Deus da Santa Casa e o primeiro do Hospício estatal, depois da avocação em 1912 (Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n2, jan.1918).

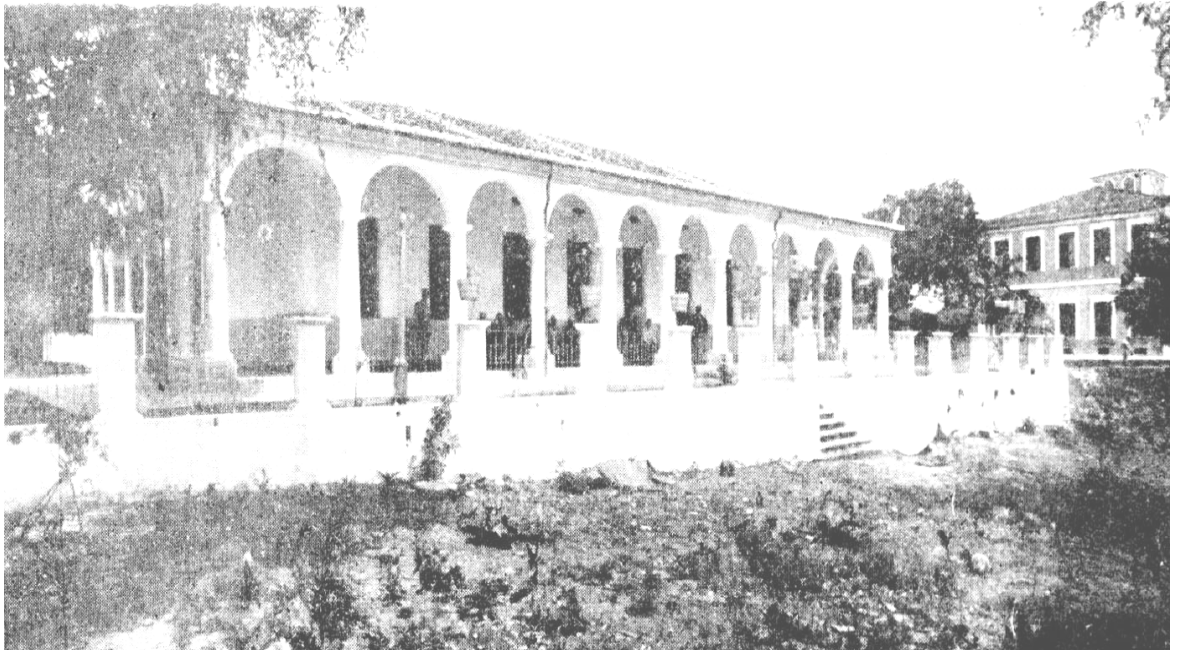


Fig 27 – Pavilhão Manoel Vitorino, 1913, que substituiu a antiga Casa-forte e abrigava os alienados “perigosos”, os que cometiam crimes e os criminosos que enlouqueciam (Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.2, jan.1918).

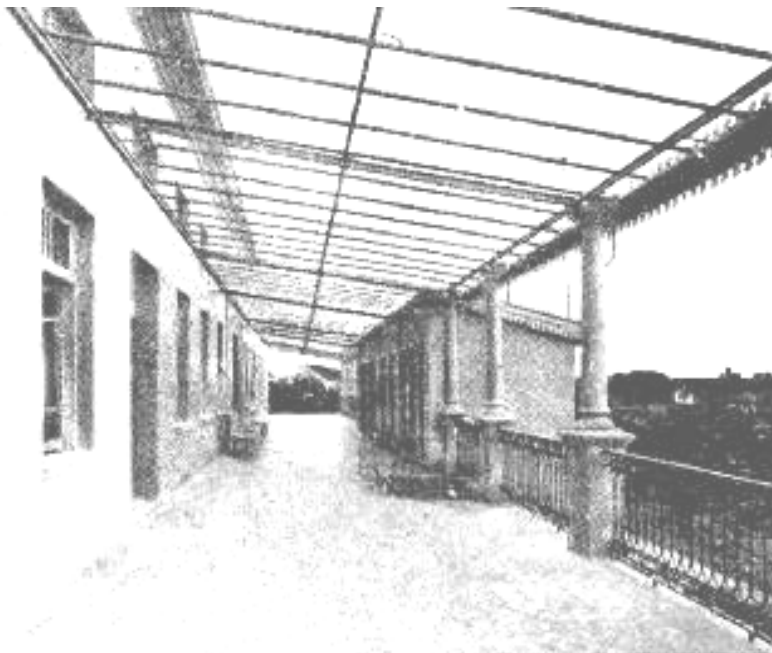


Fig 28 – Pavilhão Kraepelin, concluído em 1913. Fachada e varanda posterior (Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.3, fev.1918).



Fig 29 - Pavilhão Kraepelin. A Secção de tratamento e a Sala de refeições, no ano da inauguração, em 1913.
(Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.3 ,fev.1918).

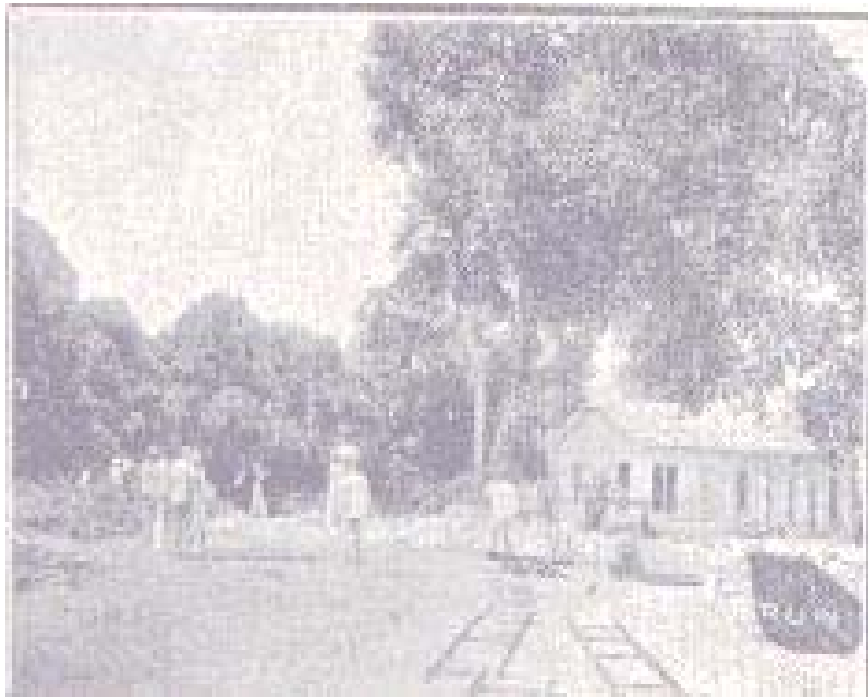


Fig 30 – Ergoterapias na gestão de Eutychio Leal (1916):
I: doentes britando para a produção de blocos no hospício;
II: doentes no trabalho de nivelamento de terrenos do hospício;

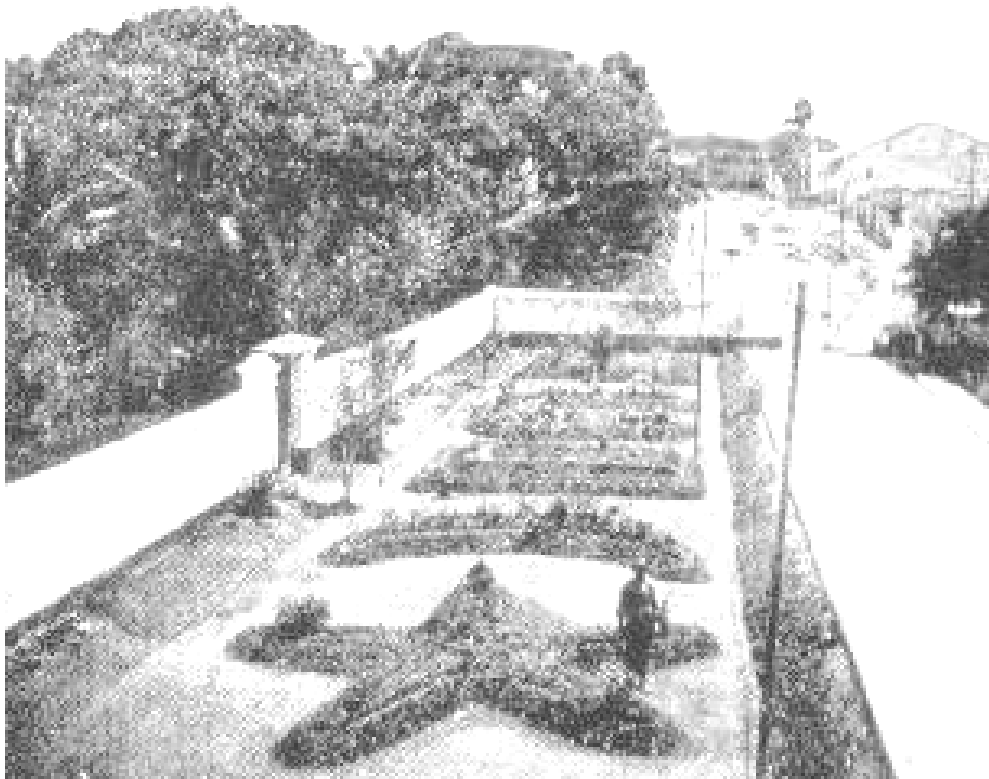


Fig 31 - O jardim do Hospício S. João de Deus, em 1916, cuidado pelos doentes, como laborterapia. (Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.5, abr.1918).

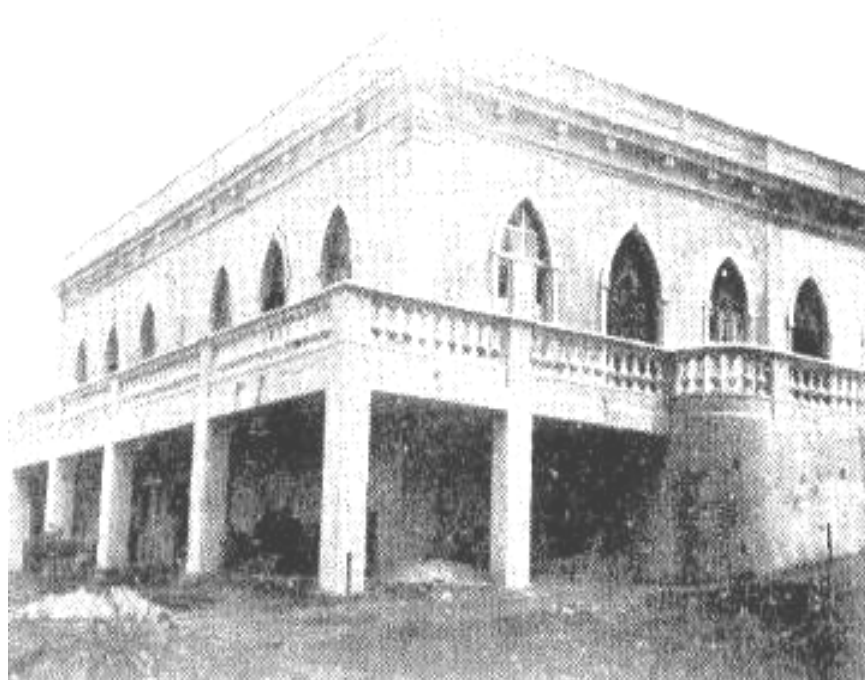
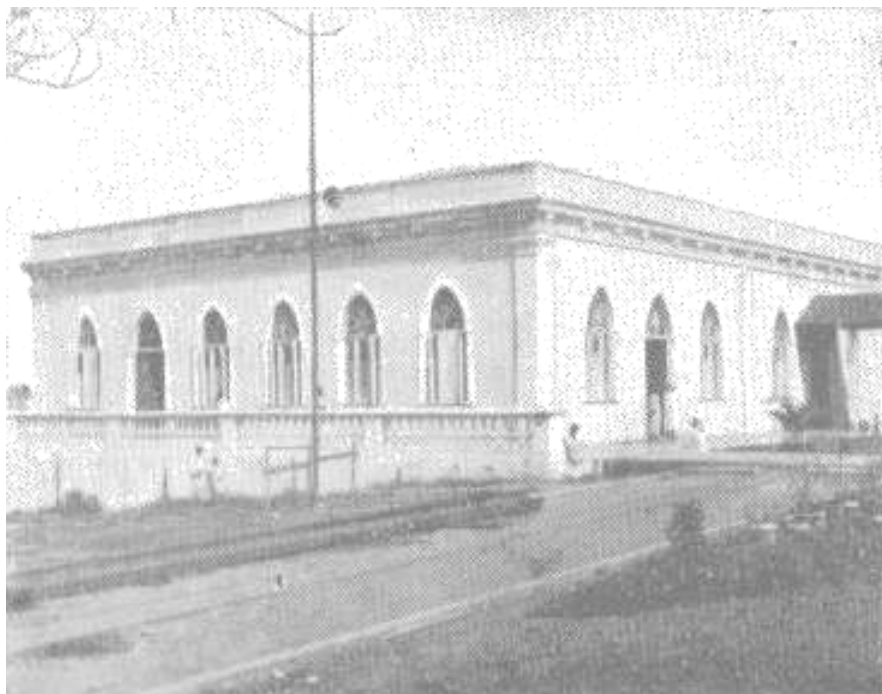


Fig 32 – Pavilhão Júlio de Matos, 1916, fachada anterior e posterior. Nome em homenagem ao alienista português (Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.4, mar.1918).



Fig 33 - Pavilhão Alfredo Brito. Pequeno pavilhão inaugurado em 1916 para alienados tuberculosos, mas, logo depois, usado para pacientes submetidos a “clinoterapia”. Homenagem ao diretor da Faculdade, em cuja gestão foi elaborado o relatório de Nina Rodrigues (1905) sobre o ensino e a assistência psiquiátrica no Asilo (Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.3 ,fev.1918).



Fig 34 – Casa de residência do Diretor do Hospício S. João de Deus, na gestão de Eutychio Leal (1916). Com Barreto Prager, o prédio foi transformado no Pavilhão Vítor Soares, em 1918, em homenagem ao comerciante que doou os recursos que possibilitaram a adaptação do prédio em pavilhão para pensionistas.
(Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.4, mar.1918).



Fig 35 – Pavilhão Charcot (a legenda da ilustração aparece escrita com erro de grafia: “Cloreot”), ainda em construção, em 1916, na gestão de Eutychio Leal. Antigo prédio do “Dormitório” ou “Enfermaria” de 1874 (Fonte: *Bahia Illustrada*, v.2, n.2, jan.1918).

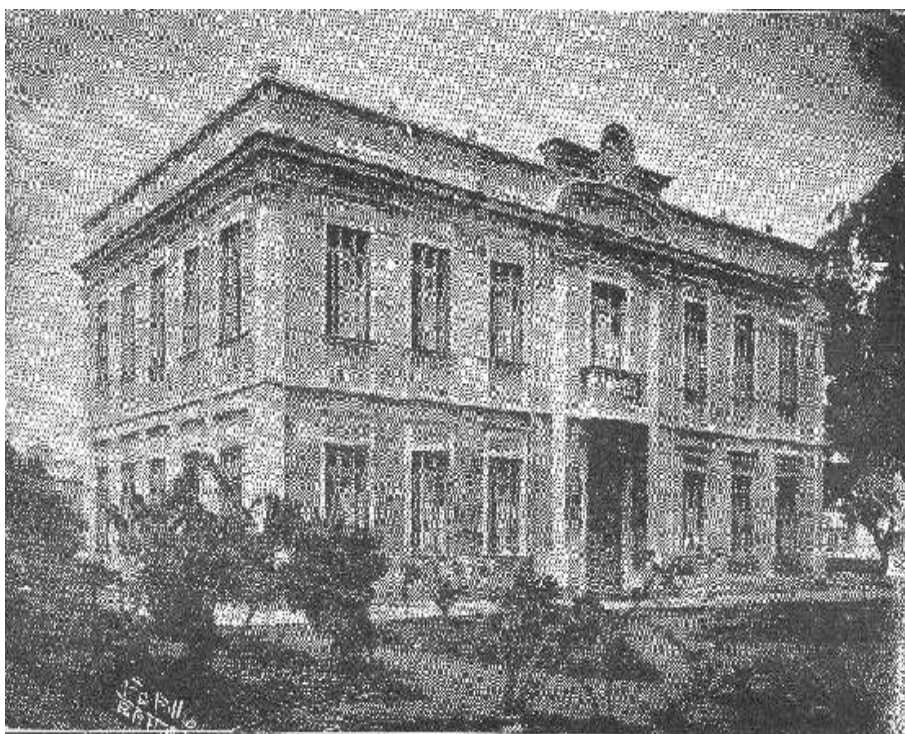


Fig 36 – Pavilhão Charcot, 1919, gestão Antônio Barreto Prager, já concluído. Foi denominado em 1929, na gestão de Mário Leal, de Pavilhão Anísio Circundes de Carvalho, em homenagem ao 3º diretor-médico do Asilo S. João de Deus (Fonte: Arago, 1920).



Fig 37 - Pavilhão de administração do Hospício S. João de Deus. Foto de 1919 (Fonte: Aragão, 1920).

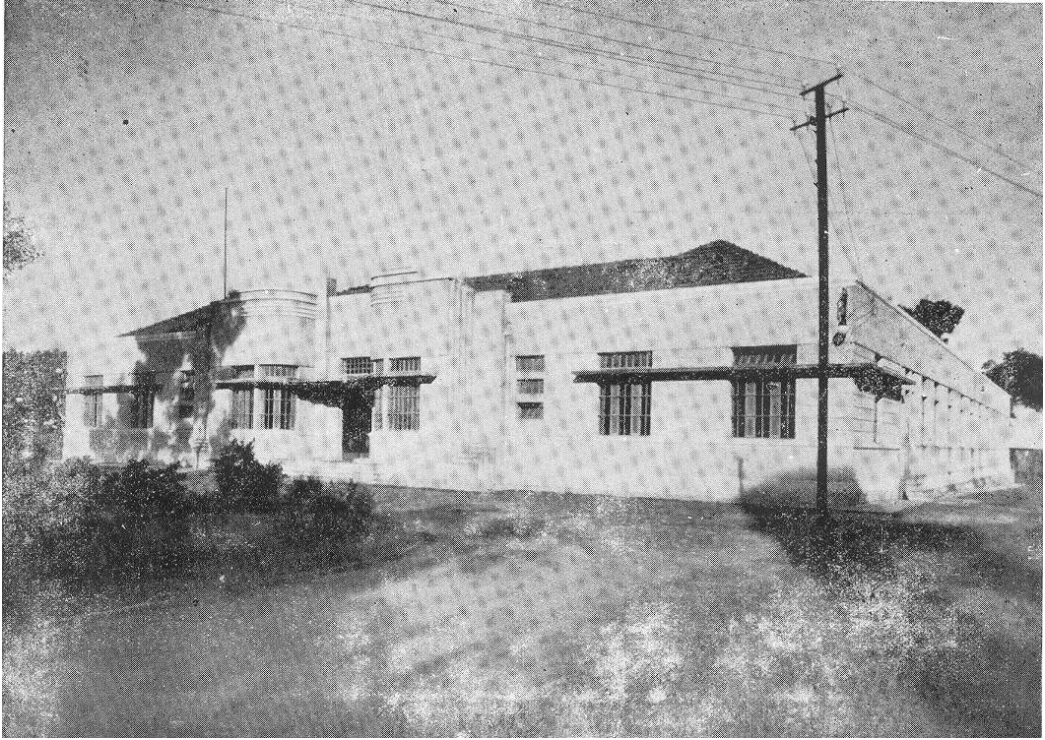


Fig 38 – Pavilhão Juliano Moreira (1935), depois denominado Pavilhão Aristides Novis (1937). Era um pavilhão de pensionistas aparelhado com o serviço de balneoterapia. (Fonte: Magalhães, 1937).

Presadissimo, distinto, bondoso

Dr. João Mendonça:

Interne-se

Em 29 / XII / 1942

Saúde, paz, dinheiro e glórias Diretor
Rego-lhe o caridoso favor de internar
aí o doente Paulo Borges, com 40
anos de idade, solteiro, preto operário,
natural deste Estado; pobre e mora-
dor em Santo Amaro, à Avenida
Rui Barbosa, nº 100.

Trata-se de um caso de emergência
e logo lhe mandarei os papéis.

Éico-lhe muito grato e sempre às
suas ordens.

Do seu, Cosme de Farias.

Registrado sob n. 4198
Em 29 / XII / 1942
Romão Filho
Secretário

Fig 39- Pedido de internamento do "Major" Cosme de Farias ao diretor do Hospital Juliano Moreira, Dr. João Mendonça. Em 29 de dezembro de 1942 (Fonte: APEB..HJM).



Fig. 40 – O deputado e ex-chanceler Octávio Mangabeira, saldando a vitória contra o Nazi-fascismo, beija a mão do Comandante das Forças Aliadas, General Eisenhower, em visita ao Brasil, em agosto de 1946. Foto publicada originalmente na revista “Manchete” (Fonte: Schmidt, 1997:309).



Fig. 41– O governador Octávio Mangabeira (E), juntamente com seu Secretário de Educação e Saúde, Anísio Teixeira (de óculos e paletó escuro), inauguram um Posto de Saúde escolar no interior do estado. Eles foram responsáveis por uma ampla reforma realizada no Hospital Juliano Moreira e na assistência aos doentes mentais na Bahia, de 1947 a 1951 (Fonte: *Revista da Bahia*, v.32, n.31, jul.2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido nos capítulos anteriores permite que se sistematize alguns pontos em relação ao significado da prática psiquiátrica e, em especial, da prática manicomial nas sociedades ocidentais modernas e contemporâneas e, em particular, na formação social brasileira. O destaque será para os conhecimentos produzidos pela pesquisa feita com dados originais de fontes primárias dos quase cem anos de prática psiquiátrica na Bahia (1853-1947).

Na 1ª parte, concebida para orientar a análise da psiquiatria manicomial na Bahia, o estudo histórico feito “em vôo de pássaro”, panorâmico, buscou identificar os processos mais gerais da prática psiquiátrica nos principais centros geradores e difusores, o que nos possibilitou a constituição de um referencial histórico abrangente. Em relação ao estudo dos movimentos de reformas psiquiátricas (cap. 1), a análise foi mantida até o momento atual, e por várias razões: primeira, porque qualquer corte mutilaria o sentido dado ao capítulo, num estudo de grandes planos; segundo, porque muito do instrumental analítico, que nos permitiu compreender o passado manicomial de nossa realidade local, foi construído no bojo desses movimentos contemporâneos, em especial os contra-hegemônicos; por fim, porque serve de compromisso com a continuidade do trabalho de análise das conjunturas seguintes da prática psiquiátrica e, em especial, da psiquiatria asilar na Bahia - de 1947 a 1982, quando o manicômio muda de local, e daí até o momento atual.

A primeira consideração a ser assinalada é que o nascimento do manicômio marca a diferenciação de uma estratégia de confinamento específica, separando o louco dos espaços de exclusão e segregação que anteriormente atingiam vagabundos, criminosos e doentes de um modo geral. Essa delimitação de um objeto específico - a loucura - é o ponto de partida para a constituição da prática psiquiátrica, que ao se materializar no *asilo de alienados*, encontra condições para desenvolver seus meios de trabalho - o saber sobre a “alienação” mental e as técnicas de tratamento -, bem como formar e reproduzir os seus agentes.

O surgimento do Asilo de alienados, elemento da estratégia psiquiátrica de enfrentamento da problemática da loucura, tem como determinantes a maior complexidade da estrutura econômica e da superestrutura político-ideológica nas sociedades capitalistas emergentes. Se o processo de urbanização/industrialização, por um lado, agravou as condições de saúde e saúde mental, especialmente, das classes trabalhadoras, por outro lado, resultou na exigência de maior ordenamento do espaço urbano e submissão às condições e normas do “mundo da produção” industrial. No processo de consolidação da hegemonia burguesa, emergiu, entre outras, a estratégia psiquiátrica que veio a preencher uma lacuna na ordem jurídica liberal, ao tempo em que respondia às finalidades de controle do núcleo de desordem, da irracionalidade que não se coadunava com a superestrutura que passou a ser dominante.

A história das estratégias em psiquiatria é uma história quase pendular, ora de movimentos de reformas intramuros, aprimorando os seus instrumentos, ora de movimentos de expansão, extramuros, sobretudo no século XX. O manicômio, elemento central da estratégia psiquiátrica, começa, apesar dessas sucessivas reformas, a ser questionado e até mesmo negado. Entretanto, ele não desapareceu nas sociedades contemporâneas, sendo uma realidade nesse início de terceiro milênio, embora sua manutenção seja para exercer um papel secundário por referência ao conjunto das instituições do sistema de cuidado psiquiátrico, que cada vez mais se diversifica internamente, com o surgimento de novas modalidades hegemônicas - ideológica e econômica - além da coercitiva, materializada principalmente no manicômio, ou, em período mais recente, de uma modalidade crítica, contra-hegemônica, com novos dispositivos de cuidados.

O manicômio, ao não desaparecer nem mesmo nos centros hegemônicos, teve o seu papel redefinido no sistema de cuidado psiquiátrico, para se tornar orgânico ao novo cenário, onde passou progressivamente de elemento nuclear da prática de formação e de cuidado psiquiátrico para um lugar de retaguarda, como espaço de tratamento e controle predominantemente para os excluídos, que continuam a ser produzidos, inclusive no novo contexto de um mundo globalizado. A pergunta que fizemos na “Introdução”, relativa às razões dessa permanência, deve permanecer em aberto, não é objetivo deste trabalho respondê-la. Ela funcionou como uma diretriz e a investigação ofereceu

elementos para que um estudo mais abrangente e multicêntrico venha a respondê-la conclusivamente.

No capítulo 2, na revisão histórica da psiquiatria manicomial no Brasil, manteve-se apenas o período que julgamos conter os elementos que possibilitaram a compreensão das três conjunturas da prática psiquiátrica na Bahia. Esse período cobriu desde a criação do manicômio, como um objeto de luta do movimento médico e como uma instituição realizada pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, no Segundo Império, até a sua passagem para o controle do Estado, com o advento da República. E continuou com a análise do hospício estatal, incluindo suas variantes: colônia agrícola e manicômio judiciário. Esse desenvolvimento da instituição manicomial no Brasil esteve sob a hegemonia do pensamento médico-psiquiátrico organicista, e o estudo cobriu até meados do século XX.

Além de identificar os determinantes estruturais da criação do manicômio em nosso país, de certo modo semelhantes aos que conduziram ao nascimento do asilo nas sociedades capitalistas centrais, privilegamos na análise a identificação dos elementos conjunturais, específicos à nossa realidade. Assim, consideramos que o próprio desenvolvimento do capitalismo de base agrário-exportadora, em particular o observado de meados do século XIX até as primeiras décadas do século XX, promoveu uma aceleração no processo de urbanização e tornou mais complexa a própria estrutura de classes na sociedade brasileira. Com isso, criaram-se condições para uma rearticulação superestrutural, da qual faz parte a importação das idéias de uma “Medicina do espaço urbano”, forma específica com que os médicos procuraram construir sua organicidade com a nova ordem jurídico-política que se anunciava.

No âmbito da luta por garantir a hegemonia dos médicos frente a outros setores - como a Igreja - que tradicionalmente encarregavam-se do cuidado aos doentes e aos loucos, colocou-se a questão da loucura como questão médica, a ser estudada e enfrentada por uma prática específica - a prática psiquiátrica, naquele momento revestida das concepções do alienismo francês. Mas a consolidação da hegemonia médica não se fez, em nosso país, a partir de uma ruptura imediata com a ordem religiosa. Pelo contrário, o caso do asilo de alienados ilustra bem o fato do estabelecimento de um compromisso entre a “Ciência” e a “Caridade”, compromisso esse que só viria a ser rompido quando

o contexto social já não permitia a subordinação da racionalidade científica aos princípios caritativos. Ou seja, para que se efetivasse a criação do asilo de alienados, e daí a própria psiquiatria brasileira, foi estabelecida uma aliança entre a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, vinculada ideologicamente com a Igreja Católica, e a Medicina, aliança que só se romperia com o advento da República.

Em termos nacionais, a fundação do Hospício de Pedro II, em 1841, e sua inauguração em 1852, marcaram o *nascimento* da psiquiatria no Brasil, que se completou ainda com a institucionalização do ensino da Medicina Mental, em 1881, a própria laicização do hospício na República e, finalmente, a obtenção de sua base jurídica, com a promulgação da Lei Federal de Assistência aos Alienados, em 1903. Esses quatro elementos foram etapas do processo de consolidação da hegemonia médico-psiquiátrica no cuidado à loucura, que culminou com a explicitação da responsabilidade do Estado na organização dos serviços de assistência aos psicopatas.

Um outro ponto a ressaltar é que, concomitantemente à elaboração da estratégia de confinamento, deu-se a expansão do número de manicômios por todo o país, seguida de sucessivas reformas face às crises desencadeadas por uma imediata superlotação dos mesmos e pela carência de recursos financeiros. A primeira dessas reformas, já ao final do século XIX, deu origem às *colônias agrícolas*, e a segunda, na década de 20 do século seguinte, redundou na criação dos *manicômios judiciários*. A prática manicomial, assim, passou por um processo de divisão de trabalho, que deu origem a dois novos ramos distintos da modalidade coercitiva do sistema de cuidado psiquiátrico, subordinados ambos à estratégia de confinamento, que tem no manicômio sua instituição principal.

Nas duas outras partes, numa análise baseada em fontes primárias, muitas delas, até então nunca trabalhadas de modo sistemático, aprofundou-se o estudo da prática psiquiátrica na Bahia, analisando três conjunturas, nas quais foram identificados não só os processos mais estruturais, como também elementos mais específicos, moleculares, como inúmeros *acontecimentos* que, na compreensão dos fenômenos, mostraram-se relevantes.

O aprofundamento analítico permitido pelo estudo da prática psiquiátrica na Bahia e, em particular, desses 73 anos de história do seu principal manicômio, traz outros pontos à sistematização. Assim, levou-nos à identificação de dois marcos importantes do cuidado à loucura, antes mesmo da criação do asilo de alienados na província. O primeiro é a descoberta de um lugar específico para os loucos no hospital da Santa Casa, que era um espaço indiferenciado de abrigo aos desvalidos. O registro de uma “casinha de doidos” no Hospital de Caridade, construída no final do século XVII e entregue em 1706, é uma descoberta relevante até para a história da psiquiatria no Brasil. O outro marco foi a iniciativa com êxito da Provedoria da Santa Casa de Salvador de transferir, em 1853, os loucos encarcerados nos porões de sua instituição “hospitalar” caritativa para o Hospício de Pedro II. Com a garantia da passagem de volta, esse transporte não foi uma simples expulsão, mas o oferecimento de um cuidado específico, embora, sem dúvida, significasse um alívio ante a pressão de um número cada vez maior de alienados. O ano de 1853 é, portanto, um ponto de referência na história da prática psiquiátrica na Bahia, pois os loucos da Santa Casa foram transportados enquanto *alienados* para receberem uma assistência especializada no único *hospício* existente em todo o Império, no ano seguinte a sua construção.

Outro aspecto a ser destacado desta 2ª parte (capítulo 3) do estudo é o do papel desempenhado pelos médicos, quer através dos seus representantes no parlamento, os “políticos-médicos”, quer através de seus órgãos representativos como a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia, foro onde a questão da assistência aos loucos foi debatida e divulgada intensamente através da “Gazeta Médica da Bahia”, periódico criado desde 1866 e que se tornou no principal instrumento da luta pela hegemonia médica.

A aliança do movimento médico com a Igreja, através da Santa Casa de Misericórdia, em defesa da construção do Asilo, desdobrou-se numa convivência conflitiva, principalmente quanto à responsabilidade da administração, que serve de marco para separar os dois momentos do período estudado: o da direção médica - da inauguração em 1874 à demissão do diretor médico em 1882 - e o da direção “leiga”, de 1882 a 1912. No primeiro momento, os médicos, formuladores da necessidade de construção do asilo, tentavam pôr em prática as propostas assimiladas do alienismo europeu e, embora lutando com dificuldades, realizaram algumas delas. No segundo, sob a direção

da Santa Casa, o Asilo apresentou uma deterioração crescente na sua prática assistencial, tendo sido os médicos, agora articulados fora dele, os seus maiores críticos.

Essa polarização da categoria médica baiana pode ser interpretada à luz das considerações anteriores, como decorrente do processo de luta por sua hegemonia. Setaticamente foi oportuna a aliança com a Irmandade da Santa Casa no primeiro momento, ficou claro que a subordinação à ingerência religiosa não se coadunava com a racionalidade “científica”, seu discurso competente e sua tecnologia de intervenção no cuidado aos “alienados”. Desse modo, os médicos se polarizaram para o Estado, sobretudo para o novo Estado republicano que, em seu processo de reestruturação interna, veio a assumir diretamente a responsabilidade pelo manicômio.

Além das questões político-administrativas gerais, a análise do São João de Deus, evidencia uma série de aspectos relativos à prática asilar, que estudamos distinguindo, metodologicamente, os agentes, saberes e técnicas e o objeto de intervenção – o alienado, enfatizando suas condições de saúde na vida manicomial.

Em um processo que implicou, inicialmente, a formação autodidata e, posteriormente, o estudo acadêmico na cadeira específica, criada no curso regular da Faculdade de Medicina, os primeiros alienistas baianos absorveram as idéias dos especialistas europeus e buscaram concretizá-las no Asilo de São João de Deus. A essa assimilação eclética, acrítica e simultânea do alienismo e do organicismo, que fundamentou a estratégica inicial da psiquiatria baiana, chamamos de “asilismo”, pois tal incorporação de não apenas saberes divergentes, mas também procedimentos técnicos conflitantes, teve no *asilos* o lugar de síntese.

Em relação a realidade vivenciada pelo alienado, em todos os três períodos estudados da vida manicomial, estava determinada fundamentalmente pela sua posição de classe, havendo diferentes formas de cuidado segundo as duas categorias polares: pensionistas e indigentes.

Nesse primeiro período, do Asilo da Santa Casa, os asilados “indigentes”, cada vez mais numerosos, passaram a enfrentar a ocorrência de epidemias - como a de malária e de beribéri - que periodicamente os dizimavam. Isto tinha, inclusive, um significado maior,

que era o da correção do desequilíbrio entre o crescente número de alienados e a escassez de meios para mantê-los vivos. Essa categoria de alienados – *indigentes* -, que correspondia à maioria da população asilar, não era necessária aos interesses dominantes da sociedade. Como esses indivíduos não dispunham de um poder contratual, em decorrência da sua origem de classe – “a classe dos desvalidos” -, eles eram segregados por razões sociais no Asilo e, na prática, acabavam sendo fisicamente excluídos.

Entre as descobertas que servem de apoio à tese acima, destacaram-se os estudos de Raimundo Nina Rodrigues. A obra deste autor pioneiro em antropologia médica, objeto atual de uma avaliação crítica, mostrou-se uma rica fonte de informações sobre as condições de vida e de saúde dos internados no Asilo São João de Deus. Usando instrumentos simples, mas eficazes, refutou cientificamente tanto a concepção miasmática quanto a teoria infecciosa para a beribéri, levantou de modo precursor a hipótese de origem carencial da doença e, por fim, chegou a fazer um moderno “raciocínio epidemiológico social”, quando identificou a relação entre o aumento da população asilada, crise financeira e o aumento da mortalidade no asilo.

Outro ponto a ser destacado, nessa passagem do asilo da Santa Casa para hospício do Governo do Estado, é a identificação de um vínculo entre os estudos e relatório de Nina Rodrigues para a Faculdade de Medicina e sua divulgação na imprensa com relatórios anteriores, como os de 1895, um dos quais teve a participação do jovem psiquiatra Juliano Moreira. Eles foram produzidos como parte de uma estratégia médica para afastar a Santa Casa da administração do hospício. Os médicos, organizados nas associações profissionais e na Academia, de onde divulgavam suas posições na imprensa especializada e leiga, conseguiram acirrar um antigo conflito existente entre a Irmandade e o governo, favorecidos pelo contexto republicano. Nosso estudo reforça a tese de historiadores baianos, segundo a qual, a República só chegou à Bahia em 1912, com J.J. Seabra, pois, até então, o Estado baiano só tinha sido governado por conservadores monarquistas. Enquanto a avocação do hospício na capital federal foi consumada alguns meses após a proclamação da República, na Bahia o asilo foi assumido pelo Estado mais de duas décadas depois, quando o republicano J.J. Seabra chegou ao poder, afastando uma instituição que nasceu da união da monarquia portuguesa com a Igreja.

Na 3ª parte, onde estudamos o manicômio estatal, constatamos que o objetivo da direção médica de conquistar a hegemonia para transformar o asilo numa instituição sanitária, voltada para as finalidades manifestas de tratamento, cura e reabilitação dos alienados, não se deu plenamente como foi idealizado. Em primeiro lugar, o saber técnico do médico continuava subordinado ao poder “leigo” do governo. O Provedor foi substituído pelos Secretários de Estado e o Mordomo pelo Diretor de Justiça ou mesmo pelo Chefe de Polícia. O mais grave, entretanto, foi que o hospício estatal continuou mais voltado para as finalidades de exclusão social que as de tratamento e reabilitação, apesar do esforço sincero de muitos de seus agentes. Explicitaremos a seguir, mantendo a distinção adotada em dois períodos, os pontos relevantes identificados na pesquisa.

O período de 1912-1930, estudado no capítulo 3, foi denominado por um dos dirigentes do Hospício de São João de Deus de “fase áurea”. Do ponto de vista dos agentes da prática psiquiátrica, sobretudo dos médicos, foi sem dúvida uma fase de reformas na estrutura física e inovações administrativas e tecnológicas na história do manicômio, apesar da desilusão com a expectativa de garantia plena do poder hegemônico da instituição. De qualquer forma, os psiquiatras retomaram a direção que estava sob a responsabilidade “leiga” dos administradores da Santa Casa e garantiram juridicamente um poder técnico no hospício, com o regulamento aprovado em lei, no Código Sanitário. Além disso, reformaram o antigo solar da Boa Vista e construíram quase uma dezena de pavilhões, entre os quais os reservados aos doentes particulares (“pensionistas”) e os dos “indigentes”, destacando entre estes pavilhões, o do ensino prático da cadeira de psiquiatria (convênio com a Faculdade de Medicina), o do manicômio judiciário para os psicopatas criminosos e a colônia para os crônicos. No final do período, o Hospital S. João de Deus concentrava entre seus muros, praticamente todo o sistema responsável pelas práticas psiquiátricas realizadas na Bahia.

Nesse período, deu-se a redefinição da prática baseada num modelo moral - onde o recurso terapêutico nuclear era o chamado “tratamento moral”, caucionado no objetivo da recuperação, obtida principalmente pelas técnicas educativas disciplinares, em especial o uso “terapêutico” do trabalho -, para o modelo médico de caráter organicista, com a incorporação progressiva das técnicas psicobiológicas e centrado na noção de irrecuperabilidade da doença mental. Se o “psicopata” era irrecuperável, havia o

otimismo na prevenção da doença. O Hospício foi objeto de uma série de reformas, inclusive de algumas tentativas extramuros, inspiradas pelo movimento de Higiene Mental, que também influenciou o regulamento do hospital.

Esse organicismo higienista apresentou características semelhantes às do movimento nacional, como o autoritarismo, a xenofobia, o moralismo e o racismo, este último sobretudo na imputação da mestiçagem como fator de degeneração. Uma contribuição local foi a presença do chauvinismo ou machismo nas práticas e pensamentos de alguns de nossos agentes psiquiátricos. Um exemplo paradigmático encontramos num processo envolvendo uma paciente com diagnóstico de ‘delírio erótico’, no qual se evidenciou práticas de exclusão onde deveriam ser realizadas ações terapêuticas. Dentre inúmeros outros, este episódio serviu para ilustrar o caráter repressivo e violento da instituição manicomial.

A pesquisa constatou, porém, que a pior de todas as violências contra os internados foi aquela cometida de modo insidioso, aparentemente sem responsabilidade de ninguém, principalmente contra os doentes da categoria dos “indigentes” que, famélico e vivendo em condições desumanas, acabavam apresentando doenças carenciais ou ficavam vulneráveis às doenças infecto-contagiosas de grande prevalência e letalidade na época. A instituição que recolhia o louco, denominado psicopata e/ou degenerado para prestar cuidados, com o compromisso de *albergá-los, alimentá-los e tratá-los* adequadamente, favorecia de modo involuntário mas culposo para o agravamento de seu estado sanitário, físico e mental, resultando em grande número dos casos na própria morte. Entre os indigentes, constatamos que a maior vítima dessa violência institucional era o alienado sentenciado recolhido ao pavilhão Manoel Vitorino, que encerrava em sua condição uma tripla exclusão: a de louco, pobre e criminoso.

Ao examinar este aspecto de modo mais detalhado, verificamos que havia uma diferença alimentar quantitativa e qualitativa entre os membros da comunidade manicomial, o que gerou queixas tanto de vozes subalternas, dos agentes secundários da prática, quanto dos internados, em raros registros encontrados de segmentos da população nosocomial quase sempre silenciados. No estudo das causas de morbimortalidade no manicômio, constatamos que, com os dados disponíveis, as principais causas eram as de doenças infecciosas e carenciais, que acabavam funcionando como

um fator de controle do crescimento da população manicomial. Ocorria o seguinte: a entrada de novos asilados era em números crescentes e, por outro lado, a verba de alimentação, já deficitária, não levava em conta esse aumento de população. Assim, grassava nessa população famélica, fraca e indefesa uma “epidemia” de beribéri, disenteria ou enterite, dizimando uma parcela significativa dos loucos, sobretudo “indigentes”, sentenciados ou não.

Enfim, pode-se concordar com o diretor Aristides Novis quando ele diz que esta fase do hospício foi “áurea”, se examinarmos o manicômio do ponto de vista de seus agentes principais, os psiquiatras higienistas, que assumiram a direção do hospício, garantiram juridicamente o poder nele, realizaram uma série de reformas do manicômio etc. Porém, a pesquisa revelou também que, do ponto de vista da maioria dos internados, reclusos nesse hospício estatal superlotado, aqueles anos não foram “anos dourados”. Muito pelo contrário, em vez do brilho, para os “psicopatas” ficaram reservadas as inúmeras formas de violências, inclusive a do adoecer pela miséria e fome que, em muitos casos, levaram a morte. A morte silenciosa dos inocentes.

Se foi assim na fase áurea, mais grave ainda foi no período crítico de 1931-1947, analisado no capítulo 5. Como o manicômio era parte do aparelho estatal, tiveram repercussão nele os processos político-sociais mais amplos. O hospital psiquiátrico, bem como outras instituições assistenciais, não foram prioridade no orçamento do Estado interventor, que naquele momento de ruptura institucional, enfrentava uma grave crise fiscal, agravada pela conjuntura depressiva mundial pós-29. Apesar dessas dificuldades, houve nessa conjuntura o esforço de continuar a ampliação do confinamento asilar, com a construção de mais dois pavilhões e reformas dos antigos, bem como a expansão através da organização do serviço externo, sob a influência do movimento da higiene mental.

Ao analisar esta conjuntura de 1931 a 1947, constatamos que, em todo o período estudado, o asilo/hospital concentrou entre seus muros o aparato responsável pelas práticas psiquiátricas realizadas na Bahia, pois em uma dezena de pavilhões construídos e reformados, estavam aqueles reservados aos doentes particulares (“pavilhões de pensionistas”), o do manicômio judiciário para os criminosos alienados, o pavilhão-colônia para os crônicos e o do ensino prático da medicina mental, sob a

responsabilidade da Faculdade de Medicina da Bahia, além dos vários pavilhões voltados para o cuidado gratuito (“pavilhões de indigentes”). Porém, no final desse período, depois de experiências infrutíferas anteriores, identificamos o surgimento do manicômio privado na Bahia, com o Sanatório Bahia, em 1943. Inicialmente organizado de modo liberal, ou seja, sem vínculo com o Estado, na etapa seguinte, viria a se constituir no espaço institucional privilegiado da emergente psiquiatria empresarial, quando passou a ser financiada com os recursos previdenciários.

Em relação aos saberes e técnicas assimilados no manicômio nesse período, constatamos que consolidou-se a concepção organicista dos agentes intelectuais da prática psiquiátrica, que eram também, em sua maioria, vinculados à Academia. Desse modo, houve um esforço de incorporar os procedimentos bio-médicos ao arsenal terapêutico da psiquiatria, uma vez que havia insatisfação com os recursos inespecíficos do tratamento moral, como balneoterapia, clinoterapia e laborterapia, embora ainda fossem procedimentos considerados válidos no cuidado ao psicopata. Mesmo com o fracasso inicial da técnica cirúrgica da “impaludação cerebral” no tratamento da paralisia geral progressiva, deu-se a assimilação progressiva das técnicas biológicas, como a malarioterapia, a insulino-terapia, a convulsoterapia química e, principalmente, a eletrochoquerapia. Além das terapias de choques, encontramos, sobretudo no período do Catedrático de Psicologia, João Mendonça, alguns procedimentos psicológicos de diagnóstico e terapêutica, inclusive de base psicanalítica. Por outro lado, constatamos também a permanência de um preconceito médico contra as manifestações culturais fora de seu paradigma, em especial aqueles oriundos da cultura africana, como o candomblé e seus rituais.

Em relação a vida cotidiana dos internados no manicômio, encontramos registros de diversas formas de violência contra esses usuários, como nos períodos anteriores. Mas, uma forma se destacou, sobretudo na conjuntura autoritária do Estado Novo. Era uma forma de violência mais sutil, caracterizada pela manutenção no estabelecimento de muitos pacientes que, mesmo melhorados ou curados, permaneciam porque eram úteis para fazer o trabalho gratuito do manicômio, num momento de falta de pessoal e recursos em geral, utilizando-se para essa retenção de artifícios burocráticos. Constatamos também que alguns internados recusaram essa reclusão “humanizada” e resistiram, conscientes ou não de que, em vez de representar um direito social de

assistência, muitas vezes essa segregação representava uma violência aos seus direitos como pessoa humana, mesmo estando na condição de acusados ou sentenciados.

Embora essa conjuntura tenha sido predominantemente autoritária, constatamos que, no curto governo constitucional (1935-37), o manicômio não ficou incólume aos seus efeitos democráticos. Com destaque para a atuação do rábula Cosme de Farias, houve a garantia do direito à justiça, cujo recurso do *habeas-corpus* contra a seqüestração e internação sem base legal beneficiou muitos internados. Com o Estado Novo esse direito foi restringido, mas não abolido.

Sobre as condições de saúde, o manicômio apresentou em quase todo o período um quadro de miséria semelhantes aos anteriores: tinha-se uma população desnutrida, vivendo em péssimas condições de higiene, num ambiente insalubre, com água e alimento sujeitos à contaminação, principalmente pela falta de saneamento básico. Diante desse quadro, torna-se compreensível que as enterites, com suas inúmeras causas etiológicas - infecciosas, parasitárias ou nutricional - dizimassem um número elevado de internados no manicômio, superando, e muito, a tuberculose, essa doença que flagelava a população soteropolitana e baiana em geral.

Os dados de mortalidade confirmaram o esforço da curta gestão do médico sanitarista Pery Guimarães, ao diminuir a superlotação e melhorar as condições de alimentação. Suas medidas, entretanto, apenas atenuaram os efeitos dessa mortal combinação presente no hospício: a de uma população desnutrida num ambiente insalubre.

No período discricionário do Estado Novo, verificamos que os relatórios oficiais do manicômio não revelavam a crise pela qual passava o Hospital Juliano Moreira. O conhecimento objetivo da gravidade da situação do hospital só foi conhecido com a derrubada do regime ditatorial e a democratização de todo o país. Esta pesquisa encontrou documentos que revelaram uma importante descoberta. Um erro diagnóstico serviu para mascarar um “crime burocrático”. Os dados obtidos revelam a importância que o diagnóstico de “enterite terminal dos alienados” teve como causa básica de óbito no hospício, chegando dois terços dos óbitos em julho de 1947. O fator principal de todo aquele quadro dramático no Hospital Juliano Moreira era *a fome*, pois, como corolário dessa fraqueza geral resultante de uma hipovitaminose (pelagra) e as diarreias

conseqüentes, sobrevinha a caquexia mortal ou então uma doença infecciosa secundária, como a disenteria ou a tuberculose.

Esse massacre administrativo foi cometido numa instituição pública, onde os internados estavam sob a responsabilidade do Estado. Os dirigentes do manicômio não eram nem monstros nem simples servidores obedientes do regulamento, mas agentes com forte apego a seus cargos, que através de eufemismos burocráticos, mascararam as crises e falhas do serviço e racionalizaram suas ações. O melhor exemplo foi a criação dessa noção de “enterite terminal dos alienados”, que, ao considerar como inerente à própria alienação o doente se esvair em fezes (*enterite terminal*), banalizava a morte, naturalizava o mal que foi essa verdadeira “catástrofe da vida cotidiana” asilar.

O velho Asilo da Santa Casa, denunciado pelos médicos como “pré-pineliano”, foi avocado pelo Estado, o que garantiu o retorno do poder médico à sua administração. Com a direção médica, através de profissionais oriundos em sua maioria das Cátedras da Academia, o hospício “São João de Deus” foi reformado, ampliado e rebatizado, com a substituição do santo pelo médico sábio. E em três décadas e meia de orientação médica, o manicômio estatal, o hospital psiquiátrico “Juliano Moreira”, apresentou o mesmo desgaste que teve o Asilo e depois Hospício da Santa Casa, chegando a ser comparado a “um campo de concentração”, analogia forte naquele contexto ainda sob o impacto do nazismo.

Para não pactuar com aquele “crime”, o governo democrático realizou uma intervenção no manicômio, através de uma equipe de técnicos do Distrito Federal, com a tarefa de efetivar uma profunda mudança no hospital, com o compromisso de não só abolir as violências mas de garantir tratamento e reabilitação aos doentes mentais, restituídos à condição de cidadãos. Estudar as mudanças e verificar o grau de realização dos objetivos nessa nova conjuntura do hospital são temas para um outro estudo histórico, uma nova história.

Este é um trabalho inconcluso, pois o seu objeto ainda está em curso. Caso seja possível, continuaremos a escrever a História do manicômio, mais ainda, da prática psiquiátrica na Bahia. Para momentaneamente concluir, façamos eco para a voz

“especial” de um ex-asilado, participante do recente movimento antimanicomial, respeitando inclusive a forma do autor, em seu desejo de liberdade e felicidade:

*Num Hospital pisiquiatico
fiquei preso, sem liberdade,
mas com tristeza
por estar ali.
Mas aprendi
que sou especial
por tentar ser feliz
e não conseguir.*

*Será que um dia
sairei desta prisão
sem grades
mas que muito me intristece
por não ser feliz.*

Prisão, de Edgar G. de F.



foto Milton Mendes

Fig 42 – Louca nua no pátio interno do Hospital Juliano Moreira. (Fonte: Mendes, Milton. Foto. *Jornal FotoBahia*, n. 1, jul.1981).

BIBLIOGRAFIA

Arquivo Da Santa Casa de Misericórdia da Bahia (ASCMB)

1 - Manuscritos

- Organizados por volume: Ofícios, Livros de registros etc.

ASCMB. Volume 20 - Livro 2º de Atas da Mesa Administrativa, 1875-84.

ASCMB. Volume 23 - Livro 7º de Atas da Mesa Administrativa, 1895-1902.

ASCMB. Volume 92 - Livro 8º de Registros, 1852-56.

ASCMB. Volume 104 - Livro 4º de Registro com Autoridades, 1886-89.

ASCMB. Volume 106 - Livro 6º de Registro com Autoridades, 1903-07.

ASCMB. Volume 107 - Livro 7º de Registro com Autoridades, 1907-11.

ASCMB. Volume 108 - Livro 8º de Registro com Autoridades, 1911-13.

ASCMB. Volume 114 - Livro 1º de Registro da Correspondência com o Asilo de S. João de Deus, 1871-84.

ASCMB. Volume 115 - Livro 2º de Registro da Correspondência com o Asilo de S. João de Deus, 1884-89.

ASCMB. Volume 147 - Livro de Registro da Correspondência dos Reservados, 1874-77.

ASCMB. Volume 157 - Livro de Registro dos termos de entrega, posse e mais documentos relativos à fundação do Asilo de S. João de Deus, 1869-1928.

ASCMB. Volume 850 - Livro 2º da Despesa da Consignação da Santa Casa, 1700-09.

- Avulsos (organizados pelo ano)

ASCMB. Of. de Anselmo José da Cunha. Correspondência da Provedoria. 18.02.1854.

2 - Impressos (apresentados em ordem cronológica)

- *Balanço de Receita e Despesa*

ASCMB. BALANÇO da Receita e Despesa dos Cofres da Casa da Santa Misericordia desta Cidade em anno administrativo de 1853 a 1854. Bahia: Typographia de Epifânio Pedroza, 1854.

ASCMB. BALANÇO da Receita e Despesa dos Cofres da Casa da Santa Misericordia desta Cidade em anno administrativo de 1854 a 1855. Bahia: Typographia de Epifânio Pedroza, 1855.

ASCMB. [BALANÇO da] Receita e Despesa da Casa da Santa Misericordia da Bahia no anno administrativo de 1864 a 1865. Bahia: Typographia Poggetti-De Tourinho & C., 1865.

- Relatórios dos Provedores

ASCMB. DANTAS, Manoel Pinto de Souza. Relatório apresentado à Junta da Irmandade da Casa da Santa Misericórdia da Capital da Bahia pelo Provedor Conselheiro. Bahia: Typographia do Diário, 1874.

ASCMB. DANTAS, Manoel Pinto de Souza. Relatório apresentado à Junta da Irmandade da Casa da Santa Misericórdia da Capital da Bahia pelo Provedor Conselheiro. Bahia: Typographia do Diário, 1875.

ASCMB. DANTAS, Manoel Pinto de Souza. Relatório apresentado à Junta da Irmandade da Casa da Santa Misericórdia da Capital da Bahia pelo Provedor Conselheiro Manoel Pinto de Souza Dantas. Bahia: Typographia do Diário, 1876.

ASCMB. SILVA, Francisco Rodrigues. Relatório apresentado à Meza e Junta da Casa da Santa Misericórdia da Capital da Bahia pelo Provedor. Bahia: Typographia do “Diário”, 1878.

ASCMB. SILVA, Francisco Rodrigues. Relatório apresentado à Meza e Junta da Casa da Santa Misericórdia da Capital da Bahia pelo Provedor. Bahia: Typographia do “Diário da Bahia”, 1879.

ASCMB. MARINHO, Conde de Pereira. Relatório apresentado à Meza e Junta da Casa da Santa Misericórdia da Capital da Bahia pelo Provedor. Bahia: Litho-typographia de João Gonçalves Tourinho, 1882.

ASCMB. MARINHO, Conde de Pereira. Relatório apresentado à Meza e Junta da Casa da Santa Misericórdia da Capital da Bahia pelo Provedor. Bahia: Litho-typographia de João Gonçalves Tourinho, 1883.

ASCMB. MARINHO, Conde de Pereira. Relatório apresentado à Meza e Junta da Casa da Santa Misericórdia da Capital da Bahia pelo Provedor. Bahia: Litho-typographia de João Gonçalves Tourinho, 1884.

ASCMB. LIMA, João Bernardino Franco. Relatório apresentado à Meza e Junta da Casa da Santa Misericórdia da Capital da Bahia pelo actual Escrivão, no impedimento do Provedor Barão do Guahy. Bahia: Litho-Typographia de João Gonçalves Tourinho, 1887.

ASCMB. LIMA, João Bernardino Franco. Relatório apresentado à Meza e Junta da Casa da Santa Misericórdia da Capital da Bahia pelo actual Escrivão, no impedimento do Provedor Barão do Guahy. Bahia: Litho-Typographia de João Gonçalves Tourinho, 1888.

ASCMB. LIMA, João Bernardino Franco. Relatório apresentado à Meza e Junta da Casa da Santa Misericórdia da Capital da Bahia pelo actual Escrivão, no impedimento do Provedor Barão do Guahy. Bahia: Typographia do Diario da Bahia, 1889.

ASCMB. CAMPOS, Manoel de Souza. Relatório apresentado à Meza e Junta da Casa da Santa Misericórdia da Capital do Estado da Bahia pelo Provedor Commendador (Biennio de 1892-1894). Bahia: Litho-typographia de João Gonçalves Tourinho, 1895.

ASCMB. CAMPOS, Manoel de Souza. Relatório apresentado à Meza e Junta da Casa da Santa Misericórdia da Capital do Estado da Bahia pelo Provedor Commendador (Biennio 1895-1896). Bahia: Litho-typographia de João Gonçalves Tourinho, 1897.

ASCMB. CAMPOS, Manoel de Souza. Relatório apresentado à Meza e Junta da Casa da Santa Misericórdia da Capital do Estado da Bahia pelo Provedor Commendador (Biennio 1899-1900). Bahia: Litho-Typographia de J. G. Tourinho, 1901.

ASCMB. CAMPOS, Manoel de Souza. Relatório apresentado à Meza e Junta da Santa Casa da Misericórdia da Capital do Estado da Bahia pelo Provedor Commendador (Biennio 1901-1902). Bahia: Imprensa Economica, 1903.

ASCMB. CAMPOS, Manoel de Souza. Relatório apresentado à Meza e Junta da Santa Casa da Misericórdia da Capital do Estado da Bahia pelo Provedor Commendador (Biennio 1903-1904). Bahia: Imprensa Economica, 1905.

ASCMB. CAMPOS, Manoel de Souza. Relatório apresentado à Meza e Junta da Santa Casa da Misericórdia da Capital do Estado da Bahia pelo Provedor Commendador (Biennio 1905-1906). Bahia: Officinas do “Jornal de Noticias”, 1907.

ASCMB. CAMPOS, Manoel de Souza. Relatório apresentado à Mesa e Junta da Santa Casa da Misericórdia da Capital do Estado da Bahia pelo Provedor Commendador (Biennio 1905-1906). Bahia: Typ. do “Diario da Bahia”, 1909.

ASCMB. CASTRO, Fillippe Daltro de. Relatório apresentado à Meza e Junta da Santa Casa da Misericórdia da Capital do Estado da Bahia pelo Provedor (Biennio 1909-10). Bahia: Oficinas do “Diario da Bahia”, 1911.

ASCMB. GOMES, Theodoro Teixeira (Provedor). *Exposição feita relativamente ao começo de sua administração e apresentada à Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia da Bahia*. Bahia: Typographia Bahiana, 1911.

ASCMB. GOMES, Theodoro Teixeira. Relatório apresentado à Meza e Junta da Santa Casa da Misericórdia da Capital do Estado da Bahia pelo Provedor Commendador (Administração de 1911). Bahia: Typographia Z. Costa & C., 1912.

ASCMB. GOMES, Theodoro Teixeira. Relatório apresentado à Meza e Junta da Santa Casa da Misericórdia da Capital do Estado da Bahia pelo Provedor Commendador (Administração de 1912). Bahia: Oficinas do “Diario da Bahia”, 1913.

ASCMB. SANTOS, Isaias de Carvalho. *Relatório apresentado à Junta da Santa Casa de Misericórdia da Bahia pelo Provedor, Biênio 1919-1920*. Bahia: Typographia do Commercio, 1920.

- *Relatórios de Diretor do Asilo S. João de Deus (em anexo)*.

ASCMB. TOURINHO, Demetrio C. Anexo n. 16 [Relatório apresentado ao Provedor pelo Diretor do Asilo de S. João de Deus, 24 de junho de 1874 a 23 de junho de 1875], 1-33. In: ASCMB. DANTAS, 1875.

ASCMB. TOURINHO, Demetrio C. [Anexo] N. 20 [Relatório apresentado ao Provedor pelo Diretor do Asilo de S. João de Deus, 24 de junho de 1875 a 23 de junho de 1876], p.1-21. In: ASCMB. DANTAS, 1876.

- *Outros*

ASCMB. *CEREMONIA da Inauguração do Asylo S. João de Deus*. Bahia: Typographia do “Diário”, 1874.

ASCMB. COMPROMISSO da Misericórdia de Lisboa. Lisboa: Typografia de Bulhões, 1818. In: Esteves, Neuza R. (org.) *Catálogo dos Irmãos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia - Século XVII*. Salvador, Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1977.

Arquivo Público do Estado da Bahia – APEB**Seção Republicana****Fundo: Secretaria de Saúde****Grupo: Hospital Juliano Moreira – HJM.**

APEB. CAIXA nº 3161 - Inquérito do Hospício (1925) e outros documentos.

APEB. CAIXA nº 3188 - Correspondência expedida e recebida: 1906-1914.

APEB. CAIXA nº 3189 - Correspondência expedida e recebida: 1914-1920.

APEB. CAIXA nº 3190 - Correspondência expedida e recebida: 1921-1923.

APEB. CAIXA nº 3191 - Correspondência expedida e recebida: 1922-1924
(Por equívoco tem correspondência de 1932-1933).

APEB. CAIXA nº 3192 - Correspondência expedida e recebida: 1924-1927.

APEB. CAIXA nº 3193 - Correspondência expedida e recebida: 1927-1929.

APEB. CAIXA nº 3194 - Correspondência expedida e recebida: 1929-1934.

APEB. CAIXA nº 3195. Correspondências expedidas e recebidas, 1934-1936.

APEB. CAIXA nº 3196. Correspondências expedidas e recebidas, 1936-1937.

APEB. CAIXA nº 3197. Correspondências expedidas e recebidas, 1937-1938.

APEB. CAIXA nº 3198. Correspondências expedidas e recebidas, 1938-1940.

APEB. CAIXA nº 3199. Correspondências expedidas e recebidas, 1939-1946.

APEB. CAIXA nº 3200. Correspondências expedidas e recebidas, 1940-1944.

APEB. CAIXA nº 3201. Correspondências expedidas e recebidas, 1943-1944.

APEB. CAIXA nº 3202. Correspondências expedidas e recebidas, 1944-1945.

APEB. CAIXA nº 3203. Correspondências expedidas e recebidas, 1946-1947.

APEB. CAIXA nº 3244 – Plantões dos Médicos Internos: 1921-30.

Artigos, livros e teses

A COLLABORAÇÃO entre a policia e a Liga de Hygiene Mental para assistencia social aos ebrios. *Arch. Bras. de Hygiene Mental*, v.4, n. 6, pp. 352-53, out-dez de 1934.

ALBUQUERQUE, Manuel Maurício de. *Pequena história da formação social brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

ALEIXO, Renato Onofre P. *Exercício de 1943. Relatório apresentado ao Exmo. Presidente da República pelo Interventor Federal no Estado da Bahia*. Salvador: Imprensa Oficial, 1945.

ALEXANDER, Franz & SELESNICK, Sheldon. *História da Psiquiatria*. 2ª. ed., São Paulo: Ibrasa, 1980.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. O aparelho de cuidado psiquiátrico. Salvador, Programa de Saúde Mental, UFBA, 1979 (mimeo)

ALTHUSSER, Louis. *Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado*. Lisboa: Editorial Presença, 1970.

ALVES, Landulpho. *Atividades da Administração Pública no Biênio 1938-1939. Relatório do Interventor Federal*. Salvador: Imprensa Oficial, 1941.

AMARANTE, Paulo D. de C. (org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo D. de C. Legitimar a ciência: a psiquiatria na ordem social. *Rev. Assoc. Psiq. da Bahia*, Salvador, 3:36-49, 1980.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996.

_____. Asilos, alienados e alienistas. Pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante, P.D. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. 1ª reimpressão, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. (p. 73-84).

ANDERSON, Perry. *O fim da história: de Hegel a Fukuyama*. 5. imp. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

ARAGÃO, Antônio Ferrão Moniz de (Governador do Estado). *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1917.

_____. *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1918.

_____. *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1919.

ARAGÃO, Antônio Ferrão Moniz de (Governador do Estado). *Exposição apresentada ao passar a 29 de Março de 1920, o Governo da Bahia ao seu sucessor Exmo. Snr. Dr. José Joaquim Seabra*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1920.

ARENDET, Hannah. *Eichmann em Jerusalém. Um relato sobre a banalidade do mal*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

AROUCA, Antônio Sérgio . *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Tese de Doutorado. Universidade de Campinas - UNICAMP. Campinas-SP, 1975.

AZEVEDO, Thales O.G. Classes sociais e grupos de prestígios. *Ensaio de Antropologia Social*, Salvador, 1959.

_____. A Economia Baiana em torno de 1850. *Planejamento*, Salvador, 5(4):7-18, out/dez. 1977.

BACHELARD, G. O novo espírito científico. In: *Bachelard*. São Paulo: Abril Cultural (Os Pensadores), p. 89-179, 1978.

BAHIA. Diário da Assembléia. Projeto n. 100 - Despesas do Estado. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, p.1043, 17 ago. 1921.

BAHIA. Governo do Estado. *Regulamento do Hospício São João de Deus. Decreto N.1.764 de 10 de Janeiro de 1918*. Salvador, Imprensa Oficial do Estado, 1921.

BAHIA. Secretaria do Interior. Portaria. De acordo com a proposta do Director Geral de Saúde Pública aprova as Tabellas de rações e dietas para o Hospício S. João de Deus e Hospital do Isolamento de Mont-Serrat. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, p.5099-5101, 07 ago. 1921.

BAHIA. Governo do Estado. Lei nº 1.813 - 30 de julho de 1925. Permite o internamento gratuito nos hospitais mantidos pelo Estado ao funcionário público estadual que estiver sofrendo de afecção mental ou qualquer moléstia infecto contagiosa.. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, p.7361, 1º ago. 1925.

BAHIA. Governo do Estado. *Lei N. 1.811 de 29 de Julho de 1925. Organiza a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública. Decreto N. 4.144 de 20 de Novembro de 1925. Aprova o Código Sanitário do Estado.* Salvador, Imprensa Oficial do Estado, 1926.

BAHIA. Lei n. 2.070 – 23 maio 1928. Cria o Manicômio Judiciário do Estado da Bahia. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, p. 7890-91, 25 maio 1928.

BAHIA. Assembléia Legislativa. *Relatório da Assembléia – 1933.* Salvador: Imprensa Oficial do Estado da Bahia, 1936.

BAHIA. Lei n. 75 – 27 ago. 1936. Determina que o atual “Hospital S. João de Deus” passe a chamar-se “Hospital Juliano Moreira”. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, n. 236, 29 de agosto de 1936.

BAHIA. Diário da Assembléia. Hospital Juliano Moreira. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, p. 809-810, 11 de julho de 1937

BAHIA. Secretaria do Interior e Justiça. *Leis do Estado da Bahia do ano de 1936.* Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1937.

BAHIA. [Interventor Federal exonerava o diretor do Hospital Juliano Moreira, Dr. Aristides Novis e nomeava para o cargo Dr. Pery Guimarães]. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, p. 1531, 6 de janeiro de 1938.

BANDEIRA, Moniz. *Relações Brasil-EUA no contexto da globalização.* 2.ed. São Paulo: Editora Senac-SP, 1998.

BARRETO, Antônio Luiz de Barros. *Relatório da Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública - Ano de 1926.* Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1927.

_____. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública - Ano de 1927.* Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1928.

BARRETO, Antônio Luiz de Barros. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública - Ano de 1928*. Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1929.

_____. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública - Ano de 1929*. Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1930.

BARTHES, Roland. *Mitologias*. 10.ed. São Paulo: Bertrand Brasil, 1999.

BASAGLIA, Franca O. The Psychiatric Reform in Italy: summing up and looking ahead. *International Journal of Social Psychiatry*, 35(1):90-7, 1989.

BASAGLIA, Franco. Apuntes de Psiquiatria Institucional. In: GARCIA, Ramon (org.) *Psiquiatria e ideologia de la locura*. Barcelona, Barral, 1972.

_____. *A psiquiatria alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo, Brasil Debates, 1979.

_____. As instituições da violência. In: ____ (org) *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, p. 99-133, 1991.

BASTOS, Sérgio B. *O Asilo de Alienados S. João de Deus: 1874-1912*. Salvador, 1985. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária (Faculdade de Medicina Universidade Federal da Bahia). Salvador, 1985.

BECKER, H. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

BENNET, G. Community Mental Health Services. *Britain Am. J. Psychiatry*, 130: 10-11, 1973.

BENJAMIN, Andrew & OSBORNE, Peter (org.). *A filosofia de Walter Benjamin: destruição e experiência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

BEZERRA JR., Benilton. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra Jr, B. & Amarante, P. (org) *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 113-126, 1992.

BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BITTENCOURT, Augusto F. M. *Considerações clinicas acerca da Paralysisa geral*. These de concurso á cadeira de Clinica Psychiatrica apresentada a Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador: Imprensa Popular, 1886.

BLOCH, Marc. *Introdução à história. (Apologie pour l'histoire ou Métier d'historien)*. ed. crítica, Mem Martins-Portugal, Publicações Europa-América, 1997.

BOTELHO, Adauto. Idéias e Sugestões sobre a Assistência aos Psychopatas no Brasil. *Arch. Bras. Neurol. Psiq.*, 20(3-4): 286-96, 1937.

BRASIL: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Deptº de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 1987.

BRASIL: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Deptº de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 1992.

BRAUDEL, Fernand. *Escritos sobre a história*. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

BRECHT, Bertolt. *Teatro completo – vol. 4*. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

BUARQUE DE HOLANDA, Sérgio. *Raízes do Brasil*. 26.ed. São Paulo: Companhia de Letras, 1999.

BULFINCH, T. *A Idade da Fábula: O livro de ouro da Mitologia*. 9.ed., Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.

BURKE, P. *A Escola dos Annales (1929-1989): a Revolução Francesa da historiografia*. São Paulo: Editora da UNESP, 1997.

CALMON, Francisco Marques de Góes (Governador do Estado da Bahia). *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1924.

_____. *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1925.

_____. *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1926.

_____. *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1927.

CAMARGO, Oswaldo. *Relatório referente ao exercício de 1947 do Hospital Juliano Moreira*. Salvador: Imprensa Oficial, 1948.

_____. *Relatório referente ao exercício de 1947 do Hospital Juliano Moreira*. Salvador: Imprensa Oficial, 1951.

_____. Hospital Juliano Moreira. Homenagem ao Governador Otávio Mangabeira, grande benemérito do hospital e protetor dos alienados da Bahia. Salvador, jun. 1951. (mimeo)

CANGUILHEM, G. A medical revolution. In: Delaporte, F. (org), *A vital rationalist*. New York: Zone Books, p. 145-157, 1994.

CARDOSO, Ciro F. *Uma Introdução à História*. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CARDOSO, Ciro F. & BRIGNOLI, Hector P. *Os Métodos da História*. 5.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

CARRARA, Sérgio. Casos e acasos: o crime de um certo Custódio e o surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil. *Cadernos do IMS*, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social - UERJ, pp. 73-107, 1989.

CARVALHO, Luiz Pinto de. *Relatorio apresentado ao Governo pelo Director Geral de Saúde Pública, relativo ao anno de 1912*. Bahia: Typographia Bahiana, 1913.

CARVALHO, Maria Alice R. de. & LIMA, Nísia Verônica T. O Argumento histórico nas análises de Saúde Coletiva. In: Fleury, Sônia (org.) *Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

CASTEL, Robert. A Instituição Psiquiátrica em questão. In: Figueira, Sérulo Augusto. *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

_____. Medicina Mental e Serviço Público. *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, Salvador, n. 3, p. 28-35, 1980.

_____. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CHAUÍ, Marilena. O discurso competente. In: _____. *Cultura e democracia. O discurso competente e outras falas*. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COMPROMISSO da Misericórdia de Lisboa [1618]. In: Esteves, Neuza R. (Org.) *Catálogo dos Irmãos da Santa Casa de Misericórdia da Bahia*. Salvador, Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1977.

COOPER, David. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

COSTA, Jurandir F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 3.ed.rev. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

COSTA, Paulo Segundo da. *Hospital de Caridade (São Cristóvão/Santa Izabel) da Santa Casa de Misericórdia da Bahia: 450 anos de funcionamento, 1549-1999*. Salvador: Contexto & Arte Editorial, 2000.

CUMMING, E & CUMMING, J. Some questions on community care. *Canada's mental Health*, 13: 7-12, 1965.

CUNHA, Antônio Geraldo. *Dicionário etimológico da língua portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O Espelho do mundo. Juquery, a história de um Asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DAMASIO, Antonio Joaquim. *Tombamento dos bens immoveis da Santa Casa de Misericórdia da Bahia*. Salvador: Typographia de Camillo de Lellis Masson & C., 1862.

DESCARTES, René. Meditações. In: *Descartes*. 2ª ed. São Paulo: Abril Cultural (Os Pensadores), 1979.

DERRIDA, J. Fazer justiça a Freud: a história da loucura na era da psicanálise. In: Roudinesco, E. et al. *Foucault: leituras da história da loucura*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

DOM PEDRO II. *Diário de viagem ao Norte do Brasil*. Salvador: Livraria Progresso Editora; Universidade da Bahia, 1959.

DONNANGELO, Maria Cecília F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DOYLE, Iracy. *Nosologia psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Casa do Estudante do Brasil, 1961.

DR. EUTYCHIO Leal. *Bahia Illustrada*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, dez.1917 (sem paginação).

DUMONT, Louis. *Homo Hierarchicus*. São Paulo: Edusp, 1993.

ESPOSEL, F. Ideas Geraes... *Arquivo Brasileiro de Hygiene Mental*, n. 1, p.101-108, 1925.

FACULDADE de Medicina. *Diário de Notícias*, Ano XII, n. 149, p. 1, col. 8, 5 jul.; n.150, p.1, col. 8, 6 jul.; n.155, p.2, col.3, 12 jul.; n.159, p.1, col. 8, 16 jul; n.166, p.2, col. 2, 24 jul. 1886.

FEBVRE, Lucien. Caminhando para uma outra História. In: *Combates pela História*. 3.ed. Lisboa: Editorial Presença, 1989.

_____. Apêndice e Algumas notas do punho de Marc Bloch. In: Bloch, Marc. *Introdução à história. (Apologie pour l'histoire ou Métier d'historien)*. 3.ed. Mem Martins - Portugal, Publicações Europa-América, 1993.

_____. Os apoios da irreligião: a Filosofia? (Capítulo extraído da obra: O problema da Descrença no Século XVI, de 1942). In: Mota, Carlos Guilherme (org.). *Lucien Febvre: História*. São Paulo: Ática, 1978.

FERRATER MORA, J. *Diccionario de Filosofia*. 4 vols. 5.ed. Madrid: Alianza Editorial, 1984.

FERREIRA, Aurélio B. de H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. (Instruções para a organização do vocabulário ortográfico da Língua Portuguesa, da ABL - Academia Brasileira de Letras). 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLETCHER, William. Arroz y Beriberi. Informe preliminar de un experimento realizado en el asilo para lunáticos de Kuala Lumpur [1907]. *Salud Pública de México*, v. 35, n.4, pp.427-33, julio-agosto de 1993. (Clásicos en Salud Pública)

FLOUD, R. *An Introduction to Quantitative Methods for Historians*. New Jersey: Princeton University Press, s/d.

FONTENELLE, J. P. Hygiene Mental e Educação, *Arch. bras. Hygiene Mental*, n. 1, p.1-10, 1925

FONTES, João Tillemont. Assistência dos alienados na Bahia (no passado e no presente). *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 11:411-22, maio 1895.

FOUCAULT, Michel. *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard, 1969.

_____. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1977.

_____. *Microfísica do poder*. 14.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

_____. Séxualité et solitude. In: _____. *Dits et Écrits, IV*, pp.168-178, Paris: Gallimard, 1994.

_____. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. 12.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

_____. *História da sexualidade II : O uso dos prazeres*. 8.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.

_____. *História da loucura na idade clássica*. 6.ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FREUD, Sigmund. Uma nota sobre o Inconsciente na Psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1912].

_____. O Ego e o Id. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1923].

_____. A Questão da análise leiga.. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976 [1926].

FURET, F. O quantitativo em história. In: _____. *A Oficina da História*. Lisboa: Gradiva, p. 59-79, s/d.

GARCIA, Juan César. *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.

GIDDENS, Anthony. *Política, sociologia e teoria social. Encontros com o pensamento social clássico e contemporâneo*. São Paulo: Fundação Editora UNESP, 1998.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. (Asylums - Essays on the social situation of mental patients and other inmates). São Paulo: Perspectiva, 1974.

GONÇALVES, Ricardo Bruno M. *Medicina e História. Raízes sociais do trabalho médico*. Dissertação de Mestrado em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo - USP. São Paulo, 1979.

GORDINHO, Margarida Cintra (org). *Caminhos da Medicina*. São Paulo: Marca D'Água, 1999.

GRAMSCI, Antônio. *Cadernos do cárcere. Volume 1. Introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

_____. *Cadernos do cárcere. Volume 2. Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000a.

_____. *Cadernos do cárcere. Volume 3. Maquiavel. Notas sobre o Estado e a Política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000b.

GUATTARI, Félix. Introdução à psicoterapia institucional. In: Basaglia, Franco *et al.* *As instituições e os discursos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1974.

GUILHON ALBUQUERQUE, José Augusto. *Instituição e poder*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

GUIMARÃES, Pery. Relatório do Hospital Juliano Moreira. Ano de 1937. In: APEB. HJM. *Caixa n. 3198. Correspondência expedida e recebida*. Salvador, 14 de fevereiro de 1938.

HELLER, Agnes. *O Cotidiano e a História*. 6.ed. Rio de Janeiro / São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HERÓDOTOS. *História*. 2.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1988.

HOSPÍCIO Nacional de Alienados, *Chronicas e Noticias, Brasil Médico*, n. 15, p. 149-150, 1905.

HOTTOIS, G. *Le paradigme bioéthique. Une éthique pour la technoscience*. Bruxelas: De Boeck, 1990.

IANNI, Octávio. *O Colapso do populismo no Brasil*. 5ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1994.

IPAC-BA. Instituto do Patrimônio Artístico e Cultural – Bahia. Inventário de proteção do acervo cultural. Volume 1: Monumentos do município do Salvador, Bahia. Salvador: Governo da Bahia/ Secretaria da Indústria e Comércio, 1975.

JACOBINA, Ronaldo R. *O Asilo e a constituição da Psiquiatria na Bahia*. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Comunitária - UFBA). Salvador, 1982.

_____. O Paradigma da epistemologia histórica: a contribuição de Thomas Kuhn. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 3, p.609-630, nov. 1999 / fev. 2000.

JACOBINA, Ronaldo R. & CARVALHO, Fernando M. Nina, o epidemiologista. Estudo histórico dos surtos de beribéri na população do Asilo S. João de Deus, 1897 a 1904. Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ-MS (mimeo), 1998.

JACOBINA, Ronaldo R. & NERY FILHO, Antonio (org). *Conversando sobre drogas*. Salvador: Editora Universidade Federal da Bahia, 1999.

JERVIS, Giovanni. Crise da psiquiatria e contradições institucionais. In: Basaglia, Franco. *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, p. 251-272, 1991.

KAPLAN, H. & SADOCK, B. *Compêndio de Psiquiatria*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KEHL, Renato. *Eugenia e Medicina Social*. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1923.

KIFFER NETO, João. *Jurujuba - o lugar da loucura na capital da “Velha Província” (1938-1964)*. Tese de Doutorado em História. Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ, 1995.

KUBIAK, Fabiana; CUNHA, Leticia; ROCHA, Nádia Maria. A Psicologia médica no século XIX. Pôster. *IV Jornada Nordestina de Psiquiatria e Saúde Mental*. Salvador, 1-3 jun. 2000.

KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. 4.ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1996.

LAFER, Celso. *A reconstrução dos direitos humanos. Um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt*. São Paulo: Companhia de Letras, 1988.

LAÍN ENTRALGO, Pedro. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1978.

LAING, Ronald D. *A política da família*. Lisboa: Portugalia, 1973a.

_____. *O Eu dividido*. Petrópolis: Vozes, 1973b.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. *Vocabulário da Psicanálise*. 3.ed. Santos-SP: Martins Fontes, 1970.

LAROUSSE Cultural. *Grande Enciclopédia Larousse Cultural*. 30 vol. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1988.

LEAL, Eutychio. Assistência aos alienados. Relatório do Dr. Eutychio Leal, Diretor do Asylo S. João de Deus. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 43, n.8, p. 359-70, fev. 1912; n. 9, p.404-19, mar. 1912; n. 10, p.472-87, abr. 1912.

_____. Hospício São João de Deus, *Bahia Illustrada*, Rio de Janeiro, v.2, n.2-5, jan-abril, 1918 (sem paginação).

LEAL, Mário. Hospital S. João de Deus. Inaugurações de diversas obras: Colônia agrícola de alienado e Pavilhões. Discurso. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Salvador, p.13561-563, 10 set. 1929.

LE GOFF, J. *A história nova*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____. História. In: _____. *História e Memória*. 4.ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, p. 17-165, 1996a.

_____, Documento / Monumento. In: _____. *História e Memória*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, p. 535-553, 1996b.

LE ROY LADURIE, E. *Montaillou: povoado occitânico, 1294-1324*. São Paulo: Companhia de Letras, 1997.

LIMA, Joaquim Manoel Rodrigues. *Memória sobre o Estado da Bahia. 1893*. Bahia: Typ. do "Diário da Bahia", 1893.

LOCKE, J. Ensaio acerca do entendimento humano. In: *Locke*. 3ed. São Paulo: Abril Cultural (Os Pensadores), p.133-344, 1983.

LOPES, Ernani. Os meios de acção na campanha pela Hygiene Mental. *Arch. Bras. de Hygiene Mental*, v. 1, n.2, p. 151-164, abr-jun. 1925a.

_____. Resenhas e Analyses. *Arch. Bras. Hygiene Mental*, v.1, n.1, p. 167-191, 1925b.

LOPES, Ernani. Menores incorrigíveis. *Arch. Bras. de Hygiene Mental*, v. 3, n. 7, p.241-46, junho de 1930.

LOPES, I. Cunha. Notícia histórica da Assistência a psicopatas no Distrito Federal. *Arch. Bras. Neurol. Psiquiatria*, n. 22, p. 79-118, 1939.

LÓPEZ CERVANTES, M. Presentación. Clásicos en Salud Pública: Arroz y Beriberi. *Salud Pública de México*, v. 35, n.4, pp.425-26, julio-agosto de 1993.

LOUGON, Maurício *et al.* Assistência Psiquiátrica Pública no Brasil: Modelos e estratégias entre 1920-1940. *Cadernos de Psiquiatria social*, Rio de Janeiro, 2 (1):3-8, 1984.

LUZ, Madel Terezinha *et. al.* *Medicina e ordem política brasileira: política e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, Antônio Candido da Cruz. Falla com que o Exm. Sr. Commendador Antonio Candido da Cruz Machado abriu a 1ª sessão da Vigésima Legislatura. Assembléa Legislativa Provincial da Bahia. Bahia: Typographia do “Correio da Bahia”, 1874.

MACHADO, Roberto *et al.* *Danação da norma. Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. *Ciência e Saber. A Trajetória da Arqueologia de Foucault*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MADALENA, J. Caruso. *As terapêuticas biológicas nas doenças mentais*. Rio de Janeiro: Sinform, 1977.

MAGALHÃES, Juracy. *Exposição feita ao Exmo. Sr. Dr. Getúlio Vargas pelo Cap. Juracy Montenegro Magalhães, Interventor Federal no Estado da Bahia*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1935.

_____. *Mensagem do Governador relatando à Assembléa Legislativa, em 2 de Julho de 1936, a situação geral do Estado da Bahia*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1936.

_____. *Mensagem do Governador relatando à Assembléa Legislativa, em 2 de Julho de 1937 a situação geral do Estado da Bahia*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1937.

MAIA, Edmundo. Visão panorâmica da assistência psiquiátrica no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, n. 6, p.1-10, 1961.

MANGABEIRA, Octávio. *Mensagem apresentada pelo Governador do Estado da Bahia à Assembléia Legislativa em 7 de abril de 1949*. Salvador: Imprensa Oficial da Bahia, 1949.

_____. Um Período governamental na Bahia: de 10 de abril de 1947 a 31 de janeiro de 1951. Salvador: Imprensa Oficial da Bahia, 1951.

_____. *Mangabeira e a Bahia* (Coletânea de Discursos). Salvador: Empresa Gráfica da Bahia, 1986.

MARX, Karl. *O Capital*. Livro 1, vol. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

_____. O 18 brumário de Luís Bonaparte. In: *Marx*. 2.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os pensadores)

MATTOS, Julio Xavier de. *Allucinações e Illusões. Ensaio de Psychologia Médica*. São Paulo: Teixeira & Irmãos Editores, 1892.

MATTOSO, Kátia. *Bahia, Século XIX. Uma Província no Império*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1992.

MEDEIROS, Tácito A. *Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil*. Dissertação de Mestrado (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ). Rio de Janeiro, 1977.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A evolução histórica da prática médica*. Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1984.

MENDONÇA, João Ignácio. Relatório do exercício de 1943, apresentado ao Diretor Geral do Departamento de Saúde. In: APEB.HJM. *Caixa n. 3202 Correspondências expedidas e recebidas, 1944-45*. Salvador, 25 de janeiro de 1944.

_____. *Relatório do exercício de 1942, apresentado pelo Diretor do Hospital Juliano Moreira*. Salvador: Imprensa Oficial, 1947 a.

_____. *Relatório do exercício de 1944, apresentado pelo Diretor do Hospital Juliano Moreira*. Salvador: Imprensa Oficial, 1947 b.

MENDONÇA, João Ignácio. *Relatório do exercício de 1945, apresentado pelo Diretor do Hospital Juliano Moreira*. Salvador: Imprensa Oficial, 1947 c.

M.N., Dr. Loucos e criminosos (Boletim da Semana). *O Brasil Médico, revista semanal de medicina e cirurgia*, v. 10, n.24, p.216, 22 de junho de 1896.

MONIZ, Gonçalo. *Diretoria Geral de Saúde Pública. Relatório apresentado ao Secretário do Interior, Justiça e Instrução Pública*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1921.

MONTEIRO, J. Remédios. O Asilo de alienados de São João de Deus. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 12(5):205-14, nov. 1880.

MOREIRA, Juliano. Assistência a alienados no Pará e no Rio Grande do Sul. *Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*. Rio de Janeiro, v.3, n.3-4, p. 429-435, 1907.

_____. Quaes os melhores meios de assistencia aos alienados? *Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, Rio de Janeiro, v.6, n.3-4, p.373-96, 1910.

_____. Silva Lima e a Gazeta Medica da Bahia (1866-1916). *Bahia Illustrada*. Rio de Janeiro, n. 3, fev. 1918 (sem paginação).

_____. O anniversario da fundação do Hospital Nacional de Psychopathas. Rio de Janeiro, *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria*, v.10, n.2-3, p.129-31, 1927.

_____. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. (Republicado) *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, n. 38, p. 65-101, 1955.

MORIN, E. Introdução geral. In: *O Método. 3 - O Conhecimento do conhecimento/I*. Mem Martins (Portugal): Publ. Europa-América, p.13-33, s/d.

MORIN, Edgar. *Ciência com consciência*. 3.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

MUSTO, D. *Whatever happened to "community mental health"*. New York, The Public Interes, s.d.

NINA RODRIGUES, Raymundo. A assistência médico-legal aos alienado no Estado da Bahia. *Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia*, Salvador, 3(3):163-470, 1905.

_____. Legislação sobre assistência a alienados. *Arq. bras. Psiq. Neurol. Ciências Afins*. Rio de Janeiro, 2(4): 299-387, 1906.

_____. Memória Histórica da Faculdade de Medicina e Farmácia da Bahia, 1896. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 73, p. 11-30, out. 1976.

NINA RODRIGUES, R., PEREIRA, A.P. & CARVALHO, L.P. *Relatório apresentado ao Dr. Alfredo Britto, Director da Faculdade de Medicina da Bahia, sobre a organização do ensino de clinica psiquiatrica da mesma Faculdade e do asylo de alienados do Estado*. Bahia: Litho-Typographia Almeida, 1905.

NOTAS. Nomeações. *Arq. bras. Psiq. Neurol. Ciências Afins*. Rio de Janeiro, v.3, n.3-4, p. 437, 1907.

NOTICIÁRIO. Sociedade Médico-Pharmaceutica de Beneficencia Mutua. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 4(75): 36, set. 1869.

_____. Inauguração do asilo de alienados S. João de Deus. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 7(167):366-381, jul. 1874.

_____. Asilo S. João de Deus. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 15(10):495, abr. 1884.

NOTICIÁRIO. Boletim do Hospital Juliano Moreira, **n. 19-24, 1957**.

NOVIS, Aristides. Noticiário. Discurso proferido por ocasião de inauguração de melhoramentos no Hospício S. João de Deus na Comemoração do Centenário da Independência na Bahia *Gazeta Médica da Bahia*, v. 54, n. 2, p. 307-316, ago. 1923.

_____. Hospital S. João de Deus. Relatório do Diretor. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 63, n. 1-2, p. 513-531, jul-ago. 1932.

_____. Relatório do Hospital São João de Deus. Ano de 1934. In: APEB.HJM. *Caixa n° 3195. Correspondência expedida e recebida*, of. 14 de março de 1935.

_____. Relatório do Hospital S. João de Deus. Ano de 1935. In: APEB.HJM. *Caixa n° 3196. Correspondência expedida e recebida*, of. 14 de março de 1936.

_____. Relatório do Hospital S. João de Deus. Ano de 1936. In: APEB.HJM. *Caixas n°s 3196-3197. Correspondências expedida e recebida*, of. 4 de março de 1937.

OLIVEIRA, Eduardo de S. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia, concernente ao ano de 1942*. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.

OLIVEIRA, Irismar Reis de. *Manual de psicofarmacologia clínica*. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

OLIVEIRA, Jaime A. de & TEIXEIRA, Sônia M.F. *(Im)Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis-RJ: Vozes-Abrasco, 1985.

OLIVEIRA, Waldir F. Poetas, médicos e loucos povoaram o Solar Centenário. *A Tarde*, Salvador, p.15, 22 de junho de 1974.

OTT, Carlos. *A Santa Casa de Misericórdia da Cidade de Salvador*. Rio de Janeiro: Publicações do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional, nº 21, 1960.

_____. A Casa da Câmara da Cidade de Salvador. *Centro de Estudos Baianos*, nº 93, publicação da UFBA, jul. 1981.

PAIM, Isaías. Primórdios da Psiquiatria no Brasil. In: *Tratado de clínica psiquiátrica*. São Paulo: Grijalbo, p. 1-25, 1976.

PASSOS, Alexandre. *Juliano Moreira - Vida e Obra*. Rio de Janeiro: Liv. S. José, 1975.

PEIXOTO, Afrânio. Um sábio, mestre e amigo. *Arquivos Bras. de Med.*, Rio de Janeiro, vol. 23(5), maio 1933.

_____. *Breviário da Bahia*. Rio de Janeiro: Livraria Agir Editora, 1945.

_____. *Livro de Horas*. Rio de Janeiro: Livraria Agir Editora, 1947.

PEREIRA NETO, A. *30 anos de um debate: Foucault, Derrida e a história da loucura*. Rio de Janeiro: UERJ / IMS (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 95), 1994.

PEREIRA, Luiz. *Ensaio de sociologia do desenvolvimento*. 3ª ed., São Paulo: Pioneira, 1978.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. *Doença e Delito. Relação da prática psiquiátrica e poder judiciário no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, Bahia*. Dissertação de Mestrado (Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia). Salvador, 1997.

PERNAMBUCANO, Ulisses. Recursos modernos de assistência aos doentes mentais. *Neurobiologia*, Recife, 1(1):1-13, 1938.

PESSOTTI, Isaías. *A Loucura e as épocas*. 2ª ed., Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

PIAGET, Jean. Les deux problèmes principaux de L'épistémologie des sciences de l'homme. In: *Logique et connaissance scientifique* (Jean Piaget, org.) Paris: Gallimard. (Encyclopédie de la Pléiade), p. 1.114-146, 1967.

_____. *Epistémologie des sciences de l'homme*. Paris: Gallimard, 1972.

PINHEIRO, Luiz Umberto F. *A prática psiquiátrica*. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária, Universidade Federal da Bahia - UFBA. Salvador, 1980.

PINHEIRO, Luiz Umberto et al. Algumas questões sobre a Psiquiatria Comunitária. *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, Salvador, v. 1, n. 1, p.9-30, 1977.

POULANTZAS, Nicos. *Poder político e classes sociais*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

PRADO JÚNIOR, Caio. *História econômica do Brasil*. 17ª ed., São Paulo: Brasiliense, 1974.

PRAGUER, Antônio B. *Memória sobre a assistência aos alienados na Bahia*. Salvador, Imprensa Oficial do Estado, 1919.

PRIGOGINE, I. *O fim das certezas. Tempo, Caos e as Leis da Natureza*. São Paulo: Ed. Unesp, 1996.

PRIGOGINE, I. & STENGERS, I. *A nova aliança: metamorfose da ciência*. 3.ed. Brasília: Editora UnB - Universidade de Brasília, 1997.

PROFESSOR Dr. Nina Rodrigues, *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador 38 (2): 57-67, agosto de 1906.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S.A. & Costa, N.R. (org) *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. 4.ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1994. p.15-75

RICOEUR, P. *Interpretação e ideologias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

RIEDEL, Gustavo. Cinco anos de Administração em Engenho de Dentro. *Archivos Brasileiros de Medicina*, n. 14, p. 709-44, 1924.

ROCHA FILHO, Raimundo. *Entrevista*. Realizada pelo Prof. Ronaldo Ribeiro Jacobina, Departamento de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina – UFBA. Salvador, 21 de agosto de 2000.

ROCHA, Franco da. Assistência familiar aos insanos em S. Paulo. *Arq. bras.Psiq. Neurol. Med. Legal*, Rio de Janeiro, 6(3-4): 397-402, 1910.

RODRIGUES, Lopes. O doente mental no Brasil. *Arq. Dep. Assist. Psicop. Est. São Paulo*, São Paulo, 31, pp. 87-91, 1965.

RORTY, Richard. Objetivismo, relativismo e verdade. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997. (Inquiry as recontextualization: an anti-dualist account of interpretation. In: *Objectivity, Relativism and Truth*. Cambridge University Press, p.93-110, 1991).

ROSEN, George. *Locura y sociedade. Sociologia historica de la enfermedad mental*. Madrid, Alianza, 1974.

_____. *Da política médica à medicina social*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

_____. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo, Hucitec-Ed.UNESP-ABRASCO, 1994.

ROTELLI, Franco A Lei 180 e a reforma psiquiátrica italiana. In: Bezerra Jr., B. & Amarante, P. (org) *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROTELLI, F. & AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR. & AMARANTE (Org.) *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROUDINESCO, Elisabeth. *História da Psicanálise na França*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

_____. Leituras da história da loucura (1961-86). In: Roudinesco et al. *Foucault: leituras da história da loucura*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

RUBIM DE PINHO, Álvaro. O ensino da Psiquiatria e o Hospital Juliano Moreira. *Simpósio Médico* (Edição comemorativa do Centenário do Hospital Juliano Moreira), Salvador, 794):3, jul. 1974.

_____. *Entrevista*. Realizada pelo Dr. Sérgio Santana. Salvador, 1º set. 1979.

RUBIM DE PINHO, Álvaro. *Entrevista*. Realizada pelo Prof. Marcus Vinícius, Departamento de Psicologia - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – UFBA. Salvador, 27 maio & 15 jun.1992.

_____. Apresentação. In: OLIVEIRA, Irismar Reis de. *Manual de psicofarmacologia clínica*. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

_____. Algumas notas sobre a história da Psiquiatria na Bahia. (Trabalho póstumo organizado por William Dunningham, Solange Rubim de Pinho e Penha de Fátima Serra). Salvador, 1999.

RUSSEL-WOOD, AJR. *Fidalgos e Filantropos. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

RUSSO, Jane A. *Indivíduo e transcendência: algumas reflexões sobre as modernas religiões do eu*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - UERJ (mimeo), 1993.

SAIDE, Osvaldo L. A Psiquiatria do espaço urbano: O nascimento do asilo no Brasil. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, 2(2):19-21, jan./abr. 1981a.

_____. A organização dos asilos na “República Velha”. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, 2(3):26-28, maio/jul. 1981b.

SAMPAIO, Consuelo Novais. *Poder e representação: O legislativo da Bahia na Segunda República, 1930-37*. Salvador: Assembléia Legislativa. Assessoria de Comunicação Social, 1992.

_____. *Os partidos políticos na Primeira República: uma política de acomodação*. Salvador, Editora da Universidade Federal da Bahia, 1998.

SANT’ANNA, Eurydice P. de & Teixeira, Rodolfo. *Gazeta médica da Bahia: Índice cumulativo (1866-1976)*. Salvador: Centro Editorial e didático da UFBA, 1984.

SANTOS, Boaventura S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1989.

SANTOS, Murillo Celestino dos. Moléstias mentais mais frequentes na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, v.54, n. 1, pp. 239-257, jul. 1923.

SCHITTAR, Lúcio. A ideologia da comunidade terapêutica. In: BASAGLIA, Franco *et al.* *A instituição negada*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. p.135-156.

SCHMIDT, Mario. F. *Nova História crítica do Brasil: 500 anos de História malcontada*. São Paulo: Nova Geração, 1997.

SEABRA, José Joaquim (Governador do Estado). *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia*. Bahia: Secção de Obras da “Revista do Brasil”, 1913.

_____. *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia*. Bahia: “Secção de Obras da Revista do Brasil”, 1914.

_____. *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia*. Bahia: Secção de Obras da “Revista do Brasil”, 1915.

_____. *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1922.

SEQUEIRA, José Goes. Considerações gerais sobre os hospitais de alienados: necessidade da criação de um asilo, a eles especialmente destinado, em nossa província. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 1(2):14-16, jul, 1886; 1(3):29-31, ago. 1866.

_____. Necessidade de criação de uma associação médica em nossa província I-II, *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 1(12):133-4, dez. 1866; 1(14):157-8, jan. 1867.

SENA, Eduarda Cristina C. *A Loucura ao revés. O Hospital Juliano Moreira e a Psiquiatria baiana na década de 30*. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1996.

SENNET, Richard *O Declínio do homem público*. São Paulo: Companhia de Letras, 1988.

SEVELHO, G. Tempos históricos, tempos físicos, tempos epidemiológicos: possíveis contribuições de Fernand Braudel e Ilya Prigogine ao pensamento epidemiológico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, *13*(1): 7-36, jan-mar, 1997.

SILVA, Hélio. *História da República Brasileira. Vol 2: O Poder civil*. Rio de Janeiro: Editora Três, 1975:

SILVA LIMA, J.F. da. Contribuição para a historia de uma molestia que reina actualmente na Bahia sob a forma epidêmica, e caracterizada por paralysis, edema, e fraqueza geral. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 1(10):110-13, nov. 1866; 1(11):125-28, dez.1866; 1(14):158-160, jan 1867; 1(23):268-270, jun. 1867.

_____. Asilo S. João de Deus (Alienados). Primeiro relatório anual do médico-diretor Dr. Demétrio Cyriaco Tourinho. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 8(2):78-85, fev. 1876.

_____. Asilo S. João de Deus (Alienados). segundo relatório anual do médico-diretor Dr. Demétrio Cyriaco Tourinho. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 9(2):82-6, fev. 1877.

SILVEIRA, José. *Entrevista*. Realizada pelo Prof. Ronaldo R. Jacobina, Departamento de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina – UFBA. Salvador, 16 de agosto de 2000.

SOARES, Vital Henriques Baptista (Governador do Estado da Bahia). *Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1929.

SOCIEDADE Medico-Pharmaceutica de Beneficencia Mutua. Relatório do Conselho Administrativo até 31 de Agosto de 1871. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 5(102): 85-86, out. 1871.

STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da Ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Artenova, 1976.

SZASZ, Thomas. *A Fabricação da loucura*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

_____. *Ideologia e doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

TAKAKI, B. La preservación de la salud entre el personal de la marina y el ejercito de tierra japones. *The Lancet*, pp. 1369-1371, 19 de maio de 1906.

TAVARES, Luís Henrique Dias. *História da Bahia*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1974.

TEIXEIRA BRANDÃO, João Carlos Teixeira. Os alienados do Brazil. (Transcrições - Publicado pela Imprensa Oficial, Rio de Janeiro, 1886). *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 60-101, 1956a.

TEIXEIRA BRANDÃO, João Carlos Teixeira. Questões relativas á assistencia medico-legal dos alienados. (Republicado) *Arquivos Brasileiros de. Neuriatria e Psiquiatria.*, Rio de Janeiro, v.52, n.3, p. 71-138, 1956b.

TEIXEIRA, Anísio. Relatório da Secretaria de Educação e Saúde. In: Mangabeira, *op. cit.*, 1949.

TEIXEIRA, Cid. O maldito benemérito. *Jornal da Bahia*, p. 6, 19 set. 1980.

TEIXEIRA, Cid. *Entrevistas*. Realizadas pelo Prof. Ronaldo Ribeiro Jacobina, Departamento de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina – UFBA. Salvador, 28 de outubro, 1º de dezembro de 1999 e 17 de julho de 2000.

TEIXEIRA, Mário. *Hospício e poder*. Brasília: Senado Federal - Centro Gráfico, 1993.

TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória Histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. Salvador: Edufba, 1999.

TOURINHO, Demetrio C. Breves considerações sobre a fundação do Asilo de alienados, na Quinta da Boa Vista, denominado S. João de Deus. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 6(122):23-7, ago. 1872; 6(123):40-5, set. 1872.

_____. *Memória histórica dos acontecimentos notáveis ocorridos no ano de 1870 na Faculdade de medicina da Bahia*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1905.

UCHÔA, Darcy de Mendonça. *Organização da Psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Sarvier, 1981.

VANDENBROUCKE, H.M. *et al.* Who made John Snow a hero? *American Journal of Epidemiology*, vol. 133, n. 10, pp. 967-73, 1991.

VARGAS, Getúlio. *A Nova Política do Brasil*. Vol. 2 (8 vols). Rio de Janeiro: José Olympio, 1938-1941.

VASCONCELOS, Eduardo M. *Do hospício à comunidade: mudança, sim; negligência, não*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

VERGER, Pierre. *Fluxo e refluxo do tráfico de escravos entre o golfo do Benin e a Bahia de Todos os Santos: dos séculos XVII a XIX*. 3ª ed. São Paulo: Corrupio, 1987.

VERTZMAN, Júlio et al. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: Bezerra Jr., B. & Amarante, P. (org) *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

VIANNA, Aurélio; FONTES, João Tillemont; MOREIRA, Juliano. Assistência aos alienados na Bahia. Relatório. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, 1:14-40, jul. 1895.

VILAR, P. História marxista, história em construção. In: Le Goff, J. & Nora, P. (org) *Histórias: Novos problemas*. 4.ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves, p. 146-78. 1995.

_____. Marx e a História. In: Eric Hobsbawm (org.). *História do Marxismo*. vol. I, Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 91-126, 1983.

WADI, Yonissa M. Aos loucos, os médicos; a luta pela medicalização do hospício e construção da Psiquiatria no Rio Grande do Sul. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 3, p.659-679, nov. 1999 / fev. 2000.

WEBER, Max. A ‘objetividade’ do conhecimento na Ciência Social e na Ciência Política - 1904. In: *Idem. Metodologia das Ciências sociais, parte 1*. 2.ed. São Paulo/Campinas-SP: Cortez/Editora UNICAMP, 1993.